

Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i. V. m. §§ 30 und 56 Abs. 2 SGB IX; Abschlussbericht

Engel, Heike; Engels, Dietrich; Inojatov, Leila; Marotzke, Carolin

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Engel, H., Engels, D., Inojatov, L., & Marotzke, C. (2012). *Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i. V. m. §§ 30 und 56 Abs. 2 SGB IX; Abschlussbericht.* (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB419). Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; ISG - Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48226-3>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Forschungs bericht

Sozialforschung

419

Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umset- zung der interdisziplinären Frühförderung

gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i. V. m. §§ 30 und 56
Abs. 2 SGB IX

– Abschlussbericht –



**Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der
interdisziplinären Frühförderung**

gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. §§ 30 und 56 Abs. 2 SGB IX

Abschlussbericht

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.

Dr. Heike Engel
Dr. Dietrich Engels

Unter Mitarbeit von:

Leila Inojatov
Carolin Marotzke

Köln im März 2012

Gliederung

		Seite
	Vorwort	1
	Kurzzusammenfassung	3
1	Forschungsleitende Fragestellungen und Methodik.....	7
1.1	Forschungsleitende Fragestellungen.....	7
1.2	Methodisches Vorgehen.....	9
2	Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen in der Frühförderung.....	13
2.1	Entwicklung der Frühförderung.....	13
2.2	Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen .	16
2.3	Frühförderung und Jugendhilfe.....	19
3	Frühförderung in der Statistik.....	23
3.1	Daten zur Frühförderung auf Bundesebene.....	23
3.2	Daten zur Frühförderung auf Landesebene.....	29
4	Interdisziplinäre Frühförderung auf Landesebene.....	33
4.1	Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung.....	33
4.2	Beförderung der Interdisziplinären Frühförderung.....	59
5	Interdisziplinäre Frühförderung auf örtlicher Ebene.....	65
5.1	Vorstellung der beteiligten Modellregionen.....	65
5.2	Beteiligte Akteure.....	74
5.3	Verhandlungsebenen und Kostenabrechnung.....	80
5.4	Bewilligungsverfahren.....	83
5.5	Leistungsgeschehen.....	88
5.6	Vergütung der Leistungen.....	92
5.7	Versorgungssituation.....	96
6	Ergebnisse im Überblick.....	107
6.1	Inhaltliche Zusammenfassung.....	107
6.2	Zuordnung der Ergebnisse zu den Evaluationsfragen.....	114
6.3	Handlungsempfehlungen.....	120
7	Literatur und Datenquellen.....	123

Tabellen

Tabelle 1:	Heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren	25
Tabelle 2:	Ausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren	26
Tabelle 3:	Ausgaben der GKV für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung.....	27
Tabelle 4:	Umsätze für Heilmittel für Kinder unter 10 Jahren	28
Tabelle 5:	Ausgaben der GKV für Leistungen der Frühförderung und Umsätze für Heilmittel im Überblick	29

Abbildungen

Abbildung 1:	Auslöser der Komplexleistung – Anteil der Fälle.....	90
Abbildung 2:	Heilpädagogische Leistungen – Ort der Leistungserbringung nach Frühförderungsstruktur	91
Abbildung 3:	Geschlecht der Kinder und Alter bei Leistungsbeginn	98
Abbildung 4:	Ausreichende Leistungen für die Kinder	101
Abbildung 5:	Entdeckende Profession nach Zeitpunkt des Entdeckens der Behinderung / Entwicklungsverzögerung	103
Abbildung 6:	Gründe für die Zufriedenheit mit der Leistungserbringung (N=78)..	104
Abbildung 7:	Schwierigkeiten bei der Versorgung des Kindes und Art der Schwierigkeit	104

Vorwort

Mit den Vorschriften der §§ 30 und 56 SGB IX hat der Gesetzgeber die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geregelt. Nach § 30 Abs. 1 SGB IX sollen die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung im Zusammenhang mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX als Komplexleistung erbracht werden. Nachdem Bemühungen einer Facharbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Verabschiedung Gemeinsamer Empfehlungen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben scheiterten, erließ das zuständige Bundesministerium die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003, in Kraft seit dem 1. Juli 2003. Die FrühV grenzt die in § 30 SGB IX genannten Leistungen ab und trifft Aussagen zur Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung. § 2 Satz 3 FrühV sieht vor, dass Näheres zu den Anforderungen an Interdisziplinäre Frühförderstellen durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann.

In den folgenden Jahren wurden in den Jahren 2005 bis 2009 in 14 Bundesländern entsprechende Rahmenempfehlungen abgeschlossen. Diese unterscheiden sich sehr, sowohl die Regelungsdichte als auch die Verbindlichkeit betreffend. Darüber hinaus ist der Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung nur der erste Schritt zur konkreten Umsetzung vor Ort, dem vertragliche Regelungen als zweiter Schritt folgen müssen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich die Umsetzung sehr unterschiedlich gestaltet und zum Teil erhebliche Probleme bestehen. Dies ist nicht zuletzt dem recht komplizierten System der Komplexleistung mit zwei, bisweilen drei Leistungsträgern geschuldet, der dreiseitige Verträge erfordert.

Aus Anlass einer unterschiedlichen und auch schwierigen Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik beauftragt, eine Untersuchung zu den strukturellen und finanziellen Hindernissen bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung durchzuführen. An der Studie haben sich alle zuständigen Fachministerien auf Länderebene sowie zahlreiche Akteure in fünf ausgewählten Regionen intensiv beteiligt, wofür wir uns herzlich bedanken.

Der vorliegende Abschlussbericht beginnt mit einer Kurzzusammenfassung der Ergebnisse und gliedert sich in sechs Kapitel: Der Darlegung der konkretisierten Aufgabenstellung und des methodischen Vorgehens (1) folgen ein Überblick über die fachlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Frühförderung in ihrer Entwicklung (2) sowie statistische Analysen zur Frühförderung (3). Die Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung auf Landesebene und mögliche Handlungsoptionen auf Landes- und Bundesebene (4) sowie die Ergebnisse der explorativen Studie in deutschlandweit fünf ausgewählten Regionen (5) werden detailliert dargestellt. Den Bericht abschließend werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und Handlungsempfehlungen gegeben (6).

Kurzzusammenfassung

Mit den Vorschriften der §§ 30 und 56 SGB IX hat der Gesetzgeber 2001 die interdisziplinäre Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geregelt und mit der Frühförderungsverordnung von 2003 näher definiert. Die konkrete Ausgestaltung der neu geschaffenen „Komplexleistung Frühförderung“ wurde weitestgehend auf die Ebene der Länder delegiert. Seither wurden dort sehr unterschiedliche Systeme zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung entwickelt, die zumeist geprägt sind von den Versorgungsstrukturen, die vor dem Inkrafttreten des SGB IX bestanden. Nach Ansicht der Verbände behinderter Menschen, die häufig auch Träger der Frühförderereinrichtungen sind, führt dies dazu, dass die interdisziplinäre Frühförderung nicht überall in der vom Gesetzgeber gewünschten Form angeboten oder finanziert wird. Die schwierige Umsetzung, speziell der Komplexleistung Frühförderung, war im Dezember 2010 auch Gegenstand einer Anhörung in der Kinderkommission des Deutschen Bundestages. Aus diesem Anlass hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik beauftragt, eine Untersuchung zu den strukturellen und finanziellen Hindernissen bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung durchzuführen. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Studie zusammenfassend dargestellt.

1. Gegenstand und Methode der Untersuchung

Aufgabe war es, die Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung exemplarisch in fünf ausgewählten Modellregionen zu untersuchen. Zur Auswahl der Regionen wurden zunächst gemeinsam mit den Ländern die teilnehmenden Bundesländer und anschließend auf Landesebene die Regionen ausgewählt. Dabei wurden sowohl Städte als auch Landkreise und sowohl Regionen mit als auch ohne Umsetzung der Komplexleistung einbezogen. In diesen Regionen wurden persönliche und telefonische Interviews mit Leistungserbringern, Leistungsträgern sowie mit weiteren Akteuren (therapeutische Praxen, Kindertageseinrichtungen etc.) durchgeführt. In diesen Regionen wurden zudem kindbezogene Daten ermittelt und analysiert, eine schriftliche Befragung der Eltern sowie jeweils eine Diskussionsrunde mit allen beteiligten Akteuren durchgeführt. Darüber hinaus wurden auf Bundesebene Daten des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Heilpädagogischen Leistungen und der GKV zu Leistungen der Frühförderung und der Heilmittel analysiert. Daten auf Länderebene wurden im Rahmen einer Abfrage bei den zuständigen Fachministerien ermittelt.

2. Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung

Die Umsetzung der mit dem § 30 SGB IX neu geschaffenen Leistung „Komplexleistung Frühförderung“ wurde als „Nagelprobe“ für die Funktionsfähigkeit des SGB IX bezeichnet. Denn sie intendiert – ähnlich wie die Regelungen zum trägerübergreifenden persönlichen Budget (§ 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) und zu Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX) – erhebliche Veränderungen bei der Koordinierung von Rehabilitationsleistungen und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger.

Mittlerweile liegen Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Komplexleistung in 14 Ländern vor. Die Ausgestaltung und Regelungsdichte variieren dabei erheblich. Bisher existieren keine Landesrahmenvereinbarungen in Bremen und in Baden-

Württemberg, wobei in Baden-Württemberg dennoch eine lange Tradition der interdisziplinären Frühförderung besteht. Darüber hinaus gibt es Länder, in denen die beteiligten Verbände eine Rahmenvereinbarung geschlossen haben, diese aber in der Praxis bisher nicht wirksam wurde (z. B. Brandenburg).

Bei der konkreten Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung wurden folgende Unterschiede festgestellt:

- *Strukturelle Ausgestaltung:* Zu unterscheiden sind grundsätzlich das Modell des „Rehabilitationszentrums“, bei dem alle fachlichen Disziplinen unter einem Dach gemeinsam arbeiten und das „Kooperationsmodell“, bei dem die Komplexleistung von Frühförderstellen in Kooperation mit niedergelassenen therapeutischen Praxen sichergestellt werden soll. Die Qualität der Kooperationsmodelle variiert und reicht von wenigen festen vertraglich gebundenen Kooperationen bis hin zu zahlreichen Kooperationen.
- *Zugang:* In der Regel bedarf es einer ärztlichen Verordnung (Ausnahme Saarland), um das Eingangsverfahren zur Komplexleistung auszulösen. Diagnostik und Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes erfolgen in der Regel in der Frühförderereinrichtung in unterschiedlicher Ausgestaltung. Die vorliegenden Modelle reichen dabei von einer Beteiligung aller Fachdisziplinen (ausdrücklich auch der ärztlichen) vor Ort bis hin zu einer vollständig getrennten Diagnostik der Fachdisziplinen mit schriftlicher Korrespondenz.
- *Verfahren zur Leistungsgewährung:* Die Bewilligung der Anträge auf Leistungsgewährung erfolgt nach Aktenlage oder in einigen Ländern bzw. Regionen nach Beratung in Hilfeplankonferenzen. Oftmals, aber nicht durchgängig, wurden vereinfachte Verwaltungsverfahren entwickelt, bei denen ein Rehabilitationsträger entscheidet und der zweite Beteiligte ohne weitere Prüfung akzeptiert. Dies ist aber nicht durchgängig in allen Regionen der Fall.
- *Abrechnungsverfahren und Kostenteilung:* Abrechnungen werden zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträger je nach Landesregelung in Form von Einzelabrechnungen oder mit pauschaler Kostenteilung vorgenommen.

Diese überblicksartig aufgezeigten Unterschiede verdeutlichen, dass die bundesweit einheitliche Definition der „Komplexleistung Frühförderung“ in der FrühV 2003 in den Ländern unterschiedlich interpretiert oder gar nicht beachtet wird. So wird beispielsweise in einem Bundesland mit einer weiten Definition eine Leistung als „Komplexleistung“ bezeichnet, die nach den engeren Regelungen in einem anderen Bundesland nicht als solche anerkannt würde.

3. Leistungen und Kosten

Die Kosten der Frühförderung lassen sich aus den vorliegenden Daten nur näherungsweise ermitteln. Laut Sozialhilfestatistik bezogen am Jahresende 2010 rd. 112.000 Kinder Leistungen der Frühförderung. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer bundesweiten Versorgungsquote von 2,3%. Die Träger der Sozialhilfe haben im Jahr 2010 insgesamt 913 Mio. Euro für heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren ausgegeben.

Seitens der GKV wurden im Jahr 2010 rd. 770 Mio. Euro für Heilmittel (für Kinder bis unter 10 Jahren), Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren (für Kinder bis 18 Jahre) sowie Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach §§ 30 i.V.m. 56 SGB IX (für Kinder bis 7 Jahre) aufgewendet. Der starke Anstieg der Leistungen zur Früherkennung nach SGB IX ist mit dem Aufbau dieser Leistungsart zu erklären. Die Steigerungsrate aller genannten Leistungen (Heilmittel, SPZ und Frühförderung) beträgt insgesamt 12%, diese entspricht etwa der Steigerungsrate des Bereichs Heilmittel in diesem Zeitraum insgesamt.

4. Versorgungssituation

In den untersuchten Regionen gab es keine Hinweise auf Versorgungslücken oder unversorgte Kinder. Eine Unterversorgung droht vielmehr – unabhängig von der Form der Leistungserbringung – insbesondere in ländlichen Regionen durch fehlende Fachkräfte im ärztlichen und therapeutischen Bereich sowie wegen fehlender Anreize zum Aufbau eines qualifizierten Förderangebotes bei geringen Fallzahlen.

Ob Kinder in den Regionen besser versorgt sind, in denen Komplexleistung angeboten wird, als in den Regionen ohne ein Angebot der Komplexleistung, kann nicht nachgewiesen werden. Dies liegt an einer fehlenden verbindlichen Definition von Komplexleistung, aber auch an einer oftmals fehlenden gemeinsamen Verständigung darüber, welche Kinder im konkreten Einzelfall Komplexleistung benötigen.

Eng verknüpft mit der Frage einer möglichen Unterversorgung ist die einer Fehlversorgung: Auf Seiten der Rehabilitationsträger ist die Sorge um schlecht steuerbare Ausgabenzuwächse der wesentliche Grund für eine entsprechend restriktive Haltung bei der Finanzierung von Leistungsbestandteilen oder gar für die Ablehnung einer Beteiligung an der Umsetzung der Komplexleistung. Um diesen Vorbehalten entgegenwirken zu können, bedarf es insbesondere einer klaren und transparenten Verständigung darüber, welche Kinder Komplexleistung benötigen und anhand welcher Kriterien dies festgelegt wird.

Schließlich wurde in allen Regionen festgestellt, dass sich die Bedarfslagen der Kinder mit komplexem Förderbedarf und ihrer Familien dahingehend verändert haben: Kinder mit Frühförderbedarf sind sehr viel häufiger durch soziale und familiäre Problemlagen der Familien multifaktoriell belastet. Eine enge Vernetzung der (Re-)Habilitation mit der Jugendhilfe und ihren Einrichtungen ist daher unabdingbar.

5. Verantwortung der Länder

Die konkrete Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt auf Landesebene in sehr unterschiedlicher Form. In mehreren Ländern begleiten die Ministerien den Umsetzungsprozess moderierend. Einige Länder beteiligen sich finanziell an einzelnen Leistungsbestandteilen der Komplexleistung oder in Form von Investitionsförderung. Dabei hat sich gezeigt, dass durch Landeszuschüsse Konflikte zwischen den Beteiligten entschärft und die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung befördert werden können. Es lässt sich aber die Tendenz erkennen, dass vor allem die neuen Bundesländer sich aus der Finanzierung der Komplexleistung zurückziehen.

6. Fazit und Handlungsoptionen

Abschließend bleibt festzuhalten, dass insbesondere konkrete Definitionen bzw. qualitative Standards für die Umsetzung der Komplexleistung fehlen.

- Die im Konsens mit allen Beteiligten 2003 gefundene offene Formulierung der FrühV wurde gewählt, um die damals bestehenden Strukturen der FF nicht zu gefährden. Sie hat dazu geführt, dass die Komplexleistung Frühförderung auf Länderebene in sehr unterschiedlicher Weise – und entsprechend der vorhandenen Strukturen – umgesetzt wird. Die weiteren Klarstellungen seitens des Bundes haben hieran nichts geändert. Hilfreich zur Beseitigung der heutigen Defizite, die durch die Träger in den vergangenen Jahren nicht abgebaut werden konnten, wäre eine Konkretisierung der einzelnen Leistungskomponenten, die zur Komplexleistung gehören.
- Ebenfalls Unklarheit besteht darüber, unter welchen Voraussetzungen ein Kind eine Komplexleistung benötigt. Dazu gibt es sehr unterschiedliche Herangehensweisen und Definitionen. Hilfreich wäre eine Benennung der Voraussetzungen, unter denen ein Kind Frühförderung als Komplexleistung gewährt werden soll, um bundesweit einheitliche Verhältnisse zu schaffen.
- Die Auslegungen seitens der Krankenkassen, welche Leistungen im Rahmen der Frühförderung übernommen werden, sind regional unterschiedlich, weshalb empfohlen wird, eine Klärung auf Bundesebene in gemeinsamer Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit herbeizuführen, die in entsprechenden gesetzlichen Vorgaben mündet.

Umstritten ist auch eine angemessene Kostenteilung zwischen Sozialhilfe und Krankenversicherung bei der Komplexleistung. Dass der in der FrühV vorgeschlagene Kostenanteil der Sozialhilfe von 80% zu hoch ist, wird weitgehend anerkannt – vereinzelt wird eine Relation von 65% Sozialhilfe- zu 35% Krankenversicherungsanteil genannt. Hilfreich wäre eine erfahrungsbasierte Neujustierung dieser Kostenteilung.

Die diskutierte Einrichtung von Schiedsstellen kann ohne Lösung dieser definitorischen Grundprobleme bei der Umsetzung der Komplexleistung nicht zur Klärung von Konflikten beitragen. Jede Schiedsstelle steht sonst vor der Frage, über welche Sachverhalte auf Basis welcher – justiziablen – Direktiven sie entscheiden kann. Die o.g. definitorischen Klarstellungen sind die Voraussetzung für weitere Überlegungen in dieser Richtung. Dies gilt umso mehr, als die Schiedsstellen nur im Einzelfall entscheiden. Sie sind also kein Weg, um landes- oder bundesweit zu verbindlichen Regelungen zu kommen. Es bedarf aus Gründen der Rechtssicherheit klarer Verantwortlichkeiten, Strukturen und Transparenz.

Dies gilt auch für die Setzung von Fristen: Vorrangig ist zu klären, welche Anforderungen an die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung zu stellen sind. Erst dann kann dafür ein angemessener Zeitraum veranschlagt werden.

1 Forschungsleitende Fragestellungen und Methodik

Ziel der Untersuchung ist es, Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung zu eruieren, wobei die gesetzlichen Rahmenbedingungen, gesellschaftspolitische Veränderungen sowie bisherige Lösungsansätze in den Ländern und Kommunen beachtet werden. Aus den Ergebnissen der Untersuchung sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Versorgungssituation in der vorschulischen Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder ausgestaltet ist, ob Anzeichen für Fehlversorgung gegeben sind und welche Handlungsoptionen in diesem Fall für die Bundesregierung bestehen.

1.1 Forschungsleitende Fragestellungen

Entscheidend für ein Gelingen der Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung sind die Akteure vor Ort. Neben den Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren sowie niedergelassenen therapeutischen Praxen als Leistungserbringer sind dies ebenso das ärztliche System mit niedergelassenen Facharztpraxen und dem Gesundheitsamt, das je nach implementierter Struktur unterschiedliche Rollen einnimmt (s.u. Beschreibung der Modellregionen). Die Leistungsträger der Frühförderung sind die örtlichen oder (in Bayern, im Saarland und in Sachsen-Anhalt) die überörtlichen Sozialhilfeträger, in einigen Ländern für die seelisch behinderten Kinder die Jugendhilfeträger sowie die Krankenkassen.

Diese Akteure haben insofern ein gemeinsames Ziel, als sie eine bestmögliche Versorgung für die betroffenen Kinder und deren Familien gewährleisten möchten. Allerdings sind die Verhandlungspartner – je nach Region in unterschiedlichem Maß – zu verschiedenen Fragen kontroverser Auffassung. Um welche Konfliktlinien es geht, welche Gründe hierfür bestehen und wie die Konflikte möglichst behoben werden können, sind zentrale Fragen dieser Untersuchung.

Hierzu gehören neben den Interessen der Akteure auch die Verhandlungs-, Entscheidungs- und Finanzierungsmuster sowie die vereinbarte Ausgestaltung der Kostenabrechnung. Diese Vereinbarungen haben ggf. erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungssituation der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder.

Konkret sollen im Ergebnis folgende Fragen beantwortet werden:

1. *Beteiligte und ihre Interessen*

- Wer sind die Beteiligten, die Einfluss auf die Umsetzung der Frühförderung haben?
- Welche Interessen haben die Beteiligten in fachlicher, finanzieller, institutioneller und politischer Hinsicht?

2. *Fördernde und hemmende Einflüsse bei den Verhandlungen*

- Auf welcher Ebene – Landesebene oder Einrichtungsebene – haben die jeweiligen Entscheidungs- und Finanzierungsmuster welche Auswirkungen?
- Gibt es Entscheidungs- oder Finanzierungsmuster, die bei den Verhandlungen zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung förderlich bzw. hinderlich sind?
- Welche sind dies und worin genau besteht ihr förderlicher oder hinderlicher Effekt?

3. *Kostenabrechnung*

- Wie gestaltet sich die Kostenabrechnung in den Ländern (Landesrahmenempfehlungen) und wie ist sie in den Einrichtungen ausgestaltet?
- Wie ist die Aufteilung der Kosten auf die Leistungsträger gewichtet?
- Entspricht die jeweilige Aufteilung den Leistungspflichten der Leistungsträger?
- Gibt es unvergütete Leistungen und wenn ja: in welchem Umfang?

4. *Versorgungssituation*

- Wie groß ist der Anteil der Kinder, die die Komplexleistung Frühförderung benötigen?
- Welche Auswirkungen hat eine mangelnde Umsetzung der Komplexleistung auf die Versorgung der Kinder, die Frühförderbedarf haben?
- Gibt es in diesen Fällen eine Über- oder Unterversorgung mit bestimmten Leistungen?
- Erhalten die Kinder dennoch die Leistungen, die sie benötigen?
- Erfolgt in diesen Fällen eine Abstimmung bezogen auf die Intensität und Reihenfolge der verschiedenen benötigten medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen? Wenn ja: Inwieweit kann eine solche Abstimmung als Äquivalent zu einer Komplexleistung gesehen werden?

5. *Erforderliche Strukturen*

- Welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind notwendig, um die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder mit den vorhandenen Ressourcen zu verwirklichen?
- Welche Systeme bzw. strukturellen Netzwerke sind am besten geeignet, um die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder mit den vorhandenen Ressourcen zu verwirklichen?
- Welche finanziellen Anreize bewirken, dass die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder mit den vorhandenen Ressourcen erreicht wird?

Die Untersuchung der genannten Aspekte erfolgt auf der Grundlage des bisherigen Forschungsstandes in fünf exemplarisch ausgewählten Städten und Regionen in Form von explorativen Fallstudien. Die fünf Städte bzw. Regionen liegen in vier verschiedenen Bundesländern und repräsentieren die vielfältigen Unterschiede bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung.

Das methodische Vorgehen dieser Studie wurde im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs den Vertreter/innen der Länder, des Spitzenverbandes der Krankenkassen sowie der kommunalen Spitzenverbände am 30. August 2011 vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Die auf dieser Veranstaltung vorgeschlagenen Veränderungen wurden aufgenommen und in das Evaluationsdesign eingearbeitet.

1.2 Methodisches Vorgehen

Das Konzept des ISG beinhaltet verschiedene Bausteine: Der Entwicklungsstand bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung wird zum einen auf Länderebene dokumentiert, und zum anderen werden explorative Fallstudien in fünf ausgewählten Regionen durchgeführt.

Zur Dokumentation des gegenwärtigen Umsetzungsstandes der Komplexleistung Frühförderung wurden vorliegende Studien, Berichte und Forschungsergebnisse auf Landesebene ausgewertet und mit den zuständigen Ministerien bzw. mit den eingerichteten „Landesarbeitsstellen Frühförderung“ abgestimmt. Zudem wurden bei den zuständigen Landesministerien ihre Einschätzungen zum derzeitigen Umsetzungsstand der Komplexleistung, zu Möglichkeiten der Weiterentwicklung auf Landesebene sowie aus ihrer Sicht erforderliche Maßnahmen auf Bundesebene abgefragt.

Für die Durchführung der Fallstudien wurden fünf Regionen ausgewählt. Hierfür hat das ISG eine erste Vorschlagsliste der Bundesländer nach den Kriterien Umsetzungsstand und Art der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung erarbeitet und im Rahmen des gemeinsamen Gesprächs im BMAS am 30.08.2011 (s.o.) vorgestellt. Im Verlauf der Diskussion stellte sich heraus, dass einige Länder nicht an der Fallstudie teilnehmen wollten, weil in diesen Ländern entweder derzeit eigene Studien durchgeführt werden, umfangreiche Verhandlungen geführt werden oder die Komplexleistung Frühförderung nicht umgesetzt wird. Im Ergebnis wurden die Länder Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen ausgewählt. In Nordrhein-Westfalen nehmen zwei Regionen teil, weil hier die Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung vollständig auf die örtliche Ebene delegiert wurde, so dass diese Leistungsform innerhalb des Landes in sehr unterschiedlichem Grad umgesetzt wird.

Auf Länderebene haben sich auf Vorschlag der jeweiligen Vertreter/innen der Länder folgende Regionen beteiligt:

- Stadt Dortmund und Kreis Unna, Nordrhein-Westfalen
- Region Trier/ Trier-Saarburg, Rheinland-Pfalz
- Saarpfalz-Kreis, Saarland
- Kreis Meißen, Sachsen.

In diesen Regionen wurden die explorativen Fallstudien durchgeführt. Diese beinhalten die Arbeitsmodule:

1. Persönliche und telefonische Interviews
2. Elternbefragung
3. Kindbezogene Analyse
4. Gemeinsame Diskussion vor Ort mit den Akteuren der Frühförderung.

1.2.1 Persönliche und telefonische Interviews

Mit den Akteuren der Frühförderung sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Leistungsträger wurden Interviews durchgeführt. Inhaltlich wurden die Akteure nach dem jeweiligen Umsetzungsstand der interdisziplinären Frühförderung vor Ort gefragt. Dies umfasste Fragen zu den bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung entscheidenden Akteuren, zu förderlichen und hinderlichen Faktoren bei den Verhandlungen und in der Vertragsgestaltung, zur Ausgestaltung der Abrechnungsmodalitäten und möglichen Vergütungslücken, zur konkreten Versorgungssituation vor Ort sowie zu möglicherweise bestehenden Veränderungspotentialen.

Im Rahmen dieses Erhebungsschrittes wurden mit insgesamt 47 Personen persönliche und telefonische leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, und zwar mit Vertreter/innen von Frühförderstellen (11), Sozialpädiatrischen Zentren (3), Sozialhilfe- bzw. Jugendhilfeträgern (12), Krankenversicherungen (4), Gesundheitsämtern (5), niedergelassenen therapeutischen Praxen (3), niedergelassenen Fachärzten (2) und Kindertagesstätten (7).

Insgesamt können ein hohes Interesse an dem Projekt und eine hohe Teilnahmebereitschaft konstatiert werden. Allerdings wurden Interviewanfragen in überdurchschnittlich hohem Maß von niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen für Kinderheilkunde abgesagt. Mit einigen Sozialpädiatrischen Zentren konnten Interviews aus terminlichen Gründen nicht geführt werden bzw. wurden mit Verweis auf laufende Verhandlungen abgesagt.

1.2.2 Elternbefragung

Die Versorgungssituation der Kinder ist ein zentraler Aspekt der Untersuchung. Dem wird nicht nur im Rahmen der Interviews zentrale Bedeutung beigemessen, sondern auch, indem die Perspektive der Eltern berücksichtigt wird. Hierfür wurde eine schriftliche Elternbefragung zu zentralen Fragen zur Versorgungssituation sowie zu möglichen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen durchgeführt. Die Frühförderstellen wurden gebeten, die Organisation der Befragung durch Weitergabe der Befragungsunterlagen (bestehend aus einer kurzen Erläuterung zum Projekt, dem Fragebogen sowie einem an das ISG adressierten Freiumschlag) an die Eltern zu unterstützen. Auf diese Weise konnte die Anonymität der Befragung sichergestellt werden.

Ein Ergebnis der Diskussion mit den Vertreter/innen der Länder, des Spitzenverbandes der Krankenkassen sowie der kommunalen Spitzenverbände zum Auftakt des Projekts am 30. August 2011 war, dass die vorgesehene Elternbefragung um eine kindbezogene Aktenanalyse ergänzt wurde. Auf diese Anregung hin wurde das Modul einer kindbezogenen Analyse ergänzt (s. unten).

Die Eltern wurden insgesamt in vier Regionen befragt. Insgesamt 200 Fragebögen wurden über die Frühförderstellen an die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten verteilt. Insgesamt haben sich 78 Eltern bzw. Erziehungsberechtigte an der Befragung beteiligt, was einer Rücklaufquote von 39% entspricht.

In der Region Trier/ Trier-Saarburg wurde auf eine Befragung verzichtet, um Überschneidungen mit einer dort zeitgleich laufenden Elternbefragung zu vermeiden. Weite-

re Informationen aus Elternbefragungen liegen aus Trier/ Trier-Saarburg, Dortmund und Unna vor. Ergebnisse hieraus wurden in die Analysen einbezogen.

1.2.3 Kindbezogene Analyse

Mit der kindbezogenen Analyse sollten zusätzliche Erkenntnisse mit Fokus auf die Versorgungssituation der Kinder gewonnen werden. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden Daten zu Art und Umfang der Leistungen, Ort der Leistungserbringung sowie möglicherweise erforderlichen weiteren Leistungen von Kindern ab 4 Jahren mit einem Bedarf an Komplexleistung¹ systematisch abgefragt. In den fünf Regionen wurden Daten von insgesamt 163 Kindern erhoben.

1.2.4 Gemeinsame Diskussion vor Ort mit den Akteuren der Frühförderung

In allen Regionen wurden vor Ort Diskussionsveranstaltungen durchgeführt, bei denen die Akteure der Frühförderung (s.o.) einschließlich Erziehungsberechtigter zu einem gemeinsamen Gespräch am „Runden Tisch“ eingeladen wurden. Die Gespräche dienten zum einen dazu, die Ergebnisse der Analysen in den jeweiligen Regionen vergleichend vorzustellen und gemeinsam mit den Beteiligten auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Zum anderen wurden offene Fragen zu förderlichen und hinderlichen Bedingungen bei der Umsetzung der Komplexleistung sowie zu einer zukünftigen Gestaltung der interdisziplinären Frühförderung erörtert.

¹ Ausnahme ist Unna, da hier keine Komplexleistung erbracht wird.

2 Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen in der Frühförderung

Die Frühförderung geht auf eine recht lange Entwicklungsgeschichte zurück, die bereits in den Anfängen auf örtlicher Ebene unterschiedlich strukturiert vorangetrieben wurde. Einem überblicksartigen Abriss dieser Entwicklung folgt eine Darstellung der rechtlichen Situation seit Einführung des Neunten Sozialgesetzbuchs – SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und der Frühförderungsverordnung. Schließlich wird ein kurzer Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der Interdisziplinären Frühförderung gegeben.

2.1 Entwicklung der Frühförderung

2.1.1 Die Anfänge

Eine Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder fand in Deutschland in den 1950er und 1960er Jahren nur in wenigen Einzelfällen statt und war stark geprägt vom persönlichen Engagement einzelner Akteure.²

Zu Beginn der 1960er Jahre wurden Initiativen zur Intensivierung der Vorsorge und Früherkennung – wie z.B. Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen – in die Wege geleitet. Weiterhin entstanden Mitte der 60er Jahre Programme für altersspezifische Früherkennungsuntersuchungen (insgesamt sieben Termine) für Kinder zwischen 0 und 4 Jahren.³ Im Jahr 1968 wurde unter Leitung von Theodor Hellbrügge das erste Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in München eröffnet. Im Jahr 1970 wurden die ersten „Frühförderungs- und Beratungsstellen“ – vorrangig in Trägerschaft der Lebenshilfe – gegründet.⁴ Das Aufgabenspektrum der Frühförderung wurde unter dem Begriff der „Frühen Hilfen“ subsumiert.

Eine wichtige Weichenstellung für die Frühförderung wurde mit der Anerkennung kindlicher Behinderung als „besserungsfähig“ durch das Urteil des Bundessozialgerichts in den Jahren 1968 und 1970 erreicht. Damit war eine Grundlage für eine entsprechende Kostenträgerschaft durch die Krankenversicherungen bzw. durch die Sozialhilfeträger gegeben.⁵

Zu Beginn der 1970er Jahre gab es etwa ein Dutzend verschiedener Frühförderansätze. Die einzelnen Fachdisziplinen hatten sich größtenteils unabhängig voneinander entwickelt, eine Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit gab es jedoch kaum.

² Weiß, H.; Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 147f.

³ Pechstein, J. (1975): Sozialpädiatrische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder. Zur organisatorischen Lösung neuropsychopädiatrischer Aufgaben der Frühdiagnostik und Frühtherapie. Stuttgart: Ernst Klett Verlag. S.26

⁴ Sohns, A. (2000a): Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland: Handbuch der fachlichen und organisatorischen Grundlagen. Weinheim: Beltz. S.30

⁵ Pechstein, J. (1975): a.a.O., S.35

In den Folgejahren wurden gesetzliche Regelungen und Empfehlungen auf Landes- oder Bundesebene bezüglich der Frühdiagnostik und Frühförderung verabschiedet: Im Jahr 1971 wurde gesetzlich verankert, dass Kinder Anspruch auf kostenlose Früherkennungsuntersuchungen haben.

Der Deutsche Bildungsrat verabschiedete im Jahr 1973 die „Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ mit einem eigenen Kapitel zur Früherkennung und Frühförderung. Die Empfehlungen gaben einen wichtigen Impuls für den Aufbau einer flächen- und bedarfsdeckenden Frühförderung in den folgenden Jahren.⁶ Der Bildungsrat sprach sich für eine möglichst früh einsetzende behinderungsspezifische Förderung aus. Es wurde ein interdisziplinäres und mobiles Frühfördersystem gefordert, dessen Aufgaben die Früherkennung, die Diagnostik, Beratung und Förderung umfassen, und welches neben medizinischen auch pädagogische und soziale Aktivitäten beinhalten sollte. Die Empfehlungen stellten erstmalig einen ganzheitlichen Förderansatz dar und markierten eine Wende von kindzentrierten Konzepten hin zu Ansätzen, die das gesamte Lebensumfeld berücksichtigten und miteinbezogen. So wurde im Bericht des Deutschen Bildungsrats beispielsweise auch auf unzureichende Lebens- und Erziehungsbedingungen in sozialen Brennpunkten hingewiesen und präventive Maßnahmen empfohlen.

Die Empfehlungen trugen dazu bei, dass im 3. Änderungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1974 § 40 Abs. 1 BSHG dahingehend geändert wurde, dass von nun an heilpädagogische Maßnahmen auch für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, aufgenommen wurden.⁷

2.1.2 Weiterentwicklung nach der Einführung der Heilpädagogischen Leistungen als Pflichtleistung nach BSHG

Die tatsächliche institutionelle Ausgestaltung des Frühfördersystems entwickelte sich in den folgenden Jahren in zweierlei Richtungen: auf der einen Seite die pädagogischen oder interdisziplinären Frühförderstellen, die dezentral und mobil ausgerichtet waren, auf der anderen Seite die Sozialpädiatrischen Zentren, die unter ärztlicher Leitung standen, wobei die interdisziplinäre Herangehensweise ein gemeinsames Merkmal darstellte.⁸ Als dritte Säule wurden darüber hinaus diejenigen niedergelassenen Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Psychologen/innen und Heilpädagogen/innen bezeichnet, die mit Frühförderstellen in Kooperation standen.⁹

⁶ Thurmair, M. (1998): Früherkennung und Frühförderung: 25 Jahre Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates – und was ist daraus geworden? In: Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung, Nr.2

⁷ Sohns, A. (2000b): Rechtliche Grundlagen der Frühförderung. In: Frühförderung Interdisziplinär, Nr. 2, München/Basel: Reinhardt-Verlag

⁸ Sohns, A. (2000a): a.a.O., S.32

⁹ Thurmair, M. (1998): a.a.O.

Initiativen der Bundesländer

Der Aufbau eines Frühfördersystems und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestalteten sich von Anfang an in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Staatliche Initiativen zur Umsetzung gab es zunächst nur in wenigen Ländern, so entstanden z.B. in Bayern auf Betreiben des Kultusministeriums schon früh dezentrale Frühförderstellen im ganzen Land.¹⁰ Private Träger schulisch-heilpädagogischer Einrichtungen entwickelten sich durch staatliche Zuschüsse relativ schnell zu selbständigen Frühförderstellen mit einem interdisziplinären Team. Auch auf die Mobilität der Dienste wurde in Bayern von Anfang an Wert gelegt. Im „Ersten Bayerischen Landesplan für Behinderte“ (1974) und mehreren Kultusministeriellen Empfehlungen (1974, 1975, 1977) wurden schließlich weitere Voraussetzungen für die konkrete Umsetzung geschaffen: Die pädagogische Frühförderung wurde Bestandteil der schulvorbereitenden Einrichtungen, somit war eine institutionelle Basis für möglichst frühzeitige Früherkennung und Förderung gewährleistet.¹¹ In Baden-Württemberg wurde auf Betreiben des Kultusministeriums die Frühförderung zur Aufgabe der Sonderschulen erklärt, in denen ‚Sonderpädagogische Beratungsstellen‘ (Frühförderstellen) eingerichtet wurden.¹² Jedoch wurde diese Angliederung auch kritisch gesehen, denn gerade die Emanzipation von Sonder- und Förderschulen, die eher entgegengesetzt zum Integrationsgedanken standen, steigerte die Akzeptanz der Frühförderung bei Eltern und trage zur Niedrigschwelligkeit bei, so die Argumentation.¹³ In Hessen erließ das Sozialministerium im Jahr 1978 erste Richtlinien zur Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder, Fortschritte bezüglich der konkreten Umsetzung und Institutionalisierung der pädagogischen Frühförderung gab es anfangs jedoch kaum.¹⁴ Die meisten Länder überließen die Entwicklung der Frühförderung jedoch den örtlichen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträgern.

Der Auf- und Ausbau der Frühförderung war wesentlich den Trägern der freien Wohlfahrtspflege überlassen, die unter den gegebenen Möglichkeiten des Bundessozialhilfegesetzes und der Krankenversicherung vielerorts Frühförderstellen einrichteten. Im Jahr 1979 gab es bereits 481 Frühförderstellen in der damaligen Bundesrepublik, diese Zahl erhöhte sich in den Folgejahren kontinuierlich.

2.1.3 Frühförderung in der damaligen DDR

In der damaligen DDR wurde die Frühförderung als „rehabilitative Früherziehung“ bezeichnet. Neben Schwangeren- und Mütterberatungsstellen (für Kinder bis 3 Jahre) gab es Abteilungen für „Kinder und Jugendgesundheitschutz“, die die körperliche und

¹⁰ Weiß, H.; Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): a.a.O., S.148

¹¹ Arbeitsstelle Frühförderung. Institut für Sonderpädagogik der Universität München (Hrsg.) (1982): Pädagogische Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung. München. S.22

¹² Speck, O. (1998): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Ernst Reinhardt Verlag: München/Basel. S.469

¹³ Weiß, H.; Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): a.a.O., S.148

¹⁴ Thurmair, M.: Früherkennung und Frühförderung (1998): 25 Jahre Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates – und was ist daraus geworden? In: Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung, 1998, Nr.2

geistige Entwicklung der Kinder (von 3 bis 6 Jahren) in regelmäßigen Abständen beurteilen. Darüber hinaus war die gesamte Kleinkinderbetreuung stark institutionalisiert und für 84% (1988) der Kinder bis drei Jahre stand ein „Krippenplatz“ zur Verfügung. In Verbindung mit einem Entwicklungsbogen, der eine kontinuierliche Beobachtung in der Kindertageseinrichtung sicherte, wurden Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig feststellbar.¹⁵ Die Frühförderung der Kinder erfolgte teils in allgemeinen Kindertageseinrichtungen, teils in Sonderkindergärten und Kindergärten, nur in geringem Umfang kam eine ambulante Betreuung und Elternanleitung zum Einsatz.¹⁶

2.1.4 Gesetzliche Impulse Ende der 1980er Jahre

Im Jahr 1989 wurde das Gesundheitsreformgesetz verabschiedet und erst damit eine gesetzliche Grundlage für die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) geschaffen. Nun konnten die SPZ spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen erbringen und auch nicht-medizinische Leistungen abrechnen.

Durch die Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) im Jahr 1993 wurde die Eingliederungshilfe bei seelischen Behinderungen zum eigenständigen Leistungstatbestand.¹⁷

2.2 Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Mit dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001¹⁸, in Kraft seit dem 1. Juli 2001, hat der Gesetzgeber das komplexe Rehabilitationsrecht weiterentwickelt. Er entschied sich gegen die Schaffung eines neuen und eigenständigen Sozialleistungszweigs mit eigenständigem Leistungsträger und für die Verbesserung, Koordination und übersichtlichere Gestaltung des bestehenden, über die Sozialleistungsgebiete verzweigten Behindertenrechts. Das SGB IX stellt eine funktionale Klammer der einzelnen Leistungsgesetze dar. Es verfolgt insbesondere das Ziel, Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationssträger zu fördern und damit die Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation zu überwinden.

Einen besonderen Prüfstein für diese Zielsetzung des SGB IX stellte die Umsetzung des § 30 SGB IX zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder dar. Denn sie intendiert – ähnlich wie die Regelungen zum trägerübergreifenden persönlichen Budget (§ 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) und zu Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX) – erhebliche Veränderungen bei der Koordinierung von Rehabilitationsleistungen und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger.

¹⁵ Finger, G. & Steinebach, C. (Hrsg.) (1992): Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg i.B.: Lambertus-Verlag. S.181

¹⁶ Weiß, H.; Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S.151

¹⁷ Vgl. Moos, M. und H. Müller (2007): Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35 a SGB VIII, S.8.

¹⁸ BGBl. I S. 1046 vom 22. Juni 2001.

So wurde die Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung als „Nagelprobe“ für das SGB IX bezeichnet: *„An ihr und dem Sicherheitsmechanismus der Rechtsverordnung wird sich erweisen, ob die dem Nachrangprinzip unterliegende Sozialhilfe ihrer Rolle als gleichberechtigter Rehabilitationsträgerin gerecht wird und ob ihre strukturelle Verfasstheit sowie ihre Organisationsform es zulassen, tragfähige Regelungen für die Ausgestaltung der Rehabilitation zu vereinbaren.“*¹⁹

Mit den Vorschriften der §§ 30 und 56 SGB IX hat der Gesetzgeber die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geregelt. Nach § 30 Abs. 1 SGB IX sollen die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung im Zusammenhang mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX als *Komplexleistung* erbracht werden. Den Begriff der Komplexleistung hat der Gesetzgeber selbst nicht näher erläutert, um den Rehabilitationsträgern hinreichende Spielräume bei der Umsetzung zu belassen, was bereits bei Einführung vielfach kritisiert wurde²⁰ und bis heute dazu führt, dass die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in den Ländern und vor Ort in sehr unterschiedlicher Dichte und mit verschiedenen Ausprägungen erfolgt.

In der Begründung des § 30 SGB IX wird ausgeführt, dass ein „enger Funktionszusammenhang“ zwischen den medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung einerseits und den heilpädagogischen Maßnahmen nach § 56 SGB IX andererseits bestehe und diese „gegenüber den Leistungsberechtigten systemorientiert als Komplexleistungen zu erbringen“ seien.²¹ Der Gesetzgeber hebt darauf ab, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit einem Bedarf an medizinisch-therapeutischen *und* heilpädagogischen Leistungen, diese in *Interdisziplinären Frühförderstellen* bzw. in *Sozialpädiatrischen Zentren* in Abstimmung aller beteiligten Berufsgruppen koordiniert erhalten sollen.

2.2.1 Frühförderungsverordnung

Eine Facharbeitsgruppe unter der Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), zu der auch Vertreter/innen der Fachverbände der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSJ) und der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (VIFF) hinzugezogen wurden, erarbeitete eine Vorlage für eine gemeinsame Empfehlung, in der vieles eindeutiger geregelt war und die weitestgehend auf Konsens zu treffen schien. Die gemeinsame Empfehlung scheiterte, wobei insbesondere die Aufteilung bei der Kostenteilung und die Herausnahme von Quali-

¹⁹ Kühl, J. (Hrsg.) (2004): Frühförderung und SGB IX – Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung, S. 9.

²⁰ Vgl. z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005: Reformvorschläge 2005 zur Weiterentwicklung des Sozialhilferechts (SGB XII), des Gesetzes zur Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie der Pflegeversicherung (SGB XI). München, 12. September 2005.

²¹ BT-Drucksache 14/5074, Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begründung, S. 27.

tätsstandards und Qualitätssicherung aus der Empfehlung zu unlösbaren Konflikten führten.²²

Das zuständige Bundesministerium erließ auf Grundlage des § 32 SGB IX die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003²³, die seit dem 1. Juli 2003 in Kraft ist.

Die Frühförderungsverordnung bleibt in den Details zu den personellen und sächlichen Anforderungen an eine Einrichtung, die die Komplexleistung Frühförderung anbietet, zu konkreten Leistungsinhalten und Leistungsumfang sowie insbesondere zur Vergütung und Kostenabrechnung unkonkret. Vielmehr sieht § 2 Satz 3 FrühV vor, dass Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann. Hintergrund dieser recht unspezifischen Regelungen war, die bereits bestehenden Strukturen vor Ort nicht zu gefährden, sondern vielmehr die Möglichkeit einzuräumen, an diese mit entsprechenden landesspezifischen Regelungen anzuknüpfen.

Weitere Bemühungen auf Bundesebene

Nach einer schleppenden Umsetzung der Frühförderungsverordnung auf Landesebene, die insbesondere auch damit begründet wurde, dass sich die Rehabilitationsträger nicht verständigen konnten, wurde auf Initiative des BMAS mit Fachreferenten und Fachreferentinnen aller 16 Länder ein Konsenspapier erarbeitet, das Klärung zahlreicher strittiger Punkte enthielt.²⁴ Die Anforderungen an die Umsetzung der Komplexleistung in der Frühförderungsverordnung wurden schließlich in einem gemeinsamen Rundschreiben des BMAS und des BMG vom 24. Juni 2009 zu sechs Punkten weitergehend präzisiert:

- *Definition der Komplexleistung Frühförderung* – für einen prognostisch festgelegten Zeitraum sind sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen notwendig, um ein übergreifend formuliertes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen. Abfolge und Intensität der Maßnahmen spielen dabei keine Rolle. Die vorgesehenen Leistungen werden bezogen auf das in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten individuell definierte Gesamtziel geplant und in einem Förder- und Behandlungsplan festgehalten.
- *Leistungsinhalte* – die Komplexleistung ist eine eigenständige Leistung, sie erschöpft sich nicht in der Addition von Leistungspflichten der beteiligten Reha-Träger nach ihren jeweiligen Leistungsgesetzen. Zu den Inhalten der Komplexleistung gehören insbesondere auch die Beratung der Erziehungsberechtigten, mobil-aufsuchende Hilfen, die Sicherung der Interdisziplinarität der Komplexleistung Frühförderung sowie ein offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot.

²² Jetter, K. (2004): Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung (SGB IX) – Rechtliche Vorgaben und Perspektiven ihrer Umsetzung. In: Kühl, J. (Hrsg.) (2004): Frühförderung und SGB IX – Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung, S. 18.

²³ BGBl I, S. 998 vom 30. Juni 2003.

²⁴ Vgl. Sohns (2010): a.a.O., S. 86ff.

- *Heilmittelerbringung* – Heilmittel im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung werden nach Maßgabe und auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans erbracht. Die Ausgaben für Heilmittel im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung (§ 30 SGB IX) fließen nicht in das Ausgabevolumen nach § 84 SGB V ein.
- *Abgrenzung der Zuständigkeit/ Kostenteilung* – Die Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sind in der FrühV für die originären Leistungen klar getrennt. Im Rahmen der Komplexleistungen gibt es darüber hinaus eine Reihe von Leistungen (z.B. Elternberatung, mobil-aufsuchende Hilfen, Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität), für die grundsätzlich beide Träger zuständig sein können. Die Berücksichtigung dieser Leistungselemente im Rahmen der Komplexleistung wird durch die Festlegung von Pauschalen vereinfacht und sollte daher die Regel sein, sie wird aber nicht zwingend gefordert.
- *Personenkreis* – Anspruch auf Komplexleistungen haben behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum individuellen Schuleintritt.
- *Kooperation von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF)* – Behandlungen in SPZ und IFF schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich durch ihre unterschiedlichen Leistungsschwerpunkte. Ausgeschlossen sind dagegen Doppelleistungen.

Dieser Klarstellung folgten weitere vermittelnde Gespräche auf Bundesebene, um die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung zu lösen. Diese konnten aber die unterschiedlichen Entwicklungen bei der Umsetzung auf Landes- und Regionalebene nicht beheben.

Die Verlagerung der Umsetzung der Komplexleistung auf die Landesebene führte trotz der Klarstellungen und vermittelnden Gespräche dazu, dass es bis heute kein flächendeckendes Angebot der Komplexleistung Frühförderung gibt und unter dem Angebot Komplexleistung Frühförderung unterschiedliche Leistungsinhalte – insbesondere bezogen auf die Arbeitsweise der Interdisziplinarität – verstanden werden (s. auch Kapitel 4).

2.3 Frühförderung und Jugendhilfe

Die Anforderungen an die Interdisziplinäre Frühförderung sind vielfältig und nehmen nicht zuletzt aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen zu. Dies begründet eine engere Zusammenarbeit mit den Systemen der Erziehungshilfen, wie bspw. den „Frühen Hilfen“. Gleichzeitig wird derzeit diskutiert, wie die Rechtskreise des SGB XII und des SGB VIII für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen zusammengeführt werden können.

SGB XII und SGB VIII

Die Sozialhilfeträger sind nach SGB XII bezogen auf Kinder für den Personenkreis der geistig und körperlich behinderten Kinder zuständig, die Jugendhilfeträger sind nach § 35a SGB VIII zuständig für den Personenkreis der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen.

In zahlreichen Bundesländern wurde von der Möglichkeit einer Regelung durch Landesrecht nach § 10 Abs. 4 SGB VIII²⁵ Gebrauch gemacht und der Bereich der Frühförderung wurde vollständig den Leistungen des SGB XII zugeordnet. In anderen Bundesländern ohne entsprechende landeseigene Regelungen besteht die beschriebene Trennung der Zuständigkeit je nach Art der vorliegenden Behinderung.

Angestrebte Veränderungen im Sozialrecht

Die Debatte zur Gestaltung der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe ist nicht neu, sie hat jedoch nicht zuletzt durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention einen neuen Impuls erhalten: Im November 2009 hat die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister (ASMK) gefordert, dass Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche – soweit irgend möglich – aus einer Hand erfolgen sollten. Die derzeit bestehenden getrennten Zuständigkeitsregelungen sollten hiernach aufgegeben werden.²⁶

Die hieraufhin von der ASMK und der JFMK eingesetzte Arbeitsgruppe hat im September 2011 einen Zwischenbericht „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung“ vorgelegt. Hierin werden die Lösungsmodelle

- „Große Lösung SGB XII“, wonach die Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung sämtlich in Trägerschaft der Sozialhilfe nach SGB XII überführt werden;
- „Große Lösung SGB VIII“, wonach die Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung sämtlich in Trägerschaft der Jugendhilfe nach SGB VIII überführt werden;
- Eine Reduktion von Schnittstellenproblemen

diskutiert. Nach Argumentation der Arbeitsgruppe wird eine „Große Lösung SGB VIII“ präferiert. Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe mit konkreten rechtlichen Eckpunkten soll bis Ende 2012 erarbeitet werden.

.

Frühförderung und frühe Hilfen

Neben der Fokussierung der Frühförderung auf die Komplexleistung als eine (Re-)Habitationsmaßnahme nach dem SGB IX wird vermehrt auch eine verstärkte Vernetzung der Frühförderung nach SGB XII mit Leistungen in Trägerschaft der Jugendhilfe gefordert. So sollte sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII nicht nur als erzieherische Hilfen, sondern auch als präventive Frühförderung interpretiert werden. Für eine enge Vernetzung der Leistungen nach SGB XII und SGB VIII spricht auch die Feststellung aller im Rahmen dieser Studie Befragten, dass in der

²⁵ Landesrecht kann regeln, dass Leistungen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden. § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII

²⁶ Deutscher Verein (2010): Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle bei Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XII für junge Menschen mit Behinderung vom 21. September 2010.

Frühförderung zunehmend Kinder entsprechende Leistungen benötigen, die zusätzlich in einem schwierigen sozialen Umfeld leben.

Nach einigen dramatischen Fällen von Kindesmisshandlung mit Todesfolge wurde in den vergangenen Jahren bundesweit intensiv über Möglichkeiten eines verbesserten Kinderschutzes diskutiert. In der Folge wurde in Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Nationale Zentrum Frühe Hilfen eingerichtet und das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ initiiert. In dessen Folge wurden in allen Bundesländern Modellprogramme zur Implementierung unterschiedlicher Systeme für „Frühen Hilfen“ eingerichtet.

Die Verknüpfung dieser beiden Systeme ist in den Ländern und vor Ort höchst unterschiedlich ausgestaltet und reicht von einer recht engen Zusammenarbeit, bei der die Kinder und ihre Familien abgestimmte Leistungen beider Systeme erhalten, bis hin zu vollständig unkoordiniertem Handeln beider Leistungssysteme.

3 Frühförderung in der Statistik

3.1 Daten zur Frühförderung auf Bundesebene

3.1.1 Zur Datenlage

Erste überblicksartige Erkenntnisse über den Leistungsumfang der Frühförderung können mittels Auswertungen der Sozial- und Gesundheitsstatistik gewonnen werden. Diese geben Aufschluss darüber, wie sich die Zahl der im Rahmen der Frühförderung behandelten Kinder und die Ausgaben in diesem Bereich entwickelt haben.

Entsprechend der getrennten Leistungsträgerschaft sind auf Bundesebene weiterhin für die statistische Auswertung einerseits die Statistiken der Sozialhilfe und andererseits die der Krankenversicherung heranzuziehen, die allerdings eine unterschiedliche Systematik und einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad aufweisen. Soweit die Träger der Jugendhilfe Leistungen der Frühförderung erbringen, müssten diese der Vollständigkeit halber ergänzt werden, was allerdings aufgrund der Datenlage nicht möglich ist.

Bereits an dieser Stelle bleibt entsprechend festzuhalten, dass ein differenziertes und verlässliches Bild der Frühförderung – und insbesondere der Komplexleistung – von einer Auswertung der amtlichen Statistik nicht zu erwarten ist.

Die folgenden Ausführungen legen die Analysen des ISG-Berichts „Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ zugrunde und schreiben diese fort.

Sozialhilfestatistik

Im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sechstes Kapitel SGB XII) werden die Leistungen der Frühförderung unter der Rubrik „Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder“ erfasst. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Leistungen, die durch Frühförderstellen sowie durch Förderkindergärten bzw. Integrationskindergärten erbracht werden. Zu einem geringen Teil sind darüber hinaus auch Leistungen enthalten, die niedergelassene Therapeut/innen mit dem Träger der Sozialhilfe abrechnen. Eine Altersabgrenzung ist dagegen eindeutig möglich, da die Leistungen entsprechend differenziert dargestellt sind.

Zu unterscheiden sind zum einen die Statistik der Leistungsempfänger/innen mit den Erfassungsmerkmalen Alter und Geschlecht (aktueller Stand: Jahresende 2010) und zum andern die Statistik der Ausgaben, differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen) und dem Leistungsträger (örtlicher oder überörtlicher Träger der Sozialhilfe; aktueller Stand: Gesamtjahr 2010).

Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Statistik der GKV lassen sich die Ausgaben für die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (nach § 120 Abs. 2 SGB V) ohne weitere Differenzierungsmerkmale entnehmen (aktueller Stand: Jahr 2010). Die SPZ erbringen Leistungen für Kinder aller Altersgruppen bis 18 Jahre, die Leistungen für Kinder im Vorschulalter können nicht abgegrenzt werden. Die anteilige Leistungsträgerschaft für Komplexleistungen wird

aber unter der Rubrik „Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX“ gesondert ausgewiesen. Dabei bestehen Unklarheiten, welche Leistungen unter der Rubrik „Früherkennung und Frühförderung“ abgerechnet werden. Daten über die Struktur der Leistungsbezieher/innen der Frühförderung werden in dieser Statistik nicht veröffentlicht. Daten zu den Heilmitteln (Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie) werden seit dem Jahr 2007 für Altersstufen in Fünf-Jahresschritten ausgewiesen. Die einbezogenen Daten beziehen sich entsprechend auf Kinder bis unter 10 Jahren.

Statistik der Privaten Krankenversicherung

Die Daten der Privaten Krankenversicherungen, in denen rd. 10% der Bundesbürger/innen versichert sind, sind nicht in vergleichbarer Weise zugänglich.

Statistik der Jugendhilfe

In der Statistik der Jugendhilfe sind Leistungen der Frühförderung nicht abgegrenzt, so dass sich weder die Ausgabenentwicklung noch die Struktur der Leistungsempfänger/innen in diesem Bereich ermitteln lassen.

Angesichts dieser uneinheitlichen Datenlage kann eine statistische Auswertung kein Gesamtbild der Leistungen der Frühförderung bieten, sondern nur mehr oder weniger vollständige Teilbereiche abbilden.

Referenzdaten aus anderen Statistiken

Um eine Einschätzung für die Größenordnung zu erhalten, in der die Zielgruppe zu erwarten ist, können weitere Daten herangezogen werden. Eine Untergrenze kann dabei die Schwerbehindertenstatistik bilden, die Auskunft über schwerbehinderte Kinder (abgrenzbar für Kinder unter 6 Jahren) und damit über eine Teilgruppe der „behinderten und von Behinderung bedrohten“ Kinder gibt. – Weitere Anhaltspunkte liefert der „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“ (KiGGS), den das Robert-Koch-Institut von 2003 bis 2006 im Auftrag der Bundesregierung durchgeführt hat und dessen erste Ergebnisse im Mai/ Juni 2007 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht wurden.²⁷ Derzeit wird der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey mit einer Laufzeit von 2009 bis 2012 erarbeitet, Ergebnisse dieser zweiten Runde sind frühestens im Jahr 2013 zu erwarten.

3.1.2 Daten zur Prävalenz von Behinderungen und Entwicklungsstörungen von Kindern im Vorschulalter

Am Jahresende 2010 wurden 28.299 Kinder als schwerbehindert registriert, dies sind 0,6% der Kinder unter 6 Jahren. Schwerbehinderte Kinder sind allerdings nur eine kleine Teilgruppe der Kinder, an die sich die Frühförderung richtet – zum einen bezieht die

²⁷ C. Scheidt-Nave; U. Ellert; U. Thyen; M. Schlaud (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 50/2007: 750 – 756. Dort wurde zur Erfassung von Konsequenzen körperlicher, seelischer und verhaltensbedingter Störungen der „Children with Special Health Care Needs-(CSHCN-) Screener“ in deutscher Übersetzung eingesetzt, über den Eltern zum gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarf ihrer Kinder befragt werden.

Frühförderung auch leichter behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit ein, zum andern wird für Kinder in diesem Alter eine amtliche Anerkennung als „schwerbehindert“ nur in besonders gravierenden Fällen beantragt.

Eine weitere Fassung der Zielgruppe ergibt die im Rahmen des „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“ durchgeführte Untersuchung des spezifischen Versorgungsbedarfs von Kindern. Für Kinder unter 3 Jahren ergab diese Untersuchung eine Prävalenzrate von 5,0% (Jungen 5,7%, Mädchen 4,1%) und für Kinder von 3 bis unter 7 Jahre eine Prävalenzrate von 11,4% (Jungen 14,4%, Mädchen 7,9%). Fasst man beide Altersgruppen zusammen, so ergibt sich ein spezifischer Versorgungsbedarf bei rd. 433.000 Kindern unter 7 Jahren, dies entspricht einer Quote von 8,6%. Neuere Daten hierzu liegen derzeit nicht vor.

Damit ergibt sich für die Prävalenz des Frühförderbedarfs ein Erwartungskorridor, der einerseits deutlich über 1% liegt, weil nicht nur schwerbehinderte, sondern auch leicht behinderte und von einer Behinderung bedrohte Kinder Leistungen der Frühförderung in Anspruch nehmen. Andererseits liegt die Obergrenze der zu erwartenden Prävalenzrate unter 8% der Kinder im Vorschulalter, da nicht jede Verhaltensauffälligkeit mit einer (bestehenden oder drohenden) Behinderung in Verbindung gebracht werden kann.

3.1.3 Struktur und Entwicklung der Frühförderung

Leistungsempfänger/innen der Frühförderung

Zu den Leistungsempfänger/innen der Frühförderung liegen Angaben der Sozialhilfestatistik vor. Am Jahresende 2010 bezogen rd. 90.350 Kinder heilpädagogische Leistungen seitens der Träger der Sozialhilfe, dies sind 35% mehr als am Jahresende 2007. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Kinder unter 7 Jahren von 4,9 Mio. auf 4,8 Mio. ab (-3%). Daraus resultiert, dass nicht nur die absolute Zahl der Kinder mit heilpädagogischen Leistungen zugenommen hat, sondern deren Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung noch stärker gestiegen ist: Bezogen am Jahresende 2007 noch 1,4% der Kinder unter 7 Jahren heilpädagogische Leistungen der Sozialhilfe, stieg dieser Anteil innerhalb von drei Jahren auf 1,9%, dies entspricht einer Steigerung der Quote um 38%.

Tabelle 1: Heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren

	insgesamt	Jungen		Mädchen		Kinder unter 7 Jahren in der Bevölkerung		
2004	66.681	43.779	66%	22.902	34%	5.229.494	1,3	je 100
2007	67.035	44.134	66%	22.901	34%	4.931.704	1,4	je 100
2010	90.348	58.908	65%	31.440	35%	4.807.390	1,9	je 100
'10 ggü. '04	35%	35%		37%		-8%	47%	
'10 ggü. '07	35%	33%		37%		-3%	38%	

Quelle: Bundesamt für Statistik, Fachserie 13, Reihe 2.3 für die Jahre 2004, 2007 und 2010

Die Geschlechterverteilung unter den Kindern mit Frühförderbedarf ist über die Jahre weitgehend konstant und weist ein Verhältnis von zwei Dritteln Jungen und einem Drit-

tel Mädchen auf. Diese Verteilung ist zum einen klinisch begründet, Jungen werden häufiger mit Behinderungen oder Krankheiten geboren als Mädchen. Zum andern weisen Jungen bereits in den ersten Kinderjahren häufiger Verhaltensauffälligkeiten auf als Mädchen.

Gesamtzahl der Kinder mit Leistungen der Frühförderung

Für eine Abschätzung darüber, wie viele Kinder insgesamt Leistungen der Frühförderung erhalten, müssen neben den heilpädagogischen Leistungen (s.o.) auch die Leistungen, die in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) für Kinder von 0 bis 7 Jahren erbracht werden, herangezogen werden. In den SPZ werden Kinder bis 18 Jahre behandelt, allerdings liegen keine Angaben zur Anzahl der Kinder bis 7 Jahre vor.

Nach den Ergebnissen der bundesweiten repräsentativen Befragung der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren²⁸ liegt die Gesamtzahl der Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, um rd. ein Viertel über der Zahl der Kinder, die heilpädagogische Leistungen erhalten. Wird dieses Verhältnis zugrunde gelegt, so errechnet sich eine Gesamtzahl von rd. 112.000 Kindern. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von 2,3%.

Ausgaben der Sozialhilfe

Die Träger der Sozialhilfe haben im Jahr 2010 insgesamt 913 Mio. Euro für heilpädagogische Leistungen für Kinder ausgegeben, dies entspricht seit 2004 einer Steigerung von 2,6% und seit 2007 um 1,1%. Die Ausgaben der örtlichen Träger sind seit 2007 um 4,3% gestiegen, während die der überörtlichen Träger im Vergleichszeitraum um 0,6% gesunken sind. Dies ist insbesondere mit dem Rückgang des Ausgabenvolumens für Leistungen der Frühförderung in Einrichtungen zu erklären. Die Ausgaben für heilpädagogische Leistungen außerhalb von Einrichtungen sind seit 2007 um 26% gestiegen, die in Einrichtungen um 8,3% gesunken.

Tabelle 2: Ausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren

Jahr	insgesamt	außerhalb v. Einrichtungen	in Einrichtungen	örtliche Träger	überörtliche Träger
- in Mio. EUR -					
2004	889,9	249,7	640,2	289,2	600,7
2007	902,9	247,8	655,1	312,8	590,1
2010	913,1	312,2	600,9	326,4	586,7
'10 ggü. '04	2,6%	25,0%	-6,1%	12,9%	-2,3%
'10 ggü. '07	1,1%	26,0%	-8,3%	4,3%	-0,6%

Quelle: Bundesamt für Statistik, Fachserie 13, Reihe 2.3 für die Jahre 2004, 2007 und 2010

²⁸ ISG-Bericht (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

Zu den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Früherkennung und Frühförderung gehören Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Leistungen der Frühförderung und Früherkennung nach §§ 30 i.V.m. 56 SGB IX sowie die Versorgung mit Heilmitteln nach § 124 SGB V (Physio- und Ergotherapie, Logopädie). Während die Leistungen der Früherkennung und -förderung nach SGB IX Angebote für Kinder bis zur Einschulung sind, die im Rahmen der Komplexleistung erbracht werden, werden Leistungen im SPZ für Kinder bis 18 Jahre erbracht. Diese Daten liegen gesondert für die Kinder im Frühförderalter vor. Schließlich werden im Heilmittelinformationssystem²⁹ seit 2007 die Angaben für Heilmittel bezogen auf das Alter angegeben, wobei jeweils Altersgruppen in Fünfjahresabständen zusammengefasst sind. Bezogen auf die Heilmittel liegen entsprechend Daten für Kinder von 0 bis unter 5 Jahren sowie von 5 bis unter 10 Jahren vor. Aus diesem Grund wird für die folgenden Darstellungen das Jahr 2007 als Referenzjahr herangezogen.

Die Ausgaben der GKV für Behandlungen im SPZ sowie für Leistungen der Früherkennung und -förderung nach SGB IX sind von 164,4 Mio. Euro im Jahr 2007 um 79,5 Mio. Euro auf 244 Mio. Euro im Jahr 2010 gestiegen. Gegenüber den Ausgaben im Jahr 2007 ist damit ein Zuwachs um 48% zu verzeichnen. Mit dem Ausbau der Leistungen nach SGB IX hat sich die Relation der Kosten zwischen den Leistungen für Behandlungen im SPZ und denen für Früherkennung und -förderung nach SGB IX verändert. Diese Leistungen beginnen mit einer Anlaufphase nach dem Inkrafttreten der FrühV und erreichen im Jahr 2010 eine Höhe von 78,1 Mio. Euro. Im Vergleich zum Referenzjahr 2007 ist dies eine Steigerung um 246%.

Tabelle 3: Ausgaben der GKV für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung

Jahr	Leistungen insgesamt	Veränd. ggü. Vorj.	Behandlung in SPZ § 120 SGB V	Veränd. ggü. Vorj.	Früherk. u. Frühf. §§ 30, 56 SGB IX	Veränd. ggü. Vorj.
in Mio. Euro						
2004	116,1	-	106,9	-	9,2	-
2005	124,5	7,3%	114,2	6,9%	10,3	12,3%
2006	141,2	13,4%	126,8	11,0%	14,4	40,0%
2007	164,4	16,5%	141,9	11,9%	22,5	56,5%
2008	185,9	13,1%	150,7	6,3%	35,1	55,9%
2009	212,5	14,3%	164,4	9,1%	48,1	36,8%
2010	244,0	14,8%	165,9	0,9%	78,1	62,3%
'10 ggü. '07	79,5	48,4%	24,0	16,9%	55,5	246,2%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Statistik 2004 bis 2010 (amtliche Statistik KJ1)

Die im Heilmittelinformationssystem ausgewiesenen Nettoumsätze betragen für die Altersgruppe der Kinder bis unter 10 Jahren im Jahr 2007 insgesamt 520,5 Mio. Euro. Diese Umsätze sind bis zum Jahr 2010 um 5 Mio. Euro gestiegen, was einem Anstieg

²⁹ Vgl. Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) (2008 bis 2011): Der Heilmittelmarkt in Deutschland (Januar bis Dezember 2007, 2008, 2009, 2010)

von insgesamt 1% entspricht. Eine differenzierte Betrachtung der Heilmittel zeigt, dass die Umsätze für Leistungen der Physio- und der Ergotherapie im Vergleichszeitraum um 7,9% bzw. 8,5% gesunken sind und gleichzeitig die Leistungen der Logopädie ausgebaut wurden. Hier ist insgesamt ein Anstieg um 13,4% zu verzeichnen, der bei den jungen Kindern bis unter fünf Jahre stärker ausgeprägt ist als bei den älteren Kindern.

Tabelle 4: Umsätze für Heilmittel für Kinder unter 10 Jahren

		Heilmittel insgesamt	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie
		in Mio. Euro			
2.007	0 bis unter 5 Jahre	116,5	56,5	19,2	40,8
	5 bis unter 10 Jahre	404,0	38,7	184,1	181,2
	Zusammen	520,5	95,2	203,3	222,0
2.008	0 bis unter 5 Jahre	114,3	54,5	18,5	41,3
	5 bis unter 10 Jahre	392,3	35,7	176,5	180,1
	Zusammen	506,6	90,2	195,0	221,4
2.009	0 bis unter 5 Jahre	111,5	52,9	17,5	41,1
	5 bis unter 10 Jahre	375,7	32,9	166,1	176,7
	Zusammen	487,2	85,8	183,6	217,8
2.010	0 bis unter 5 Jahre	120,1	54,3	17,6	48,2
	5 bis unter 10 Jahre	405,4	33,4	168,5	203,5
	Zusammen	525,5	87,7	186,1	251,7
'07 ggü. '10	0 bis unter 5 Jahre	3,1%	-3,9%	-8,3%	18,1%
	5 bis unter 10 Jahre	0,3%	-13,7%	-8,5%	12,3%
	Zusammen	1,0%	-7,9%	-8,5%	13,4%

Quelle: Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) für die Jahre 2007 bis 2010.

Um einen Überblick über die Ausgaben für die Leistungen der Frühförderung insgesamt zu erhalten, werden die oben getrennt dargestellten Daten der beiden vorliegenden Statistiken (GKV-Statistik und Heilmittelinformationssystem der GKV) zusammengeführt. Bei der Interpretation der Daten ist zum einen zu beachten, dass es sich hierbei um Daten mit unterschiedlichen Altersbezügen handelt: SPZ-Leistungen für Kinder bis 18 Jahre, Heilmittel für Kinder bis 5 bzw. bis 10 Jahre und Leistungen nach SGB IX für Kinder im Frühförderalter. Zum anderen sind die Daten zwei verschiedenen Statistiken entnommen: In der GKV-Statistik „Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung“ werden Einnahmen und Ausgaben nach Leistungsbereichen sowie nach Versicherten ausgewiesen. Das Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) enthält dagegen Daten zu den Brutto- und Nettoumsätzen sowie zu der Anzahl der Verordnungen.

Trotz dieser benannten statistischen Schwierigkeiten können die vorliegenden Daten für eine näherungsweise Abschätzung der gesamten Kosten der Leistungen für Kinder herangezogen werden. Diese betragen im Jahr 2007 rd. 685 Mio. Euro und sind bis

2010 auf rd. 770 Mio. Euro um 12% gestiegen. Dies liegt insbesondere an der geringfügigen Steigerung im Bereich der Heilmittel von 1% im Vergleichszeitraum. Das finanzielle Volumen der Heilmittel ist bezogen auf das Gesamtvolumen beträchtlich und betrug im Jahr 2007 noch 76%. Hier ist im Verlauf der vier Jahre von 2007 bis 2010 eine Verschiebung hin zu den Leistungen der Früherkennung und -förderung nach SGB IX zu erkennen. Betrag der Anteil dieser Leistungen im Jahr 2004 noch 3%, so ist er bis 2010 auf 10% gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Heilmittel von 76% auf 68% zurückgegangen.

Tabelle 5: Ausgaben der GKV für Leistungen der Frühförderung und Umsätze für Heilmittel im Überblick

	2007		2010		'10 ggü. '07
	in Mio. Euro				
<i>Insgesamt</i>	684,9	100%	769,5	100%	12%
Heilmittel (Nettoumsätze)	520,5	76%	525,5	68%	1,0%
Behandlung im SPZ	141,9	21%	165,9	22%	17%
Früherkennung und -förderung nach SGB IX	22,5	3%	78,1	10%	246%

Quelle: GKV-Statistik, GKV-HIS für die Jahre 2007 und 2010.

Die Umsätze für Heilmittel insgesamt sind von 2007 bis 2010 um 11% gestiegen und die Gesamtausgaben der GKV für ihre Leistungen betragen im Jahr 2010 rd. 164,96 Mrd. Euro, wobei seit 2007 ein Kostenanstieg von 14% zu verzeichnen ist. Damit liegt der Gesamtanstieg der genannten Leistungen für Kinder, die dem Bereich der Frühförderung zugeordnet werden können, mit 12% in etwa gleicher Höhe wie die Steigerung der Heilmittelumsätze insgesamt und geringfügig unter dem Anstieg der Gesamtausgaben für die Leistungen der GKV. Der Ausbau der Leistungen nach SGB IX der GKV, verbunden mit einem entsprechend hohen Ausgabenanstieg, wird nach diesen Schätzungen durch einen weit unterdurchschnittlichen Anstieg bei den Heilmitteln für Kinder soweit kompensiert, dass die Ausgaben in etwa dem allgemeinen Anstieg entsprechen.

3.2 Daten zur Frühförderung auf Landesebene

Für einen ersten Überblick über Frühförderleistungen auf Landesebene sollten ebenfalls die Daten des Statistischen Bundesamtes der Fachserie 13, Reihe 2.3 zu den heilpädagogischen Leistungen herangezogen werden. Hierin sind für die Kinder bis zum Schuleintritt zu einem hohen Anteil die Frühförderleistungen enthalten. In Bremen und Hamburg werden Leistungen der Frühförderung für Kinder ab 3 Jahren vollständig in den Kindertageseinrichtungen erbracht. Zudem schließen sich in der Regel Leistungen der Frühförderung und Leistungen in Förderkindergärten sowie von so genannten Integrationskindern in den integrativen Kindergärten gegenseitig aus. Dies hat zur Folge, dass die Länder, in denen eine hohe Anzahl von Kindern durch Förderkindergärten oder als Integrationskinder gefördert wird, verhältnismäßig niedrigere Fallzahlen au-

ßerhalb der Einrichtungen aufweisen. Damit diese unterschiedlichen Strukturen berücksichtigt werden, wurden die heilpädagogischen Leistungen sowohl in als auch außerhalb von Einrichtungen aufgenommen.

Die berechneten Daten für die Länder zeigen erhebliche Unterschiede mit Prävalenzraten von 0,2 bis zu 4,5 Kindern je 100 Gleichaltrige im genannten Leistungsbezug. Diese großen Unterschiede lassen sich unseres Erachtens nur dadurch erklären, dass in der beschriebenen Kategorie unterschiedliche Leistungen erfasst sind.

Auf Nachfrage wiesen mehrere Landesministerien darauf hin, dass die Daten durch die örtliche Ebene erhoben und direkt an das Statistische Landesamt weitergegeben werden. Aus diesem Grund liegen keine Erkenntnisse darüber vor, welche Leistungen hierin konkret erfasst sind. Zu vermuten ist, dass die örtlichen Sozialhilfeträger in den Ländern keine einheitliche Systematik anwenden, da es keine definierten Vorgaben hierfür gibt.

Die Angaben der Länder, die über eine Definition verfügen, unterscheiden sich darüber hinaus. So sind in allen Fällen Kinder, die heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Frühförderung erhalten, in die Statistik aufgenommen, Leistungen der Komplexleistung (sofern angeboten) sind mit einer Ausnahme ebenfalls hierin enthalten. Heilpädagogische Leistungen in niedergelassenen Praxen sind dagegen nicht durchgängig enthalten, was ggf. damit zusammenhängen kann, dass in diesen Ländern heilpädagogische Leistungen durchgängig als Frühförderung erbracht werden.

Kinder, die Leistungen in Fördereinrichtungen (Förderkindergärten, Sonderkindergärten) erhalten, sind ebenfalls nicht flächendeckend aufgenommen, ebenso wie leistungsberechtigte Kinder in integrativen Tageseinrichtungen.

Kinder, die Integrationshilfen (im Regelkindergarten) erhalten, werden ebenfalls nicht durchgängig in der benannten Statistik erfasst. Selbst zwischen den bayerischen Bezirken als Träger der Frühförderleistungen bestehen innerhalb eines Landes Unterschiede.

Schließlich wurden weitere Leistungen benannt, die in der Statistik zu den heilpädagogischen Leistungen vereinzelt hinzugerechnet werden. Hierzu gehören bspw. sonstige ambulante Therapien im Vorschulalter, Schulgeld beim Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder heilpädagogische Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren.

Einige Länder merkten zudem an, dass die hier vorliegenden Zahlen auch auf Landesebene als nicht plausibel erscheinen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Information der Statistik in der bisherigen Form für einen Vergleich zwischen den Ländern nicht verwendet werden kann.

Weitere Daten auf Landesebene

Die Länder wurden weitergehend um Daten (Fallzahlen und Kosten) zur Komplexleistung sowie zur singulären Frühförderung gebeten. Nur wenige Länder – Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Saarland, Sachsen – verfügen über entsprechende Informationen auf Landesebene. Einige Länder wiesen darauf hin, dass derzeit Studien beauftragt sind oder sich in Abstimmung befinden, in deren Zusammenhang z.T. auch entsprechende Leistungsdaten zusammengetragen werden (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein).

Die vorliegenden Daten der Länder sind allerdings nicht vergleichbar, weil sie jeweils andere Bezugsrahmen haben. Aus diesem Grund werden diese Daten in die Darstellung der interdisziplinären Frühförderung auf Landesebene (Abschnitt 4.1) aufgenommen.

4 Interdisziplinäre Frühförderung auf Landesebene

In den einzelnen Ländern werden die interdisziplinäre Frühförderung und auch die Komplexeleistung Frühförderung höchst unterschiedlich umgesetzt, was eine unmittelbar vergleichende Darstellung verbietet. Aus diesem Grund wurde für jedes Land ein Kurzprofil erstellt, in dem die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Strukturen und die Finanzierung der Frühförderung in knapper Form beschrieben werden. Die Kurzprofile wurden eng mit den entsprechenden Fachministerien der Länder abgestimmt. Schließlich wurden die jeweils zuständigen Fachministerien der Länder zu den aus ihrer Sicht erforderlichen Maßnahmen auf Landes- wie auch auf Bundesebene befragt.

4.1 Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung

Die folgenden Kurzprofile der 16 Bundesländer beinhalten die jeweiligen grundlegenden Strukturen im Überblick sowie den aktuellen Stand der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung und auch der Komplexeleistung Frühförderung.

4.1.1 Baden-Württemberg

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Obwohl der Entwurf zu einer Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV bereits recht früh vorlag, konnten sich die Rehabilitationsträger bislang nicht auf eine gemeinsame Rahmenempfehlung einigen.³⁰ Allerdings gibt es in Baden-Württemberg eine lange Tradition der Interdisziplinären Frühförderung. Diese manifestiert sich in der „*Rahmenkonzeption Frühförderung*“: *Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg* von 1998. Darüber hinaus wurde eine *Übergangsvereinbarung* geschlossen (09. März 2005) und das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg erlässt derzeit jährlich fortgeschriebene *Fördergrundsätze für Zuwendungen zu Interdisziplinären Frühförderstellen*.

Struktur der Frühförderung

Baden-Württemberg verfügt über eine dezentralisierte Struktur der Frühförderung.³¹ Die verschiedenen Einrichtungen haben kreisbezogene, kreisübergreifende und landesweite Zuständigkeitsbereiche.³² Zu den Elementen des baden-württembergischen Frühfördersystems gehören insbesondere Interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Sonderpädagogische Beratungsstellen, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen sowie weitere Facharztgruppen, die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung sowie niedergelassene medizinische Therapeutinnen und Therapeuten, Kinderkliniken und der öffentliche Gesundheitsdienst.

³⁰ Vgl. Sohns, A. (2010): Frühförderung – Ein Hilfesystem im Wandel, Reihe: Praxis Heilpädagogik / Handlungsfelder, S. 188.

³¹ Landesinstitut für Schulentwicklung und Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2009 – Themenheft Sonderpädagogische Förderung in Baden-Württemberg, S. 31.

³² Ebd.

In Baden-Württemberg gibt es

- 378 Sonderpädagogische Beratungsstellen, darunter auch Beratungsstellen für sinnesbehinderte Kinder
- 38 Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)
- 18 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)³³

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen sind landesweit flächendeckend in allen Landkreisen und kreisfreien Städten an den Sonderschulen eingerichtet.

Die Interdisziplinären Frühförderstellen sind, wie die Sonderpädagogischen Beratungsstellen, als örtliche Leistungsanbieter konzipiert.³⁴ Hier arbeiten fest angestellte medizinisch-therapeutische und (heil-)pädagogische Berufsgruppen einschließlich Diplom-Psychologen/-Psychologinnen interdisziplinär im Team gemäß der Vorgaben der Förderrichtlinien des Landes zusammen. Bei der Förderung durch das Land wird davon ausgegangen, dass eine IFF für ein Einzugsgebiet mit 250.000 Einwohnern zuständig ist. Derzeit gibt es in sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten noch keine IFF.³⁵

Finanzierung der Frühförderung

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen werden aus Landesmitteln finanziert (s.u.). An der Finanzierung der Interdisziplinären Frühförderstellen sind die Stadt- und Landkreise als Sozialhilfeträger, die Krankenkassen und das Land Baden-Württemberg (s.u., für die nicht einzelfallbezogene interdisziplinäre und niederschwellige Arbeit einer IFF) beteiligt. Hinzu kommen Mittel aus Spenden und (zum Teil erhebliche) Eigenmittel.

Die Sozialhilfeträger finanzieren die in den IFF erbrachten heilpädagogischen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII). Darüber hinaus gewähren einige Stadt- und Landkreise institutionelle Zuschüsse. Die Krankenkassen finanzieren die Kosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach SGB V unter Berücksichtigung der „Eckpunkte für die Leistungserbringung von Heilmitteln in IFF in Baden-Württemberg“ von 2001.

Die Finanzierungsanteile der Rehabilitationsträger variieren zwischen den IFF. Dies könnte auf die unterschiedliche personelle Zusammensetzung der IFF (heilpädagogische bzw. medizinisch-therapeutische Schwerpunktsetzung) und das unterschiedliche Engagement der Stadt- und Landkreise (institutionelle Unterstützung) zurückzuführen sein. Der Anteil der Krankenkassen ist dabei im Bundesvergleich hoch. (ISG-Abschlussbericht 2008, S. 71). Im Mittel über alle IFF liegt der Beitrag der Krankenkassen mit 39% (2008) über der Mindestanforderung 80% zu 20% des § 9 Absatz 3 FrühV.

In den SPZ tragen die Krankenkassen die Leistungen gemäß § 120 Abs. 2 SGB V, § 30 Abs.1 SGB IX und § 5 der FrühV, die örtlichen Sozialhilfeträger übernehmen die heilpädagogischen Leistungen nach SGB XII.

³³ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin unter:
<http://www.dgspj.de/index.php>

³⁴ Wegweiser Frühförderung in Baden-Württemberg, Stand Februar 2011.

³⁵ Quelle: Auskunft der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung.

Beteiligung des Landes

In Baden-Württemberg erfolgt die Finanzierung der *Sonderpädagogischen Frühförderung* vollständig aus Landesmitteln. Die IFF werden ebenfalls durch Landesmittel unterstützt, wenn die Fördervoraussetzungen nach den jeweils gültigen Förderrichtlinien erfüllt sind.

- Sonderpädagogische Beratungsstellen: Übernahme der Personalkosten und der Wegekosten bei mobil-aufsuchender Frühförderung durch das Land (Selbstverpflichtung). Derzeit werden landesweit insgesamt 330 Vollzeitstellen für Sonderpädagogen/innen finanziert, darunter 250 Stellen an öffentlichen und 80 an privaten Sonderschulen.
- Die Interdisziplinären Frühförderstellen werden durch Landesmittel in Höhe von 1,8 Mio. Euro pro Jahr unterstützt. Finanziert werden pro IFF bis zu maximal drei vollzeitbeschäftigte Fachkräfte (17.000 Euro je IFF und Jahr). In IFF mit einem Einzugsgebiet mit mehr als 250.000 EW kann eine vierte Fachkraft in Höhe von 11.000 Euro/ Jahr finanziert werden.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Baden-Württemberg wurde auf Landesebene bislang keine Rahmenvereinbarung nach § 2 FrühV getroffen. Dennoch wird die Interdisziplinäre Frühförderung mit landesweit eingerichteten Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren umgesetzt. Beratung und sonderpädagogische Frühförderleistungen erfolgen durch die Sonderpädagogischen Beratungsstellen.

Weitere Informationen

In Baden-Württemberg ist eine überregionale Arbeitsstelle Frühförderung mit zwei Bereichen beim Regierungspräsidium Stuttgart eingerichtet.³⁶

Ansprechpartnerinnen und Kontaktdaten:

Pädagogischer Bereich

Abt. 7 Schule und Bildung, Ingrid Schmid (Leitung)

Breitscheidstr. 42, 70176 Stuttgart

Tel.: 0711 90440-143, Fax: 0711 / 90440-444

E-Mail: Ingrid.Schmid@rps.bwl.de

Medizinischer Bereich

Abt. 9 Landesgesundheitsamt, Dr. med. Birgit Berg (Leitung)

Nordbahnhofstr. 135, 70191 Stuttgart

Tel.: 0711 90439400, Fax: 0711 90437073

Email: Birgit.Berg@rps.bwl.de

³⁶ <http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1305248/index.html>

4.1.2 Bayern

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Grundlage für die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung ist der *Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern* vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011.

Mit dem Rahmenvertrag wurden landeseinheitliche Rahmenbedingungen für die Komplexleistung Frühförderung geschaffen. Diese betreffen u.a. Qualitätsanforderungen an IFF, Verfahrensweisen im Prozessverlauf sowie detaillierte Regelungen zur Vergütung einschließlich ihrer Höhe.

Struktur der Frühförderung

In Bayern besteht ein flächendeckendes Angebot der IFF mit

- 140 IFF zuzüglich zahlreicher Außenstellen
- 15 überregionale Frühförderstellen (für sinnesbehinderte Kinder)
- 15 SPZ

Die IFF müssen nach § 11 des Rahmenvertrages die für die Leistungserbringung erforderlichen personellen, räumlichen und sächlichen Strukturen vorhalten. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass alle IFF interdisziplinär besetzt sind und laut einer regelmäßig durchgeführten Systemanalyse³⁷ sind über die Hälfte der Interdisziplinären Frühförderstellen mit Fachkräften aus allen einschlägigen Bereichen (medizinisch-therapeutisch und heilpädagogisch) besetzt. Dennoch haben Kooperationskräfte ein hohes Gewicht, denn ein Drittel der Leistungen im Rahmen der Komplexleistung werden von ihnen erbracht.

Finanzierung der Frühförderung

Heilpädagogische Leistungen sowie die Eingangsberatung werden von den Bezirken als überörtliche Sozialhilfeträger übernommen, medizinisch-therapeutische Leistungen einschließlich der interdisziplinären Eingangsdiagnostik von den Krankenkassen.

Im Rahmenvertrag werden Art und Umfang der Leistungen sowie die Höhe der Vergütungssätze, die von den überörtlichen Sozialhilfeträgern sowie von den Krankenkassen jeweils zu zahlen sind, landeseinheitlich festgelegt.

Die IFF rechnen die Leistungen, die sie im Rahmen der Komplexleistung erbringen, kindbezogen getrennt mit den jeweils zuständigen Kostenträgern ab. Dieses Verfahren wird von den IFF als für sie recht aufwändig beschrieben.

Frühförderung in Zahlen

Die folgenden Daten wurden vom Verband der bayerischen Bezirke – basierend auf den Angaben der Bezirke – zur Verfügung gestellt. Bei den folgenden Angaben handelt es sich um Verlaufsdaten, die auf einer Datenerhebung für den Zeitraum vom 01.09.2009 bis 31.08.2010 (Schuljahr) beruhen. In diesem Zeitraum erhielten 22.662 Kinder interdisziplinäre und 1.467 Kinder isolierte heilpädagogische Frühförderung. Die

³⁷ Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (2011): Fragen zur Lage – Systemanalyse der Interdisziplinären Frühförderung in Bayern FranzL 2010 – Resultate Teil I: Kinder und Familien; Zugang zu den Leistungen; Fachpersonen an den Interdisziplinären Frühförderstellen, S. 11ff.

Kosten für die Leistungen können aufgrund der Abrechnungsmodalitäten in Bayern getrennt nach Behandlungseinheiten (ambulant, mobil-aufsuchend, Gruppenförderung etc.) sowie für Teamgespräche und das offene Beratungsangebot ausgewiesen werden. Die Gesamtkosten betragen im genannten Zeitraum 43.039.186 Euro.

Beteiligung des Landes

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen fördert anteilig die Investitionskosten der Sozialpädiatrischen Zentren. Darüber hinaus beteiligt sich das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus an der Förderung von Kindern im Kindergartenalter mit sonderpädagogischem Förderbedarf durch eigens geschaffene Dienste. Diese „Mobilen Sonderpädagogischen Hilfen“ werden teilweise an den allgemeinen Frühförderstellen eingesetzt. Der Personalwert dieser Landesförderung beträgt rd. 10 Mio. Euro.³⁸

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Bayern wurde die Komplexleistung Frühförderung durch den Rahmenvertrag erfolgreich flächendeckend umgesetzt.

Die Umsetzung und Weiterentwicklung der Interdisziplinären Frühförderung wird in Bayern u.a. von der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern begleitet und vorangetrieben. Beispielhaft seien an dieser Stelle die regelmäßig stattfindende Systemanalyse der Interdisziplinären Frühförderung³⁹ oder die Entwicklung von Standards der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen als Ergebnis durchgeführter Regionalkonferenzen genannt.⁴⁰

Weitere Informationen

In Bayern ist eine Arbeitsstelle Frühförderung eingerichtet und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert.⁴¹

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Medizinische und Pädagogische Abteilung
Seidlstraße 18a, 80335 München

Telefon: 089 545898-0, Telefax: 089 545898-29/39

Träger: Verein Arbeitsstelle Frühförderung Bayern e. V.

Vorstandsvorsitzende: Dr. Lothar Unzner, Erding

Ansprechpartner:

Dr. phil. Martin Thurmair

Tel.: 089 545898-22

Fax: 089 545898-29

E-Mail: thurmair@astffby.de

³⁸ ISG-Bericht (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Köln, 2008.

³⁹ <http://www.fruehfoerderung-bayern.de/projekte/franzl-2010/>

⁴⁰ http://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/PDFs/Informations-_und_Arbeits-Papiere/Standards_aus_Regionalkonferenzen.pdf

⁴¹ <http://www.fruehfoerderung-bayern.de>

4.1.3 Berlin

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin (zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV) ist seit 01.10. 2005 in Kraft.

Struktur der Frühförderung

In Berlin existieren ausschließlich sozialpädiatrische Einrichtungen und keine (interdisziplinären) Frühförderstellen.

- 5 klinikgebundene Sozialpädiatrische Zentren (Schwerpunkt die besonders spezialisierte und seltene medizinische Kompetenzen umfassende sozialpädiatrische Behandlung)
- 16 Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ) obliegt die wohnort- und familiennahe sozialpädiatrische Versorgung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Kinder einschließlich der mobilen Heilmittelversorgung in Kindertagesstätten oder in der Familie.

Isolierte heilpädagogische Maßnahmen (die nicht mit medizinischen Maßnahmen i.S. einer Komplexversorgung zusammenhängen) sind nicht Gegenstand der sozialpädiatrischen Versorgung. Die alleinige Förderung mit pädagogischen Mitteln wird in den Kindertagesstätten (mit eigens dafür bereitgestelltem Personal) geleistet.⁴²

Finanzierung der Frühförderung

Finanzierungspartner sind das Land Berlin und die Krankenkassen.

Die Vergütung der Leistungen sozialpädiatrischer Einrichtungen erfolgt pauschal. In der Rahmenvereinbarung wurde festgelegt, dass durchschnittlich 10% der Kosten klinikgebundener SPZ vom Land Berlin getragen werden und durchschnittlich 90% von den Krankenkassen. Für die KJA/SPZ ergibt sich hieraus eine durchschnittliche Kostenteilung von 2/3 für das Land Berlin und 1/3 der Kosten, die von den Krankenkassen getragen werden. Die Landesrahmenempfehlung (Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin vom 1.10.2005) sieht die Möglichkeit der Anpassung an tatsächliche Leistungsrelationen auf der Grundlage von Dokumentationen vor.⁴³

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Berlin ist die Komplexleistung Frühförderung landesweit einheitlich ausgestaltet und flächendeckend umgesetzt.

⁴² Vgl. ISG-Bericht (2008): a.a.O., S. 23.

⁴³ Vg. ebd.

4.1.4 Brandenburg

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

„Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) im Land Brandenburg“, in Kraft seit 01.07.2007.

Struktur der Frühförderung

In Brandenburg sind landesweit 45 Frühförder- und Beratungsstellen eingerichtet, die überwiegend heilpädagogisch ausgerichtet sind und Leistungen der Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder wohnortnah in der Familie, in der Kindertageseinrichtung oder in der Frühförder- und Beratungsstelle erbringen.⁴⁴ „Sie stimmen sich in der Beratung und Diagnostik mit niedergelassenen Kinderärzten, Ärzten der Gesundheitsämter, Sozialpädiatrischen Zentren, Sonderpädagogischen Förder- und Beratungsstellen und den Leistungsträgern Sozial-/Jugendhilfe kindbezogen ab.“⁴⁵ Zusätzlich sind acht überregionale Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder und vier Sozialpädiatrische Zentren in Brandenburg eingerichtet.

Finanzierung der Frühförderung

In Brandenburg ist laut der Landesrahmenvereinbarung eine pauschale Kostenteilung vorgesehen: Die interdisziplinäre Eingangsdagnostik sollen hiernach die Krankenkassen zu 85% und der Sozial- bzw. Jugendhilfeträger zu 15% tragen. Die Kostenteilung für Förderung und Behandlung in den Interdisziplinären Frühförderstellen soll 20% zu Lasten der Krankenkassen und 80% zu Lasten der Sozial- bzw. Jugendhilfeträger betragen.

Beteiligung des Landes

Eine Finanzierungsbeteiligung seitens des Landes Brandenburg ist nicht vorgesehen.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Brandenburg ist die Frühförderung überwiegend heilpädagogisch ausgerichtet und die mobil-aufsuchende Leistungserbringung spielt eine erhebliche Rolle. Gleichzeitig sieht die Landesrahmenvereinbarung vor, dass in einer Interdisziplinären Frühförderstelle mindestens drei fest angestellte Fachkräfte aus dem heilpädagogischen und zwei fest angestellte Fachkräfte aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich vorzuhalten sind. Die Zusammenarbeit mit weiteren Professionen muss über feste Kooperationsverträge sichergestellt werden. Diese Anforderungen bedeuten für die bestehenden, überwiegend heilpädagogisch ausgerichteten Frühförder- und Beratungsstellen eine organisatorische Herausforderung. Diese anzunehmen wird erschwert durch stagnierende Verhandlungen auf Seiten der Rehabilitationsträger. Insbesondere scheinen

⁴⁴ Vgl. Sohns, A. (2010): a.a.O., S. 219f.

⁴⁵ Vgl. Pötter, G. (2011): Inklusion und Frühförderung im Land Brandenburg – erstes Impulspapier, 15.12.2011.

Fragen zur Finanzierung der Offenen Beratung, der interdisziplinären Diagnostik sowie der interdisziplinären Förder- und Behandlungsplanung bislang nicht geklärt zu sein.⁴⁶

In der Konsequenz war bislang kein Träger von Frühfördereinrichtungen bereit, eine Vereinbarung zur Erbringung der Komplexleistung abzuschließen.⁴⁷

Weitere Informationen

In Brandenburg ist mit der *Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg* (ÜAFB) eine unabhängige Einrichtung zur fachlichen Begleitung der Entwicklung des Systems der Frühförderung im Land Brandenburg eingerichtet. Die Finanzierung erfolgt paritätisch durch 3 Landesministerien

- das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie,
- das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport sowie
- das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz,

so dass alle Themen ressortübergreifend abgestimmt werden.

Träger ist die Arbeitsgemeinschaft Frühförderung Brandenburg, Mitglieder sind⁴⁸

- 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.

Kontaktdaten der ÜAFB:

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg

Gitta Pötter

Carl-von-Ossietzky-Straße 29, 14471 Potsdam

Tel.: 0331 – 290 90 60, Fax: 0331 290 90 59

E-Mail: arbeitsstelle-ff-brandenburg@arcor.de

4.1.5 Bremen

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

In Bremen wurde gem. § 2 FrühV eine Landesrahmenempfehlung erarbeitet, deren förmliche Unterzeichnung im ersten Quartal 2012 erfolgen soll, nachdem inzwischen auch die als Bestandteil der Empfehlung vorgesehenen Leistungsentgelte bzw. Fallpauschalen für die Interdisziplinäre Diagnostik, für medizinisch-therapeutische Leistungen sowie für heilpädagogische Leistungen nach SGB VIII und SGB XII im Rahmen der Komplexleistung landesweit ausgehandelt sind. Es bestehen derzeit weiterhin verschiedene Vereinbarungen der einzelnen Träger nach dem SGB VIII und nach § 75 SGB XII mit der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen als örtlichem Ju-

⁴⁶ Vgl. Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Ländervereinigung Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (2010): Dominanz des Ökonomischen oder Primat des Fachlichen in der interdisziplinären Frühförderung, September 2010, S. 8.

⁴⁷ Vgl. Sohns, A. (2010): a.a.O., S. 219.

⁴⁸ <http://www.ffbra.de>

gendhilfeträger sowie als örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger und Vereinbarungen nach dem SGB VIII mit dem Magistrat Bremerhaven.

Struktur der Frühförderung

Die heilpädagogische Frühförderung der 0- bis 3-jährigen Kinder wird im Wesentlichen durch entsprechend heilpädagogisch ausgerichtete Frühförderstellen erbracht (in der Regel Hausfrühförderung), die Frühförderung für Kinder ab 3 Jahren bzw. ab tatsächlichem Kindergarteneintritt erfolgt teilstationär bzw. ambulant auf Basis gesonderter Verträge und Fallpauschalen in integrativen Kindertageseinrichtungen. 3-jährige Kinder werden so lange im Rahmen der Hausfrühförderung betreut, bis der Übergang in eine Kindertageseinrichtung erfolgt ist.

Im Land Bremen sind bisher insgesamt vier heilpädagogische Frühförderstellen für Kinder bis unter 4 Jahren sowie ein Sozialpädiatrisches Zentrum (Stadtgemeinde Bremen) mit landesweiter Versorgungsfunktion eingerichtet.⁴⁹

Die heilpädagogische Frühförderung von Kindern im Kindergartenalter erfolgt integrativ durch die Träger sogenannter Schwerpunkteinrichtungen (Kompetenzzentren) der Kindertagesbetreuung bzw. inklusiv auch in mit diesen Zentren personell kooperierenden anderen Kindertageseinrichtungen der Träger.

Finanzierung der Frühförderung

In der Stadtgemeinde Bremen werden die Leistungen der heilpädagogischen Hausfrühförderung derzeit insgesamt im Rahmen von Verträgen nach dem SGB XII getragen, Leistungen für Frühförderkinder in Kindertageseinrichtungen insgesamt auf Grundlage von Verträgen nach dem SGB VIII. Für die Stadtgemeinde Bremerhaven bestehen Entgeltvereinbarungen sowohl nach dem SGB VIII als auch nach dem SGB XII. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden in der Regel nach den Bestimmungen des SGB V (Heilmittel) von den Krankenversicherungen finanziert.

Die Finanzierung von Leistungen des SPZ erfolgen gem. § 120 Abs. 2 SGB V ebenfalls durch die Krankenkassen unter pauschaler Finanzierungsbeteiligung des Landes (Anteilsfinanzierung).

Frühförderung in Zahlen

In Bremen gibt es keine landesweite Sondererfassung aller Frühförderleistungen, weshalb die folgenden Daten die Bereiche umfasst, die ohne Sondererhebung aktuell verfügbar sind. Im Jahresdurchschnitt des Kindergartenjahres 2010/2011 gab es im Alterssegment Vorschulkinder ab drei Jahren auf Rechtsgrundlage SGB VIII (Zielgruppe § 35a SGB VIII und SGB XII) allein in der *Stadtgemeinde Bremen* durchschnittlich 1.058 Frühförderkinder. Ferner gab es zum Jahresende 2011 auf Rechtsgrundlage SGB XII unter drei Jahren 134 Förderkinder.

Für die *Stadtgemeinde Bremerhaven* liegen ausschließlich Daten über integrierte teilstationäre Frühförderung im Kita-Bereich nach SGB XII vor. Jahresdurchschnittlich sind dies 253 Förderkinder ab drei Jahren. Hinzu kommen 150 Kinder unter drei Jahren. Über die Zahl der Förderkinder nach SGB VIII liegen keine Daten vor.

⁴⁹ Vgl. ISG-Bericht (2008): a.a.O., S. 24.

Anhand dieser Daten kann für das Land Bremen Rechtsgrundlagen übergreifend von mehr als 1.595 Frühförderkindern unter sieben Jahren ausgegangen werden.

Beteiligung des Landes

Das Land Bremen als überörtlicher Sozialhilfeträger ist auf Grundlage des Bremischen Ausführungsgesetzes zum SGB XII mit einer Quote von rd. 80 % der Gesamtkosten Hauptkostenträger für alle stationären, teilstationären und ambulanten Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII. Diese Kostenteilungsvereinbarung gilt prospektiv auch für heilpädagogische Hilfen im Rahmen von Komplexleistungen.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Die Landesrahmenempfehlung sieht zukünftig die flächendeckende Erbringung von Komplexleistungen und /oder heilpädagogischen Einzelleistungen durch Interdisziplinäre Frühförderstellen vor, die eng mit den Kindertageseinrichtungen kooperieren und ihre Leistungen im Rahmen von (Komplex-)Leistungsverträgen nach SGB VIII, XII bzw. IX in ambulanter Form weiterhin auch integrativ erbringen. Die hierzu erforderlichen Anerkennungsverfahren der IFF sind eingeleitet. Die Zusammenarbeit zwischen den Frühförderträgern und den Trägern der Kindertageseinrichtungen soll durch Kooperationsvereinbarungen unterlegt werden.

Die Rahmenempfehlung wird in Hinblick auf den erforderlichen Systemumbau strukturell und vertraglich schrittweise umgesetzt werden müssen. Die bisher in den Stadtgemeinden bestehenden unterschiedlichen Entgeltvereinbarungen nach den Sozialgesetzbüchern SGB VIII und SGB XII für Hausfrühförderung, heilpädagogische Einzelleistungen und Integrative teilstationäre Hilfen in Kindertageseinrichtungen werden entsprechend angepasst bzw. abgelöst.

4.1.6 Hamburg

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

In Hamburg ist die *Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 Satz 3 der Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 30 Abs. 1 SGB IX im Bereich der Freien und Hansestadt Hamburg* seit 01.05.2005 in Kraft.

Darüber hinaus existiert eine *Fachanweisung zu § 54 SGB XII i. V. m. § 26 Abs. 2 Satz 2 SGB IX i. V. m. § 30 SGB IX und der Frühförderungsverordnung (FrühV) vom 24.06.2003 (01.02.2009)*.

Struktur der Frühförderung

In Hamburg wird, ebenso wie in Bremen, die Frühförderung der 0- bis 3-jährigen Kinder von Frühförderstellen erbracht, die Frühförderung ab 3 Jahren kann in integrativen Kindertagesstätten erfolgen, sofern die Eltern dies wünschen (Fachanweisung). 3-jährige Kinder können so lange von der Frühförderstelle betreut werden, bis der Übergang in die Kindertageseinrichtung erfolgt ist.

In Hamburg sind 9 Interdisziplinäre Frühförderstellen (mit insgesamt 17 Standorten), davon eine spezialisierte Frühförderstelle für sehbehinderte Kinder und zwei Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet, wovon eines auch als Interdisziplinäre Frühförderstelle fungiert.

Finanzierung der Frühförderung

In Hamburg erfolgt die Finanzierung der Komplexleistung, die in einer IFF erbracht werden, in einer pauschalen Kostenteilung mit 22,5% zu Lasten der Krankenkassen und 77,5% zu Lasten der kommunalen Träger. In SPZ übernehmen die kommunalen Träger 17,5% und die Krankenkassen 82,5%.

Bei der Kostenteilung wird nicht zwischen der interdisziplinären Eingangsdiagnostik und der Frühförderleistung unterschieden, es sind identische Kostenteilungssätze über alle Leistungen hinweg vereinbart.

Frühförderung in Zahlen

In 2011 erhielten 161 Kinder Komplexleistungen mit monatlichen Durchschnittskosten von 800 Euro. Weiterhin erhielten 193 Kinder heilpädagogische Leistungen mit monatlichen Durchschnittskosten von 411 Euro.

Beteiligung des Landes

Das Land Hamburg trägt die anteiligen Kosten der Interdisziplinären Frühförderung als Sozialhilfeträger.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Hamburg ist die formale Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung gem. Frühförderungsverordnung erfolgt.

Weitere Informationen

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz plante 2007 einen umfangreichen Bericht zur Frühförderung in Hamburg zu veröffentlichen, der die bestehenden Leistungen und Leitlinien für die weitere Entwicklung der Frühförderung in Hamburg veranschaulicht und bewertet (ISG-Bericht 2008, 25).

Die Leistungsträger haben im Sommer 2009 mit allen Beteiligten an der Komplexleistung Gespräche geführt, um die Abläufe von der Veranlassung der Leistung bis zur Durchführung der Eingangsdiagnostik und Beginn der Förderung zu optimieren.

4.1.7 Hessen

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Eine Rahmenkonzeption Frühförderung besteht in Hessen seit 2003.

Die *Vereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder* ist seit dem 01.01.2006 in Kraft.

Seit Anfang 2008 existieren darüber hinausgehend einheitliche Instrumente zur Umsetzung der Komplexleistung. Diese sind⁵⁰

- Vorlage für einen Kooperationsvertrag (Regelung der Zusammenarbeit zwischen Frühförderstellen und niedergelassenen Praxen)
- Vorlage für einen Förder- und Behandlungsplan (dieser ist unter Mitwirkung aller am Prozess beteiligten Fachkräfte mindestens einmal jährlich zu erstellen und Voraussetzung für die Komplexleistung)
- Regelung zur „Abgabe medizinisch-therapeutischer Leistungen der Frühförderung in externe Einrichtungen“ (hierdurch wird die therapeutische Versorgung in externen Einrichtungen, wie z.B. einer Kindertageseinrichtung ermöglicht)
- Festlegung eines Sonder-Institutionskennzeichens (Grundlage für die Dokumentation und Abrechnung medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung).

Struktur der Frühförderung

In Hessen sind landesweit 41 Frühförderstellen (teilweise mit Außenstellen) eingerichtet, wobei die Bezeichnung der Frühförderstellen variiert: So finden sich Beratungsstellen für Frühförderung, Frühförderstellen, Frühförder- und Beratungsstellen, Frühförderzentren sowie Interdisziplinäre Frühförderstellen.⁵¹

Des Weiteren sind fünf spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit Hörschädigung, ebenfalls fünf spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung und Blindheit und sieben Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet sowie 3 Autismustherapie-Institute.

In Hessen besteht eine institutionelle Vielfalt der Frühförderung, so ist etwa die eine Hälfte der Frühförderstellen interdisziplinär besetzt und die andere Hälfte ist heilpädagogisch besetzt mit Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Therapeuten/innen und anderen Akteuren.

⁵⁰ IKJ – Institut für Kinder- und Jugendhilfe (2010): Viele Systeme – Eine Leistung: Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung in Hessen, Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Forschungsprojekt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums und der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung in Hessen e.V. Zwischenbericht vom 11. Februar 2010, S. 5f.

⁵¹ LAG Frühe Hilfen in Hessen e.V. (2010): Flyer – Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren in Ihrer Nähe, Stand Juli 2010.

Finanzierung der Frühförderung

Im hessischen Finanzierungsverfahren der Komplexleistung Frühförderung ist eine pauschale Kostenteilung nicht vorgesehen: Die Vergütung der heilpädagogischen Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen erfolgt auf der Grundlage einer Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger. Die Abgabe von Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie setzt eine vertragsärztliche Verordnung voraus und die Vergütung dieser Leistungen erfolgt durch die Krankenversicherungen nach den Heilmittel-Richtlinien.

Weitere für die Erbringung der Komplexleistung notwendige Leistungen (z.B. Kooperationszeiten) werden in Hessen durch Landesmittel finanziert (s.u.).

Beteiligung des Landes

In Hessen leisten das Land Hessen und der Landeswohlfahrtsverband Hessen als nicht originäre Rehabilitationsträger ergänzende Zuwendungen zur nachdrücklichen Stabilisierung des bewährten Systems der Früherkennung und Frühförderung. Im Rahmen der Vereinbarung über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen vom 14.12.2004 wurden im Haushaltsjahr 2010 für die allgemeinen Frühförderstellen vom Land Hessen Zuwendungen in Form freiwilliger Leistungen in Höhe von 2.263.122 Euro und vom Landeswohlfahrtsverband Hessen in Höhe von 2.918.676 Euro zur Verfügung gestellt. Die Zuwendungen zielen dabei auf „die Förderung der interdisziplinären und regionalen Zusammenarbeit sowie auf die Vernetzung ab, insbesondere auf die Bereitstellung des Angebots als offene Anlaufstelle, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Entwicklungsprozess des Kindes und der Familie beteiligten Berufsgruppen, den Ausbau von regionalen und überregionalen Netzwerken und die Begleitung von Kindern beim Übergang in Kinderbetreuungseinrichtung.“ (Qualitätsmerkmale als Grundlage für die Bereitstellung von Haushaltsmitteln des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und des Landes Hessen für die allgemeine Frühförderung nach der „Rahmenvereinbarung über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen“ vom 14.12.2004, S. 1). In Hessen wurde diese Art der Finanzierung durch das Land als „Grauzonenfinanzierung“ bezeichnet. Der Begriff solle verdeutlichen, dass zur Finanzierung dieser Leistungen in der Vergangenheit keine originären Leistungsträger zur Verfügung standen.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Das hessische Modell zur Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung beruht auf einem vielfältigen, auf Kooperationen basierenden Konzept der Frühförderung und wird von allen Beteiligten in Hessen getragen und befürwortet.⁵² Seitens des Sozialministeriums werden das Modell und seine Umsetzung wie folgt beschrieben:

„In Hessen existiert ein anerkanntes System von niedrigschwelligen und wohnortnahen Frühförderstellen. Die vereinbarten Instrumente und Verfahren zur Umsetzung der FrühV und der interdisziplinären Kooperation sowie das Angebot der offenen Anlaufstelle haben mit Unterstützung der Landesmittel zur Stabilisierung des Systems und einer Standardi-

⁵² Vgl. Sohns, A. (2010): a.a.O., S. 228.

sierung der bereits bestehenden interdisziplinären Kooperationsformen beigetragen. Das „hessische Umsetzungsmodell“ zeichnet sich insgesamt durch eine erfolgreiche Netzwerkarbeit und Kooperationsleistung aller Beteiligten aus. Diese Netzwerkarbeit ist umfangreicher, als dass sie von einer interdisziplinären Frühförderstelle alleine abgedeckt werden könnte.“⁵³

Weitere Informationen

Die Studie zur Evaluation der interdisziplinär erbrachten Frühförderung in Hessen „*Viele Systeme – eine Leistung*“ *Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze* im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums und der hessischen Landesvereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung wurde im Sommer 2011 abgeschlossen. Die Ergebnisse sind auf der Homepage des Hessischen Sozialministeriums abrufbar.⁵⁴

In Hessen ist eine Arbeitsstelle Frühförderung eingerichtet: „Die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen“ besteht seit Mai 1992, seit Juli 2005 ist sie in Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e.V. Der Arbeitsstelle ist ein Fachbeirat zur Seite gestellt, weitere fachliche Unterstützung erfährt sie durch ein externes Beratergremium. Das Hessische Sozialministerium unterstützt die Arbeit der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen durch eine jährliche Zuwendung in Form von Projektförderung.“⁵⁵

Kontakt

Arbeitsstelle Frühförderung Hessen
Eva Klein
Ludwigstraße 136 | 63067 Offenbach
Telefon (069) 8090 969 60 | Fax: (069) 8090 969 39
E-Mail: asff@fruehe-hilfen-hessen.de

4.1.8 Mecklenburg-Vorpommern

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern* (neue Fassung) ist in Kraft seit dem 01.12.2010, gleichzeitig ist die Landesrahmenempfehlung vom 01.05.2005 außer Kraft getreten.

Struktur der Frühförderung

In Mecklenburg-Vorpommern sind 21 Heilpädagogische Frühförderstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege eingerichtet, hinzukommen drei Außenstellen. Zudem gibt es landesweit insgesamt sechs anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen. Drei überregionale, spezialisierte Frühförderstellen erbringen Frühförderleistungen für Kinder mit Sinnesbehinderungen. Zusätzlich gibt es zwei Sozialpädiatrische Zentren im Land.⁵⁶

⁵³ Antwort des Hessischen Sozialministeriums auf eine Abfrage des ISG.

⁵⁴ http://www.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=54b19bed6f369cfb9bf2d5940608f622

⁵⁵ <http://www.asffh.de/html/asffh.htm>

⁵⁶ ISG-Bericht (2008): a.a.O., S. 27.

Finanzierung der Frühförderung

Die Vergütung der Komplexleistung in den Interdisziplinären Frühförderstellen sowie in den Sozialpädiatrischen Zentren werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt (§ 8 Abs. 1 Landesrahmenempfehlung Mecklenburg-Vorpommern). Ein weiterer Verweis darauf, welche Bestandteile in die Vereinbarungen einbezogen werden sollen und ob die Vergütung von den Rehabilitationsträgern getrennt oder in gemeinsamer Kostenteilung realisiert werden soll, findet sich nicht.

Beteiligung des Landes

Die Beteiligung des Landes als Rehabilitationsträger kommt in Einzelfällen in Betracht. Freiwillige Leistungen werden durch das Land nicht erbracht.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Mecklenburg-Vorpommern ist die Frühförderung überwiegend heilpädagogisch ausgerichtet. Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) wird derzeit nur in drei Städten angeboten.

Die Entgelte für die Komplexleistung in den interdisziplinären Frühförderstellen werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt. Trotz mehrfacher intensiver Beratungen zwischen den Rehabilitationsträgern als Kostenträger und der Liga der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Vertreter der Leistungsanbieter ist eine einvernehmliche Regelung zu den Kosten von Komplexleistungen in Interdisziplinären Frühförderstellen bislang nicht zustande gekommen, da kein Konsens bezüglich der Leistungsstandards erzielt werden konnte. Von den Leistungsanbietern wird auch die personelle Besetzung der interdisziplinären Frühförderstellen wegen der hohen Anforderung an das Personal (die Besetzung von Personal im pädagogischen Bereich mit mindestens drei fest angestellten pädagogischen Fachkräften in Voll- oder Teilzeit und im medizinisch-therapeutischen Bereich mit mindestens drei fest angestellten medizinisch-therapeutischen Fachkräften in Voll- oder Teilzeit), als schwierig eingeschätzt. Hinzu kommt die Herausforderung der Umsetzung der Komplexleistung IFF in Mecklenburg-Vorpommern in einem großen Flächenland mit einer dünnen Besiedelung, was weite Fahrtstrecken bedeutet.

4.1.9 Niedersachsen

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung* in Niedersachsen ist in Kraft seit Juni 2008.

Struktur der Frühförderung

In Niedersachsen sind etwa 90 heilpädagogische Frühförderstellen eingerichtet. Die fünf in der Trägerschaft des Landes Niedersachsen befindlichen Landesbildungszentren unterhalten Frühförderdienste für sinnesgeschädigte Kinder. Zudem existieren 17 Interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams und 9 Sozialpädiatrische Zent-

ren.^{57 58} Seit Inkrafttreten der Landesrahmenempfehlung wurden landesweit drei Interdisziplinäre Frühförderstellen eingerichtet.

Finanzierung der Frühförderung

Laut Rahmenempfehlung (LRE) gibt es bei den interdisziplinären Frühförderstellen eine pauschale Kostenteilung zwischen den beiden Rehabilitationsträgern. Zudem wurden konkrete Eckwerte zur Höhe von Pauschalen vereinbart, wobei zwischen einer Früherkennungspauschale und einer Frühförderpauschale unterschieden wird. Die Früherkennungspauschale wird zu 80% von den Krankenkassen und zu 20% von den örtlichen Sozialhilfeträgern getragen (§ 16 Abs. 1 LRE), die Frühförderpauschalen werden zu 22,5% von den Krankenkassen und zu 77,5% vom örtlichen Sozialhilfeträger getragen.

Im Gegensatz zu den vertraglichen Regelungen der Vergütung – z.B. in Bayern – wurde in Niedersachsen eine *Rahmenempfehlung* verabschiedet. Diese hat keine bindende Wirkung für die örtliche Ebene, sodass die Möglichkeit besteht, regionale Besonderheiten und Strukturen zu berücksichtigen und die in der Landesrahmenempfehlung festgesetzten Regelsätze auf kommunaler Ebene zwischen örtlichem Träger der Sozialhilfe und Leistungserbringer zu verhandeln.⁵⁹

Frühförderung in Zahlen

Für Maßnahmen der singulären Frühförderung zahlten die örtlichen Träger im Jahr 2010 in Niedersachsen landesweit insgesamt etwa 36 Mio. Euro. Die Kosten pro Kind und Jahr für den ambulanten Förderbedarf belaufen sich auf ca. 4.500 Euro.

Die Daten zu den betroffenen Kindern, die Frühförderung erhalten, werden von den Kommunen verwaltet.

Aus den vorliegenden Zahlen (siehe oben) kann seitens des Landes Niedersachsen lediglich eine Schätzung der Kinder mit Frühförderbedarf abgeleitet werden. Demnach erhalten in Niedersachsen ca. 8.000 Kinder Frühförderung.⁶⁰

Beteiligung des Landes

Das Land Niedersachsen gewährt Zuwendungen für interdisziplinäre Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern längstens bis zum Einsetzen von deren Schulpflicht. Hierbei handelt es sich um freiwillige Leistungen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Die Zuwendung wird unter bestimmten Voraussetzungen in Form einer Pauschale je Kind und Kalenderjahr gewährt. Die Kind-Kalenderjahr-Pauschale beträgt 74 Euro.

⁵⁷ Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration auf eine Abfrage des ISG.

⁵⁸ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Familien, Frauen und Gesundheit (2003): Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern in Niedersachsen, Stand Juli 2003, S. 21f.

⁵⁹ Vgl. Sohns, A (2010): a.a.O., S. 204.

⁶⁰ Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration auf eine Abfrage des ISG.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung verläuft in Niedersachsen mit landesweit drei eingerichteten IFF unbefriedigend. Vorbehalte sind seitens der Leistungserbringer, aber auch seitens der Kommunen festzustellen. So stößt die Landesrahmenempfehlung zur interdisziplinären Frühförderung weiter auf Ablehnung des Paritätischen Niedersachsen und der Lebenshilfe Niedersachsen. Aus Sicht der genannten Akteure bedeutet die Landesrahmenempfehlung einen Rückschritt im Vergleich zur seit Jahren bewährten Praxis.⁶¹

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass zur Einrichtung interdisziplinärer Frühförderstellen Vereinbarungen zwischen den Leistungsanbietern, den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und den Krankenkassen abzuschließen sind.

„Die Planung einer interdisziplinären Frühförderstelle liegt somit in der Hand der Leistungsanbieter und der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Die Überlegungen vor Ort, eine interdisziplinäre Frühförderstelle zu errichten, hängen von jeweiligen Gegebenheiten und Interessen sowie der Bereitschaft der Parteien, sich zu vereinbaren, ab.

Die Landesrahmenempfehlung ist dabei allerdings „nur“ eine Empfehlung und entfaltet keine Bindungswirkung. Sie gibt den Rahmen für vor Ort auszuhandelnde Verträge vor. Das Land kann keine Kommune in ihrem eigenen Wirkungskreis zwingen, diese Leistung anzubieten. Dennoch unterstützt die Landesregierung Initiativen, die aufeinander abgestimmte Leistungen aus einer Hand (Komplexleistung) im Interesse der betroffenen Familien anbieten können.“⁶²

4.1.10 Nordrhein-Westfalen

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder* ist in Nordrhein-Westfalen seit dem 01.04.2005 in Kraft.

Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung wurde in Nordrhein-Westfalen vollständig an die örtliche Ebene delegiert.

Struktur der Frühförderung

In Nordrhein-Westfalen gibt es rund 110 Frühförderstellen, 16 überregionale, spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen und 33 Sozialpädiatrische Zentren.

Um Interdisziplinäre Frühförderung im Sinne der Landesrahmenempfehlung erbringen zu können, muss ein Antrag auf Anerkennung gestellt werden, in dem die Konzeption dargelegt ist. Auf Grundlage dieses Antrages verhandeln die Leistungserbringer mit dem örtlichen Sozialhilfeträger und der Krankenversicherung Art, Umfang und Vergü-

⁶¹ <http://www.paritaetischer-hannover.de/>

⁶² Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration auf eine Abfrage des ISG.

tung der Leistungen. Einen Antrag auf Anerkennung können Frühförderstellen, private Praxen sowie Sozialpädiatrische Zentren stellen. Die SPZ, die keine Zulassung zur Erbringung interdisziplinärer Frühförderung haben, erbringen ihre Leistungen gemäß SGB V.

Finanzierung der Frühförderung

In Nordrhein-Westfalen erfolgt die Finanzierung der Komplexleistung mit pauschaler Kostenteilung.

Nordrhein-Westfalen geht hier insofern einen bundesweit eigenen Weg, als jede Frühförderstelle, die als IFF anerkannt werden will, ein Konzept zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung entwickeln muss, einschließlich eines entsprechenden Personalplans (s.o.). Hieran orientiert sich die einrichtungsbezogene, zwischen den Rehabilitationsträgern zu verhandelnde Kostenteilung zwischen Krankenversicherung und örtlichem Sozialhilfeträger. Dies bedeutet, dass es keine landesweit einheitliche Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern gibt.

Beteiligung des Landes

Das Land beteiligt sich nicht an der Finanzierung von Leistungen der Frühförderung.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Aufgrund des in NRW gewählten aufwändigen und verhandlungsintensiven Verfahrens bei der Einrichtung der IFF geht die Umsetzung recht langsam voran. Derzeit sind in knapp der Hälfte der insgesamt 53 Landkreise und kreisfreien Städte IFF eingerichtet.

Weitere Informationen

In Nordrhein-Westfalen ist zum Jahresbeginn 2012 ein einjähriges Projekt „Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen“ gestartet.

4.1.11 Rheinland-Pfalz

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Vereinbarung über das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger der Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Rheinland-Pfalz zur Erbringung der Komplexleistung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder im Rahmen der §§ 119, 43 a SGB V, § 30 SGB IX i.V.m. § 2 FrühV* wurde im November 2007 unterzeichnet und ist zum 01.01.2006 rückwirkend in Kraft getreten.

Aufgrund der in Rheinland-Pfalz bestehenden Sonderstruktur (vgl. auch Berlin) mit Zentren für Sozialpädiatrie & Frühförderung wurde bereits vor Inkrafttreten der FrühV interdisziplinäre Frühförderung erbracht. Mit der Vereinbarung auf Landesebene wurden nicht die bestehenden Angebotsstrukturen verändert, sondern Zuständigkeiten geregelt, die Aufgaben der Zentren beschrieben, die Zugangskriterien definiert, Verfahrensfragen geklärt und die Vergütungssystematik vereinbart.

Aus diesem Grund konnte die Vereinbarung rückwirkend in Kraft treten.

Struktur der Frühförderung

Landesweit sind acht Zentren für Sozialpädiatrie & Frühförderung mit insgesamt 27 Außenstellen eingerichtet. Des Weiteren gibt es vier an Landesschulen angegliederte Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder.⁶³ Daneben bieten einzelne örtliche Lebehilfen Hausfrühförderung an.

Frühförderung in Zahlen

In Rheinland-Pfalz sind die örtlichen Träger der Jugend- und Sozialhilfe für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig, so dass dem Landesministerium hierüber keine Erkenntnisse vorliegen. Grundsätzlich werden die Leistungen der Frühförderung in Rheinland-Pfalz als Komplexleistung erbracht, ausnahmsweise sind singuläre Leistungen denkbar.⁶⁴

Finanzierung der Frühförderung

Die Finanzierung der durch die Zentren für Sozialpädiatrie & Frühförderung erbrachten Leistungen erfolgt in Form von Pauschalvergütungen auf der Grundlage der jeweiligen Leistungsgesetze. Dabei bestehen drei Formen der Abrechnung mit den Krankenversicherungen: eine Quartalspauschale für ärztliche Leistungen, eine Diagnostikpauschale nach § 43a SGB V sowie Einzelabrechnung für die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Die nicht-medizinischen, heilpädagogischen Leistungen werden je nach Zuständigkeit vom Jugendhilfeträger bzw. vom Sozialhilfeträger nach Antragstellung und Bescheid vergütet. In Rheinland-Pfalz besteht nach den Regelungen des SGB XII und SGB VIII die geteilte Zuständigkeit von Jugendhilfe und Sozialhilfe auch im Bereich der Frühförderung.

Beteiligung des Landes

Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt die Zentren für Sozialpädiatrie & Frühförderung mit einem freiwilligen Landeszuschuss in Höhe von 452.800 Euro jährlich zum Ausgleich ihrer Defizite im medizinisch-therapeutischen Bereich.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Die Komplexleistung Frühförderung ist aufgrund der spezifischen Struktur in Rheinland-Pfalz flächendeckend einheitlich umgesetzt.

„In Rheinland-Pfalz existiert ein dichtes Netz an diagnostischer und therapeutischer Infrastruktur für betroffene Kinder, Jugendliche und deren Eltern. Die enge Verzahnung von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Rheinland-Pfalz stellt im Bundesvergleich eine Besonderheit dar und ist einmalig. In Rheinland-Pfalz werden die Leistungen der Frühförderung unter einem Dach in der Hand eines Trägers als Komplexleistung erbracht. Diese duale Struktur hat sich unter fachlichen Gesichtspunkten und im Hinblick auf die Finanzierbarkeit der Einrichtungen bewährt.“⁶⁵

⁶³ <http://msagd.rlp.de/soziales/menschen-mit-behinderungen/fruehfoerderung>

⁶⁴ Antwort des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz auf eine Abfrage des ISG.

⁶⁵ ebd.

4.1.12 Saarland

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Im Saarland existieren

- die *Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Rechtsverordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)*, in Kraft seit dem 01.04.2006 sowie zusätzlich der
- *Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Frühförderung*, in Kraft seit 01.07.2008.

Struktur der Frühförderung

Landesweit sind insgesamt 14 Interdisziplinäre Frühförderstellen und ein Sozialpädiatrisches Zentrum zur Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung eingerichtet.

Darüber hinaus gibt es im Saarland die Besonderheit der Arbeitsstellen für Integrationspädagogik/Integrationshilfen (Afl). Hier werden Leistungen der Integrationshilfe verknüpft mit den sonderpädagogischen Leistungen. Diese Leistungen (Afl) und die Interdisziplinäre Frühförderung schließen sich aus.⁶⁶

Frühförderung in Zahlen

Im Jahr 2010 erhielten insgesamt 3.476 Kinder Leistungen der interdisziplinären Frühförderung. Die durchschnittlichen Fallkosten wurden mit rd. 4.000 Euro (pro Jahr) beziffert.

Im gleichen Jahr erhielten zudem 422 Kinder in Regelkindergärten Leistungen von Arbeitsstellen für Integration.⁶⁷

Finanzierung der Frühförderung

Im Saarland ist der überörtliche Sozialhilfeträger verantwortlicher Kostenträger im Bereich der Frühförderung. Eine solche Regelung gibt es bundesweit ansonsten nur in Sachsen-Anhalt. Die Kosten für die Komplexleistung Frühförderung werden (einschließlich der Eingangsdiagnostik) pauschal zu 20% von den Krankenversicherungen und zu 80% vom überörtlichen Sozialhilfeträger getragen.

Vergütet werden vier unterschiedliche Pauschalen:

- Grundpauschale für die Erstberatung, Verwaltungstätigkeit und Sachkosten
- Maßnahmepauschale mit landesweit einheitlichen Sätzen für die Fördereinheiten
- Investitionspauschale für Miete, Abschreibungen und Instandhaltung der Räumlichkeiten.
- Diagnostikpauschale

⁶⁶ <http://www.saarland.de/73513.htm>,
<http://www.saarland.de/SID-3E724395-0AC51911/73514.htm>

⁶⁷ Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport, 2011.

Beteiligung des Landes

Das Land Saarland trägt als überörtlicher Träger der Sozialhilfe 80% der Kosten der Komplexeleistung und 100% der Kosten bei reiner heilpädagogischer Leistung. Die Kosten der „AFI-Stellen“ werden vollständig vom Land Saarland übernommen.

Stand der Umsetzung der Komplexeleistung Frühförderung

Im Saarland ist die Komplexeleistung entsprechend der Landesrahmenempfehlung und mit der Durchsetzung des Rahmenvertrags flächendeckend umgesetzt.

4.1.13 Sachsen

Rechtliche Grundlagen und Grundsätze des Landes

In Sachsen existieren die

- *Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexeleistung)*, in Kraft seit dem 01.10.2005 und die
- *Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Diagnostik in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) gemäß § 5 Frühförderungsverordnung (FrühV)*.

Struktur der Frühförderung

In Sachsen sind 44 Frühförderstellen, zwei überregionale spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen sowie sechs Sozialpädiatrische Zentren tätig.⁶⁸

Finanzierung der Komplexeleistung Frühförderung

Die Abrechnung der Frühförderung erfolgt nach Einzelleistungen getrennt jeweils mit den Krankenversicherungen bzw. mit dem Sozialhilfeträger. Therapeutische Leistungen im Rahmen der Komplexeleistung werden analog der Heilmittelverordnung übernommen.

Die Vergütung der heilpädagogischen Behandlungseinheiten im Rahmen der Komplexeleistung Frühförderung erfolgt auf örtlicher Ebene unterschiedlich. Z.B. im Kreis Meißen gibt es in der Vergütung keine Unterscheidung zwischen solitärer heilpädagogischer Frühförderung und heilpädagogischer Frühförderung im Rahmen der Komplexeleistung.

Beteiligung des Landes

Das Land Sachsen beteiligt sich an der Finanzierung von Leistungen im Rahmen der Komplexeleistung seit dem 01.01.2010 nicht mehr.

Frühförderung in Zahlen

Die vorliegenden Daten beruhen auf der Zusammenstellung kommunaler Daten durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen. Danach erhielten am 31.12.2010 insgesamt 8.610 Kinder Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, darunter waren 3.952

⁶⁸ <http://www.dgspj.de/index.php>; <http://www.soziales.sachsen.de/4008.html>

Kinder mit Frühförderleistungen durch Frühförderstellen. Wie viele Kinder Komplexleistung erhalten, ist nicht darstellbar.

Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Um die Komplexleistung anzubieten, können die Frühförderstellen in Sachsen ausdrücklich Kooperationen mit niedergelassenen Therapeuten/innen eingehen, sie benötigen dafür nicht, wie z.B. in Bayern, Hessen oder im Saarland, besondere Kooperationsvereinbarungen. Die Komplexleistung Frühförderung wird entsprechend dieser Vorgaben flächendeckend umgesetzt.

Die Finanzierung von zur Komplexleistung gehörenden Leistungen, wie die Eingangsberatung sowie Absprache- und Teamzeiten, ist allerdings nicht flächendeckend gesichert.

Weitere Informationen

In Sachsen liegt seit dem 13.10.2011 die Antwort zur Großen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN zur „Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung (§ 30 Abs. 1 und 2 SGB IX) für Kinder, die von einer Behinderung bedroht sind oder die eine Behinderung haben“ seitens des Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vor.

Nach Auskunft des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ist eine Weiterentwicklung der Komplexleistung Frühförderung auf Landesebene geplant.

4.1.14 Sachsen-Anhalt

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Landesrahmenempfehlung des Landes Sachsen-Anhalt zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)* ist seit dem 01.06.2007 in Kraft.

Struktur der Frühförderung

Landesweit sind insgesamt 30 allgemeine Frühförderstellen, vier überregionale spezialisierte Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen sowie zwei Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet.⁶⁹

Frühförderung in Zahlen

Im Laufe des Jahres 2010 wurden in Sachsen-Anhalt durchschnittlich ca. 2.100 Kinder monatlich in der ambulanten Frühförderung versorgt. Hierfür wurden ca. 7 Mio. € aufgewendet.

Finanzierung der Frühförderung

In Sachsen-Anhalt ist der überörtliche Sozialhilfeträger zuständiger Rehabilitationsträger für die Frühförderung.

⁶⁹ Sohns, A. (2010): a.a.O., S. 221, <http://www.dgspj.de/index.php>.

Die Komplexleistung wird pauschal abgerechnet: Die Eingangsdiagnostik in SPZ oder IFF wird zu 80% von Krankenversicherungen und zu 20% vom überörtlichen Sozialhilfeträger (Sozialagentur) getragen. Die Leistungen in IFF werden zu 80% von der Sozialagentur und zu 20% von den Krankenversicherungen, die Leistungen in SPZ zu 20% von der Sozialagentur und zu 80% von den Krankenversicherungen getragen.

Beteiligung des Landes

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist das Land, vertreten durch die Sozialagentur. Die o.g. finanziellen Belastungen liegen damit beim Land.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit und Soziales in Sachsen-Anhalt ist „Frühförderung [...] eine Sammelbezeichnung für pädagogische und therapeutische Maßnahmen bestehend aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer sowie sozialpädagogischer Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohter Kinder in den ersten Lebensjahren. Angebote der Frühförderung stehen mit den Frühförderstellen und den beiden Sozialpädiatrischen Zentren in Halle und Magdeburg fast flächendeckend zur Verfügung.“⁷⁰ Mit einem SPZ besteht eine Vereinbarung zur Umsetzung der Komplexleistung.

4.1.15 Schleswig-Holstein

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *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* ist seit dem 01.04.2007 in Kraft.

Struktur der Frühförderung

In Schleswig-Holstein sind insgesamt 97 Anbieter von Frühförderleistungen tätig (Stand 30.09.2010). Diese setzen sich zusammen aus 84 heilpädagogischen Frühförderstellen, 11 Interdisziplinären Frühförderstellen in Ergänzung zu den heilpädagogisch arbeitenden Frühförderstellen und zwei überregionalen spezialisierten Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen, die an landeseigene Schulen angebunden sind. Des Weiteren sind drei Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet.^{71 72}

⁷⁰ Zitiert nach: <http://www.sachsen-anhalt.de/index.php?id=32576>

⁷¹ Maelicke, B. u.a. (2011): Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein - Zwischenbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, Mai 2011, S. 9.

⁷² Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit in Schleswig-Holstein (2009): Politik für Menschen mit Behinderung – Entwicklung eines Gesamtkonzepts des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein – Zwischenbilanz Januar 2009, S. 39.

Finanzierung der Frühförderung

Die Eingangs- und Verlaufsdagnostik wird von den Krankenversicherungen übernommen, sofern sich eine Komplexleistung oder medizinisch-therapeutische Leistungen anschließen. Die Abrechnung der medizinisch-therapeutischen Leistungen erfolgt mit den Krankenversicherungen, die der heilpädagogischen Leistungen mit den örtlichen Sozialhilfeträgern.

Im Rahmen eines an das Deutsche Institut für Sozialwirtschaft vergebene Gutachten über die Frühförderung in Schleswig-Holstein werden u.a. die Kostenstrukturen der Leistungserbringer und -träger, die Höhe der Gesamtaufwendungen, die Aufwendungen für Komplexleistungen, die Formen der Kostenerstattung und die Leistungs- und Entgeltvereinbarungen untersucht. Ergebnisse, Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung werden Mitte 2012 erwartet.

Beteiligung des Landes

Eine Finanzierungsbeteiligung seitens des Landes Schleswig-Holstein ist nicht vorgesehen.

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Die Kommunen und Krankenkassen als zuständige Rehabilitationsträger in der Frühförderung haben, moderiert vom Sozialministerium, im April 2007 eine Landesrahmenvereinbarung für Schleswig-Holstein zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung des Bundes abgeschlossen. Im Rahmen des in Auftrag gegebenen Gutachtens werden entsprechende Angaben Mitte 2012 vorliegen.

Weitere Informationen

In Schleswig-Holstein wird derzeit ein Gutachten über die Umsetzung der Frühförderung erstellt. Mit diesem Gutachten soll die gesamte Frühförderlandschaft in den Blick genommen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Frühförderung erarbeitet werden.

Ergebnisse, Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung werden Mitte 2012 erwartet.

4.1.16 Thüringen

Landesspezifische rechtliche Grundlagen und Grundsätze

Die *Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24.06.2003* ist seit dem 01.05.2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 19. Dezember 2007.

Struktur der Frühförderung

Landesweit besteht ein flächendeckendes Netz an ambulant/mobilen Frühförderstellen, d. h. in allen 23 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten sind insgesamt 44 eingerichtet. Davon sind 26 als Interdisziplinäre Frühförderstelle, 12 als Frühförder- und Beratungsstelle und sechs als überregionale spezialisierte Frühförderstelle für Kinder mit Sinnes-

behinderungen ausgewiesen.⁷³ Die überregionale Versorgung seitens der Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt in landesweit vier SPZ.

Entsprechend § 6 der Thüringer Rahmenvereinbarung beantragen die Frühförderstellen eine Zulassung zur Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) bei der Arbeitsstelle Frühförderung im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Über die Anerkennung als IFF entscheidet die Arbeitsstelle Frühförderung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassenverbänden und den örtlichen Sozialhilfeträgern einvernehmlich. Grundlage bilden die Konzeption der IFF sowie die in der Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung vorgesehenen personellen, räumlichen und sachlichen Anforderungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität. Gemäß § 4 Abs. 3 wird für die Erbringung der Komplexleistung ein Förder- und Behandlungsplan von einem zugelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Zusammenarbeit mit der IFF erstellt. Für die Koordinierung dieser Leistung wurde zwischen den Verbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Thüringen eine Vereinbarung geschlossen, die die Erstellung, Vergütung und Abrechnung dieser Leistung regelt. Dieses Verfahren wird seit März 2010 praktiziert.

Frühförderung in Zahlen

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat eine Studie in Auftrag gegeben, in der unter anderem Grundlagendaten erhoben werden. Ergebnisse zu diesem Projekt werden im Mai 2012 vorliegen.

Finanzierung der Frühförderung

Die IFF rechnen die Leistungen, die im Rahmen der Komplexleistung erbracht werden, getrennt mit dem jeweils zuständigen Rehabilitationsträger ab. Hierfür schließt der Träger der IFF Vereinbarungen ab: mit den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträgern Vereinbarungen gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII und mit den Verbänden der Krankenkassen Vereinbarungen über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung der heilpädagogischen Diagnostik und der medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung (§ 6 Abs. 6, 7 Rahmenvereinbarung).

Die Abrechnung der Leistungen bei den jeweiligen Kostenträgern wird von den IFF als sehr aufwendig beschrieben. Ferner haben die IFF die seit Mai 2010 bestehenden Vergütungsvereinbarungen mit den beteiligten Krankenkassen gekündigt und zu Neuverhandlungen aufgerufen.

Beteiligung des Landes

Eine Finanzierungsbeteiligung seitens des Landes erfolgt nicht.

⁷³ Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG), Referat 23 Behindertenpolitik, Arbeitsstelle Frühförderung, 1. Januar 2012.
http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung2/referat23/fruehfoerderstellen_und_traeger_des_freistaates_thueringen.pdf

Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

In Thüringen wurden seit Mai 2010 insgesamt 26 Interdisziplinäre Frühförderstellen zugelassen. Damit wird landesweit in 19 von insgesamt 23 Landkreisen und kreisfreien Städten Komplexleistung entsprechend den Landesregelungen angeboten.

Der Landesverband der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung Thüringen (VIFF) äußert sich kritisch zur Umsetzung der Komplexleistung im Land. Kernpunkte der Kritik beziehen sich dabei u.a. auf die Vergütungsverhandlungen (separat mit den Rehabilitationsträgern) und die Höhe der vorgesehenen Vergütungssätze.⁷⁴

Weitere Informationen

Im Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Referat 23 „Behindertenpolitik“ ist die Arbeitsstelle Frühförderung mit einer halben Vollzeitstelle eingerichtet.

(<http://www.thueringen.de/de/tmsfg/soziales/behindertenpolitik/content.html>)

⁷⁴ VIFF Thüringen (2010): Rundbrief der VIFF Landesvereinigung Thüringen an alle Frühförderstellen in Thüringen: Anmerkungen zum Abschluss einer Leistungsvereinbarung als „Interdisziplinäre Frühförderstelle“.

4.2 Beförderung der Interdisziplinären Frühförderung

4.2.1 Maßnahmen auf Landesebene

Die Planung von Maßnahmen oder Aktivitäten hängt eng mit der Beurteilung des derzeitigen Umsetzungsstandes der Interdisziplinären Frühförderung in den Ländern zusammen. Sofern laufende Studien zur Evaluation der Interdisziplinären Frühförderung noch nicht abgeschlossen sind, wird darauf verwiesen, dass sich mögliche Aktivitäten folgerichtig erst nach Abschluss und Bewertung der Situation entwickeln ließen (z.B. Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein). In den übrigen Ländern werden zum Teil weitere Maßnahmen zur Weiterentwicklung benannt.

Länder mit Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung

Die Länder, in denen die Interdisziplinäre Frühförderung umgesetzt wird, können in zwei Gruppen geteilt werden: So finden sich die Länder, die – zumindest auf der Seite der Leistungserbringung – keinen weiteren Handlungsbedarf sehen. Hierzu gehören Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Das MSAGD Rheinland-Pfalz formulierte explizit seine Bereitschaft, bei den Verhandlungen zwischen den Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung und den Krankenkassen weiterhin bei Bedarf moderierend zu unterstützen.

Aus Sicht des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen könnte eine Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens durch die in der FrühV genannten pauschalierten Aufteilung der Entgelte erreicht werden. Auf die Festlegung von Teilungsquoten hätten sich die bayerischen Kostenträger bislang jedoch nicht einigen können und eine Einflussnahme von Seiten des Staatsministeriums auf die Vertragsgestaltung sei nicht möglich.

Andere Länder haben Maßnahmen zur Weiterentwicklung benannt: So sind in Hessen die Herausgabe einer Arbeitshilfe zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung, die Aufnahme der speziellen Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder in die Umsetzung Komplexleistung, eine Aktualisierung der Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen sowie die Aufnahme der weiteren Umsetzung in den hessischen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geplant.

Im Freistaat Sachsen werden die Landesregelungen zur Komplexleistung (Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, seit 2005 in Kraft) derzeit umfassend novelliert. U.a. soll auch der Bedeutung der kinderärztlichen Leistungen – insbesondere bei der Früherkennung/Diagnostik – Rechnung getragen werden. Darüber hinaus soll ein Anerkennungsverfahren für die Dienste und Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung etabliert werden.

In Thüringen, wo derzeit ebenfalls eine Studie zu den Rahmenbedingungen in den Thüringer Frühförderstellen durchgeführt wird, die sich auf die Ausgangsbedingungen in der Frühförderung vor der Einführung und der Umsetzung der Rahmenvereinbarung bezieht, ist zudem im Mai 2010 ein Facharbeitskreis für Interdisziplinäre Frühförderung (FAKIFF) am Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit ins Leben gerufen worden. Mitglieder sind Vertreter/innen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege

e. V., des Landesverbandes für Interdisziplinäre Frühförderung e. V., des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte sowie der Wissenschaft (FHS). Ziel des Facharbeitskreises ist es, die Angebote der Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie die Leistungen der Krankenkassen im Bereich der Frühförderung auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen, um systematisch eine bessere Koordination zu erreichen. Zudem soll nach einer etwa zwei- bis dreijährigen Praxiseinführung der Komplexleistung eine Folgestudie in Auftrag gegeben werden, die die Ergebnisse der Umsetzung der Komplexleistung in Thüringen aufzeigt.

Länder mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung

Sowohl in Brandenburg, in Mecklenburg-Vorpommern als auch in Niedersachsen ist die Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung – trotz bestehender Vereinbarungen auf Landesebene – bislang unzureichend. Die Gründe liegen zum Teil darin, dass recht hohe Anforderungen an die Interdisziplinären Frühförderstellen gestellt werden, die aus Sicht der Leistungsanbieter nur schwierig erfüllt werden können. In diesem Zusammenhang wird explizit auf die dünne Besiedlung in einem großen Flächenland hingewiesen (Mecklenburg-Vorpommern).

Eine aktive Auslotung möglicher Handlungsoptionen findet derzeit in Brandenburg statt. Dort hat das zuständige Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie ein Fachpapier erstellt, das die Entwicklung im Land Brandenburg zusammenfasst. Ziel ist eine Annäherung der Sichtweisen aller Beteiligten über bisherige Aktivitäten. Ob und welche Möglichkeiten bestehen, den Diskussionsprozess mit allen Beteiligten wieder voranzubringen, wird derzeit geprüft.

Die anderen beiden Länder sehen ihre derzeitigen Spielräume für weitere Maßnahmen begrenzt. So kündigt das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern an, diese Studie zu den *strukturellen und finanziellen Hindernissen bei der Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung* mit den zuständigen Rehabilitationsträgern und den Leistungsanbietern auszuwerten und gegebenenfalls daraus resultierende Handlungsempfehlungen zu prüfen.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration hat den Aushandlungsprozess zum Abschluss der Landesrahmenempfehlung moderiert. Im Zuge dieses Prozesses wurde eine Erprobungs- und Evaluationsphase vereinbart, in der *„überprüft werden soll, ob die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung gemäß §§ 30, 55 und 56 SGB IX und der Frühförderungsverordnung auf Basis der Grundlagen der Landesrahmenempfehlung zweckmäßig, bedarfsgerecht und ausreichend erbracht wird.“* Aktuell ist eine solche Evaluation aufgrund der geringen Umsetzung jedoch nicht geplant.

Länder ohne Rahmenempfehlung

In Baden-Württemberg werde die Komplexleistung *fachlich* bereits umgesetzt. Dies wird mit der interdisziplinären Zusammensetzung und der Leistungserbringung in den Interdisziplinären Frühförderstellen begründet. Allerdings erfolge die Finanzierung der Komplexleistung durch die Leistungsträger aufgrund einer fehlenden Landesrahmenempfehlung bislang nicht.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg berichtet, es habe bei den Verhandlungen zum Abschluss einer Landesrahmenempfehlung Frühförderung für Baden-Württemberg die Rolle des Moderators übernommen. Die Verhandlungen zum endgültigen Abschluss einer Landesrahmenempfehlung seien allerdings derzeit ausgesetzt, da die Leistungserbringer und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen Vergütungsverhandlungen führen. Die Sozialhilfeträger seien an diesen Gesprächen nur partiell beteiligt, da auf örtlicher Ebene zwischen Sozialhilfeträgern und Leistungserbringern weiterhin Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden sollen.

In Bremen haben sich die Verhandlungen zum Abschluss einer Landesrahmenempfehlung insbesondere zwischen den Rehabilitationsträgern als sehr langwierig und schwierig erwiesen. Als Gründe wurden divergierende Erwartungen zur Frage der integrierten Leistungserbringung auch von Komplexleistungen in Kindertageseinrichtungen in Verbindung mit der Klärung des konkreten Leistungsgeschehens, die Vergütung und die Finanzierungsanteile benannt. Die Verhandlungen hierzu werden unter Federführung des Landes gezielt weitergeführt. Beschleunigungsbemühungen fänden aus Sicht des Landes Grenzen in hochkomplexen Beteiligungserfordernissen beim strukturell und rechtlich erforderlichen Systemumbau und den dazu erforderlichen Regelungsbedarfen zwischen Land, örtlichen Rehabilitationsträgern und Trägern der Interdisziplinären Frühförderstellen sowie der einzubindenden Träger der Kindertageseinrichtungen in den Kommunen.

4.2.2 Weiterentwicklung auf Bundesebene aus Sicht der Länder

Die zuständigen Ministerien auf Landesebene wurden im Rahmen der Abfrage des ISG zudem dazu befragt, welche Aktivitäten auf Bundesebene erfolgen sollten, aber auch was aus ihrer Sicht auf keinen Fall auf Bundesebene, sondern auf Landes- oder kommunaler Ebene geregelt werden sollte. Konkret geht es um folgende Fragen:

- Beurteilung einer Setzung von verbindlichen Fristen zur Umsetzung der Komplexleistung (Fristenlösung) und bei Befürwortung verbunden mit der Frage nach den Aspekten, auf die sich eine Fristenlösung beziehen sollte.
- Beurteilung der Implementierung eines Schiedsstellenverfahrens und bei Befürwortung, verbunden mit der Frage, mit welchen Inhalten sich eine Schiedsstelle befassen sollte.
- Voraussetzungen für den Abschluss einer verbindlichen gemeinsamen Erklärung durch die Rehabilitationsträger.
- Maßnahmen, die auf Bundesebene ergriffen werden sollten, um die Komplexleistung Frühförderung zu befördern.
- Maßnahmen auf Bundesebene, die hinderlich wären für die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung vor Ort.

Fristenlösung

Ein konkretes Setzen von Fristen zur Umsetzung der Komplexleistung wird von zwei Bundesländern befürwortet; gegen eine Fristenlösung votierten dagegen zehn Bundesländer. Die übrigen waren bezogen auf diese Frage nicht klar positioniert, z.T. wegen laufender Studien, deren Ergebnisse abgewartet werden.

Aus rheinland-pfälzischer Sicht ist eine Fristenlösung zwar nicht notwendig, sie schlagen aber für den Fall, dass auf Bundesebene eine Fristenlösung gewünscht ist, eine Regelung analog § 81 SGB XII (Verordnungsermächtigung) vor.

Aus Sicht Baden-Württembergs und Brandenburgs als Befürworter einer Fristenlösung könnte eine solche dazu beitragen, dass die Länder den Druck auf die Vertragspartner erhöhen bzw. die Möglichkeit erhalten, eine Fristsetzung durch eine Verordnungsermächtigung des Landes auf den Weg bringen zu können.

Hierfür könnte entweder § 30 SGB IX entsprechend erweitert werden.

„Die Fristsetzung sollte vom Bundesministerium über eine Erweiterung des § 30 SGB IX vorgenommen werden. Bezug nehmend auf die dann veränderte gesetzliche Grundlage könnte jedes Bundesland nach Verstreichen der festgesetzten Zeit und ggf. nach Durchführung von Schiedsstellenverfahren eine Fristsetzung durch eine Verordnungsermächtigung des Landes auf den Weg bringen.“

Ein anderer Vorschlag zielt in Richtung von Vereinbarungen auf der Ebene der BAR, die zu diesem Zweck noch einmal zusammentreten sollte.

„Vorrangig sollte jedoch nochmals versucht werden, auf Ebene der BAR den Abschluss einer Gemeinsamen Empfehlung zu erreichen [...]“

Implementierung eines Schiedsstellenverfahrens

Die Implementierung eines Schiedsstellenverfahrens wird von sechs Bundesländern befürwortet, während ebenso viele Bundesländer eine solche Regelung explizit für nicht notwendig halten. Eine solche Schiedsstelle sollte sich aus Sicht der Länder mit folgenden Aspekten befassen:

- Abrechnungsverfahren sowie Höhe und Art der Kostenteilung (Saarland),
- Streitigkeiten in Vergütungsfragen (Sachsen-Anhalt),
- Streitigkeiten in Vergütungsfragen im Bereich der Jugend- und Sozialhilfe (Rheinland-Pfalz),
- Auf Seiten der bayerischen Einrichtungsträger wird ein Konfliktlösungsmechanismus für notwendig gehalten. Daneben könnte im Bereich der Frühförderung eine neutrale Stelle von Nutzen sein, die im Rahmen von Vertragshandlungen angerufen werden könnte, wenn z.B. nach Ablauf einer bestimmten Frist keine Einigung gefunden werden konnte.

In diesem Zusammenhang wäre die Einrichtung einer Schiedsstelle nach dem Vorbild des Zehnten Kapitels SGB XII zu überlegen.

- Streitigkeiten zwischen den Nutzern (betroffene Eltern und ihre behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder) und Leistungsträgern und/ oder Leistungserbringern. Der Hintergrund ist, dass aus Sicht Brandenburgs die Eltern nicht immer

eine passgenaue Unterstützung, z.B. auch bei der Einreichung einer Klage erhalten (Brandenburg).

Seitens Brandenburgs wird hierzu weiter ausgeführt, dass ein solches Schiedsstellenverfahren ebenfalls über eine Erweiterung des § 30 SGB IX verankert werden könnte. Sie müsste inhaltlich, fachlich und rechtlich (u.a. Schiedsstellenfähigkeit) definiert werden. Zudem müssten die Anforderungen an Neutralität und Fachlichkeit des in den Schiedsstellen eingesetzten Personals definiert und sichergestellt werden. Schließlich müssten die Inhalte, die eine Schiedsstelle klären kann bzw. klären sollte, in einem einheitlichen Fachpapier beschrieben werden.

Seitens des Hessischen Sozialministeriums wird darauf hingewiesen, dass eine Schiedsstelle, sofern sie eingerichtet werden sollte, für das Land kostenneutral sein, eine Bindungswirkung haben und mit anderen Schiedsstellen zusammengelegt werden können sollte.

Aus Sicht des Landes Bremen sprechen gegen die Implementierung eines Schiedsstellenverfahrens – wie auch gegen eine Fristenlösung – auf Bundesebene sachliche Bedenken. Hier seien zunächst nähere Verständigungen über Fachstandards erforderlich.

Voraussetzungen für eine verbindliche gemeinsame Erklärung der Rehabilitationsträger

Eine verbindliche gemeinsame Erklärung der Rehabilitationsträger wird mit Ausnahme Hamburgs, wo sie besteht – ohne entsprechende gesetzliche Regelungen z.B. in Form einer verbindlichen Rechtsverordnung von Bundeseite – skeptisch gesehen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die gescheiterten Bemühungen um eine gemeinsame Empfehlung im Jahr 2001 hingewiesen, in deren Folge die Frühförderungsverordnung gemäß § 32 SGB IX erlassen wurde.

Nach den Erfahrungen in Bremen mit langen und mehrfach gescheiterten Vorläufen sind aus Sicht des zuständigen Bremer Senates zunächst qualitative Analysen tatsächlicher Förderbedarfe und ihre Leistungszuordnung zu den Kostenträgern erforderlich.

Aus Sicht Baden-Württembergs wird im Interesse einer möglichst gleichen Versorgung betroffener Kinder vorgeschlagen, erneut den Versuch zu unternehmen, eine gemeinsame Empfehlung auf Ebene der BAR zu erreichen. Begründet wird dies damit, dass durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention und die zwischenzeitlich gesammelten Erfahrungen auf Landesebene die damaligen Widerstände gemindert worden sein könnten.

Die beiden Länder Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein äußerten sich zu diesen Fragen nicht, weil sie den Ergebnissen derzeit laufender Studien nicht vorgeifen wollen.

Förderliche und hinderliche Maßnahmen auf Bundesebene

Von nahezu allen Ministerien der Länder, die sich hierzu geäußert haben, werden verbindliche Regelungen zum Abrechnungsverfahren sowie zur Kostenteilung durch entsprechende rechtliche Vorgaben gefordert. In diesem Zusammenhang wird mehrfach auf die derzeit empfohlene Kostenteilung mit 20% zu Lasten der Krankenkassen und 80% zu Lasten der Träger der Sozialhilfe hingewiesen, die so nicht vertretbar sei. Der Anteil der Krankenkassen müsse höher veranschlagt werden. Das rheinland-pfälzische Sozialministerium spricht in diesem Fall allerdings nicht von einer Kostenteilung, son-

dern entsprechend des dort bestehenden Abrechnungssystems mit getrenntem Abrechnungsverfahren, das nicht in Frage gestellt wird, von „Kostenbeteiligung“.

Die Ministerien der drei Länder, in denen trotz einer Landesrahmenempfehlung die Komplexleistung nicht oder nur unzureichend umgesetzt wird (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen), fordern weitergehende feste Vorgaben des Bundes. Diese betreffen die Definition der Bestandteile der Komplexleistung und reichen bis hin zur Dauer einer Fördereinheit und deren Finanzierung.

Auch aus Sicht des zuständigen Sächsischen Staatsministeriums wären Vorgaben für eine pauschalierte Abrechnung der originären Leistungen zur Frühförderung ohne Konkretisierung der Rahmenbedingungen hinderlich. Auch Sachsen-Anhalt betont, dass *„alle bedeutsamen Zweifelsfragen, die aus den unterschiedlichen Leistungssystemen – SGB XII, SGB IX, SGB VIII und SGB V – herrühren, abschließend geklärt werden“* müssten. Grund ist die Befürchtung, dass ohne eine Konkretisierung von Standards die Einführung eines pauschalierten Abrechnungsverfahrens zu Qualitätsverlusten führen könne. Der zuständige Senat Bremens weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass derartige Regelungen eine fachliche Fundierung zu tatsächlichen Fall- und Leistungsverläufen nach Art, Umfang und Inhalt benötige. Ohne die Basis valider Daten wären entsprechende Vorgaben eher hinderlich.

Notwendig sei es zudem, dass der Bund seine Kontrollfunktion wahrnehme bzw. ausfülle, so sollten Prüfungskriterien des Bundes zur Umsetzung in den Ländern erlassen werden.

Aus Sicht der Ministerien/ Behörden von Ländern, in denen die Komplexleistung Frühförderung umgesetzt wird (Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland), sollten bundeseinheitliche Regelungen den bisherigen Regelungen auf Länderebene nicht widersprechen. Vermieden werden sollten bspw. konkrete organisatorische Vorgaben sowie eine starke Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene.

Ein weiteres Feld für Maßnahmen seitens des Bundes ist die weiterhin nicht geklärte Finanzierung der Komplexleistung bei privat versicherten Kindern. So zögen sich nach Ausführungen der bayerischen Bezirke private Krankenversicherer sehr häufig auf den Standpunkt zurück, dass eine Komplexleistung in den Versicherungsbedingungen nicht vorgesehen sei. Aus diesem Grund sei ein verpflichtender Beitritt der privaten Krankenversicherer zum Rahmenvertrag (in Bayern) von Vorteil.

Abschließend wird seitens des zuständigen Senats in Bremen ein stärkeres Engagement des Bundesgesundheitsministeriums gefordert, dessen zurückhaltendes Verhalten verbunden mit dem Verweis auf die Selbstverwaltung der Kassen für die Umsetzung hinderlich gewesen sei.

5 Interdisziplinäre Frühförderung auf örtlicher Ebene

Die vorliegenden Ergebnisse zur Interdisziplinären Frühförderung auf örtlicher Ebene basieren vornehmlich auf den vor Ort geführten Gesprächen und telefonischen Interviews mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern der Frühförderung und weiteren Experten/innen im Umfeld sowie auf den Ergebnissen von kindbezogenen Fallanalysen und einer schriftlichen Befragung von Eltern.

Die an der Frühförderung beteiligten Akteure handeln im Rahmen ihrer rechtlichen und institutionellen Bedingungen. In diesem Zusammenhang sind die auf Länderebene bestehenden Regelungen zu den Verhandlungsebenen und den Abrechnungsverfahren, die verschiedenen Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen, das konkrete Leistungsgeschehen und die Vergütung der einzelnen Leistungskomponenten sowie die Versorgungssituation wichtige Parameter.

5.1 Vorstellung der beteiligten Modellregionen

Kriterien zur Auswahl der Modellregionen waren insbesondere der Umsetzungsstand der Komplexleistung Frühförderung, unterschiedliche Strukturen der Leistungserbringung sowie regionale Kriterien (städtische als auch ländliche Regionen). Bei der konkreten Auswahl war darüber hinausgehend die Mitwirkungsbereitschaft sowohl auf der Ebene der Länder als auch auf regionaler Ebene von entscheidender Bedeutung.

Die ausgewählten Modellregionen unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich des Umsetzungsstandes der Komplexleistung Frühförderung und der Organisationsstruktur bei den Leistungserbringern sowie bei den Leistungsträgern. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, zunächst die Strukturen in den jeweiligen Regionen zu erläutern, um hierauf aufbauend die Ergebnisse der Analysen systematisch darzustellen.

5.1.1 Nordrhein-Westfalen: Dortmund und Unna

In NRW wurde die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf die örtliche Ebene delegiert. In der Landesrahmenempfehlung wurde u.a. vorgegeben, dass die Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern in Form von Pauschalen vereinbart werden soll. Zu welchen Anteilen die Leistungsträger im Einzelfall die Kosten übernehmen, hängt von der jeweils vorgelegten Konzeption zur Anerkennung als IFF ab.

Dortmund

In Dortmund wurde mit der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung im Jahr 2007 begonnen.

Leistungserbringer

In der frühen Phase haben sich insgesamt drei Frühförderstellen (der Lebenshilfe, der Diakonie und der Caritas) als Trägergemeinschaft zusammengeschlossen, ihre Konzeption zur Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) vorgelegt und mit den Leistungsträgern verhandelt. Damit gehört Dortmund zu den ersten Regionen in NRW, in denen die Frühförderung als Komplexleistung umgesetzt wurde. In der Zwischenzeit sind eine weitere private Frühförderstelle sowie ein Sozialpädiatrisches Zent-

rum in Dortmund als IFF anerkannt worden, mit einer weiteren Einrichtung wurden Verhandlungen aufgenommen.

Leistungsträger

Leistungsträger sind das Sozialamt der Stadt Dortmund sowie die Krankenkassen – im Landesteil Westfalen vertreten durch den VDEK.

In Dortmund liegt die Fallführung für Kinder in der Frühförderung vollständig beim Sozialamt, sodass diesbezüglich keine Schnittstellen mit dem Jugendamt bestehen.

Die Krankenkassen haben die Zugangssteuerung an die Sozialhilfeträger übertragen (vereinfachtes Verwaltungsverfahren).

Verhandlungsebene und Vertragsgestaltung

Die Verhandlungen über die Konzeption und damit verbunden über die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung wird zwischen dem jeweiligen Leistungserbringer sowie dem zuständigen Sozialhilfeträger und einer Vertreterin der Krankenkassen geführt (dreiseitige Verhandlungen). Aufgrund dieser Konzeption werden der zeitliche Umfang und der Preis für eine Fördereinheit festgelegt. Die Diagnostik stellt einen eigenen Bereich dar. Hierfür werden in Westfalen einheitlich 450 Euro (10 Stunden) für die Eingangsdiagnostik sowie 250 Euro für die Verlaufs- und die Abschlussdiagnostik vergütet. Im Rheinland wird die Vergütung für die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik in den Fördereinheiten verrechnet.

Im Anschluss an die dreiseitigen Verhandlungen vereinbaren die Leistungsträger die pauschale Kostenteilung untereinander. Die Kostenteilung wird über Fördereinheit und Diagnostik hinweg einheitlich verhandelt und liegt im konkreten Fall bei 65% zu Lasten des Sozialhilfeträgers und 35% zu Lasten der Krankenkasse. Diese Anteile können sich je nach vorliegender Konzeption verschieben und liegen durchschnittlich bei etwa 65% bis 70% zu Lasten der Sozialhilfeträger (Aussage der Krankenkasse).

Abrechnungsverfahren

Seit dem 01. April 2011 rechnen die IFF die Fördereinheiten entsprechend den Leistungsnachweisen anteilig getrennt mit dem Sozialhilfeträger und mit den Krankenkassen ab.

Zuvor gab es insofern ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren, als die IFF zunächst das gesamte Leistungsvolumen mit dem Sozialhilfeträger abrechneten und die Sozialhilfeträger im Nachgang den jeweils vereinbarten Anteil mit den Krankenkassen abrechneten. Diese Regelung wurde von zahlreichen Kommunen abgelehnt, weil sie in Vorleistung gehen mussten.

Zugang zu Leistungen der Frühförderung

Niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen spielen im Zugangsverfahren zur Frühförderung eine wichtige Rolle, denn sie sind diejenigen, die in die IFF überweisen.

Welche Kinder Komplexleistung erhalten, wird anhand eines zweistufigen Verfahrens festgestellt. Die erste Frage lautet: Gehört das Kind zum leistungsberechtigten Personenkreis (SGB XII)? In einem zweiten Schritt wird geprüft, welche Leistungen notwendig sind: singuläre Maßnahmen oder Komplexleistung. Die Prüfung erfolgt angelehnt

an das ICF-Konzept (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Nach dieser Klassifikation ist nicht die ggf. bestehende Beeinträchtigung entscheidend für die Bewilligung einer Komplexleistung, sondern eine Einschränkung der Teilhabe. Dieses Konzept umzusetzen, bedurfte insbesondere in der Anfangszeit eines erheblichen Aufwands.

In den IFF wird die Diagnostik hierfür durchgeführt sowie der Förder- und Behandlungsplan (FuB) erstellt. Das Gesundheitsamt prüft die Notwendigkeit von Komplexleistung weit überwiegend auf der Basis des Förder- und Behandlungsplans nach Aktenlage. Nur in besonderen Ausnahmefällen wird ein Kind für eine weitere Testung in das Gesundheitsamt bestellt. Die Bewilligung erfolgt durch das Sozialamt, das auf Plausibilität und sachliche Richtigkeit prüft. Da das Prüfungs- und Bewilligungsverfahren überwiegend nach Aktenlage erfolgt, benötigen das Gesundheitsamt und das Sozialamt eine standardisierte und qualitativ gute Erarbeitung der FuB. Insbesondere hierfür wurde ein Qualitätszirkel eingerichtet, an dem die Trägergemeinschaft der IFF, das Gesundheitsamt und das Sozialamt beteiligt sind und der in der Anfangsphase regelmäßig drei- bis viermal im Jahr stattfand.

Rolle des Gesundheitsamtes

In Dortmund hat das Gesundheitsamt die Aufgabe, die Förder- und Behandlungspläne fachlich – in der Regel nach Aktenlage – zu prüfen und mit einem entsprechenden Bewilligungsvorschlag an das Sozialamt weiterzuleiten.

Leistungen

Im Förder- und Behandlungsplan werden Art und Umfang der Leistung festgelegt, wonach sich die Anzahl der zu bewilligenden Förder- und Behandlungseinheiten richtet. Dabei wird kindbezogen ein Budget mit Frühfördereinheiten jeweils i.d.R. für ein Jahr bewilligt. Darin wird die Art der Förderung festgelegt, und zwar inhaltlich (Beschreibung der Fachdisziplinen), örtlich (mobil begründet, ambulant) und in der Erbringungsform (als Einzel- oder Gruppentherapie). Eine Deckelung des kindbezogenen Budgets ist nicht vorgesehen. Es besteht aber die Verpflichtung, die Kinder ggf. auch schon vor Ablauf des Bewilligungszeitraums abzugeben, wenn keine Komplexleistung mehr notwendig ist. Das kindbezogene Leistungsbudget lässt im Rahmen der Frühförderung Spielräume für den Ablauf der Förderung.

In Dortmund werden regelmäßig (3 Monate nach Beginn, dann etwa alle 4 Monate) Fallbesprechungen durchgeführt. Hieran beteiligt sind die heilpädagogische Leitung, die ärztliche Leitung, beteiligte Fachkräfte sowie Therapeuten/innen. Die Fallbesprechungen dauern etwa 15 Minuten je Kind und dienen der weiteren individuellen Förderplanung.

Unna

Im Kreis Unna wird die Komplexleistung Frühförderung bewusst nicht umgesetzt, wobei die Sorge um mit der Einführung verbundene Kostensteigerungen seitens des Sozialhilfeträgers ein entscheidendes Motiv hierfür ist. Seitens der Frühförderstelle wird zu diesem Thema angemerkt, dass eine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in einem Flächenkreis wie Unna schwierig sei, weil hier heilpädagogische Frühförderung in höherem Umfang mobil-aufsuchend stattfinden müsste und die medizinisch-therapeutischen Leistungen möglichst in Wohnortnähe (in niedergelassenen therapeutischen Praxen).

Leistungserbringer

Die heilpädagogische Frühförderung wird im Kreis Unna von einer Frühförderstelle mit Sitz in Unna und in Lünen sowie von niedergelassenen heilpädagogischen Praxen erbracht. Derzeit hat das Sozialamt des Kreises Unna mit der Frühförderstelle, fünf heilpädagogischen Praxen sowie drei Praxen für Mototherapie diesbezügliche Vereinbarungen geschlossen. Die Eltern, für deren Kinder heilpädagogische Frühförderung bewilligt wird, erhalten eine Liste mit diesen Anbietern und können zwischen ihnen frei wählen.

Die medizinisch-therapeutischen Leistungen werden in niedergelassenen Praxen für Physio- oder Ergotherapie bzw. Logopädie erbracht.

Leistungsträger

Leistungsträger für die heilpädagogischen Leistungen ist der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz als örtlicher Sozialhilfeträger des Kreises Unna.

Leistungsträger für die medizinisch-therapeutischen Leistungen sind die Krankenkassen nach den Richtlinien der Heilmittelverordnung.

Verhandlungsebene und Vertragsgestaltung

Im Kreis Unna gibt es keine mehrseitigen Verhandlungen und Verträge, wie sie für die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in NRW vorgesehen sind.

Abrechnungsverfahren

Die Leistungserbringer rechnen ihre Leistungen mit dem jeweiligen Leistungsträger auf Basis von Leistungsnachweisen ab.

Zugang zu Leistungen der Frühförderung

Seit dem 01.08.2011 gibt es in Unna eine neue Regelung der Zugangssteuerung (laut Kreistagsbeschluss):

Die niedergelassenen Fachärzte/Fachärztinnen spielen eine besondere Rolle, weil sie die Frühförderung verordnen müssen. Die Eltern stellen die Kinder mit dem Schreiben des Arztes beim Gesundheitsamt vor. Hier erfolgt die Eingangsdiagnostik durch zwei hierfür eingestellte Heilpädagoginnen; in Zweifelsfällen wird die Amtsärztin hinzugezogen. Von hier aus wird der Antrag im Fall der Notwendigkeit von Frühförderung an das Sozialamt weitergeleitet, wobei das Ergebnis der Diagnostik maßgeblich ist für die Bewilligung von Leistungen.

Vor dem 01.08.2011 mussten die niedergelassenen Fachärzte / Fachärztinnen eine Verordnung zur Frühförderung ausstellen, die Diagnostik fand dann in der Frühförderstelle statt.

Rolle des Gesundheitsamtes

Im Kreis Unna hat das Gesundheitsamt seit dem 01.08.2011 die Eingangsdagnostik im Auftrag des Kreissozialamtes übernommen.

Leistungen

Die Frühförderstelle bietet heilpädagogische Frühförderung an, wobei die Fördereinheit derzeit 130 bis 150 Minuten beträgt, worin ein Anteil mobiler Frühförderung in Höhe von 50% eingerechnet wurde. Gegenwärtig wird eine Reduzierung der Minutenzahl je FE auf 60 bis 80 Minuten verhandelt. Die Anzahl der möglichen Fördereinheiten je Kind ist mit 40 Einheiten pro Jahr gedeckelt.

5.1.2 Rheinland-Pfalz: Trier/ Trier-Saarburg

Die interdisziplinäre Frühförderung in Rheinland-Pfalz wird umgesetzt durch 8 Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung, die unter ärztlicher Leitung stehen. Die flächendeckende Versorgung wird durch die 8 „Hauptzentren“ in Verbindung mit 27 Außenstellen gesichert. Diese sind organisatorisch eigenständig, greifen aber auch auf die Infrastruktur des Zentrums insofern zurück, als bspw. die im Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung angestellten Ärztinnen und Ärzte auch in den Frühförderstellen vor Ort tätig sind.

In den Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung werden Kinder bis zum 18. Lebensjahr behandelt und gefördert. Hier gibt es die zeitliche Begrenzung der Leistung bis zum Zeitpunkt der Einschulung, wie ansonsten bei der Frühförderung, nicht, sofern die Kommunen dem zustimmen.

Leistungserbringer

In der Region Trier und Trier-Saarburg wird die Komplexleistung Frühförderung vom Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung mit Sitz in Trier erbracht. Zu diesem gehören fünf Frühförderstellen in Bitburg, Daun, Hermeskeil, Prüm und Wittlich.

Leistungsträger

Leistungsträger sind die Sozial- bzw. Jugendhilfeträger sowie die Krankenkassen.

In Rheinland-Pfalz gelten die getrennten Zuständigkeiten für die Leistungsbereiche nach SGB XII und SGB VIII im Bereich der Eingliederungshilfe auch für die Frühförderung. In der Region Trier/ Trier-Saarburg übernehmen die Jugendämter die organisatorische Fallführung. Dies bedeutet, dass alle Anträge auf Frühförderung von den Fallmanagern des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) im Jugendamt bearbeitet werden. Die Budgetverantwortung zwischen den beiden Ressorts Jugend und Soziales ist entsprechend der Rechtskreise aufgeteilt.

Die Krankenversicherungen sind zuständige Kostenträger für die Diagnostik sowie für die ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung.

Verhandlungsebene und Vertragsgestaltung

In Rheinland-Pfalz werden bezogen auf die Vergütung „Rahmenverhandlungen“ auf Landesebene geführt, dies gilt sowohl für die Kommunen als auch für die Krankenkassen. Die konkrete Ausgestaltung der Verfahren ist allerdings je Kommune verschieden. Zwischen Krankenkassen und den 8 landesweit tätigen Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung wurden einheitliche Verträge abgeschlossen.

Krankenkassen und Kommunen haben keine Berührungspunkte, zwischen ihnen bestehen dementsprechend auch keine Verträge.

Abrechnungsverfahren

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt getrennt: Die pädagogischen und psychologischen Leistungen werden mit den Kommunen abgerechnet. Die ärztlichen Leistungen werden quartalsweise und die medizinisch-therapeutischen Leistungen nach den (landesweit einheitlichen) Pauschalen abgerechnet.

Die Erstdiagnostik wird pauschal vergütet: von den Krankenkassen in Höhe von 195 Euro und von den Kommunen in Höhe von 200 Euro.

Zugang zu Leistungen der Frühförderung

Der Zugang zum Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung erfolgt auf Überweisung der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte. Die Eingangsdiagnostik und die weitere Leistungserbringung erfolgen im Zentrum. Von hier aus werden die Anträge bzw. Überweisungen an die jeweils zuständigen Stellen weitergeleitet: Der Antrag auf Leistungen für pädagogische und psychologische Leistungen wird zusammen mit dem Förderplan zum jeweils zuständigen Jugendamt geschickt. Die Mitarbeiter/innen des ASD, in deren Sozialraum die Familie wohnt, übernehmen die Fallführung. Das Jugendamt ist zuständig für die Bewilligung der heilpädagogischen und psychologischen Leistungen.

Ärztliche und medizinisch-therapeutische Leistungen werden mit den Krankenkassen nach den Regelungen der §§ 119, 120 SGB V für SPZ vergütet.

Rolle des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt spielt in diesem Verfahren keine Rolle als entscheidende oder beratende Instanz.

Leistungen

In der Regel werden 40 Fördereinheiten (FE) seitens der Kommunen bewilligt, die Gewährung der medizinisch-therapeutischen Leistungen erfolgt über ärztliche Verordnung des Zentrums für Sozialpädiatrie und Frühförderung. Die Fördereinheiten sind – vergleichbar mit Dortmund – als kindbezogenes Budget ausgestaltet. Es gibt eine Obergrenze je Kind, die bei 60 Fördereinheiten im Jahr liegt. Sofern mehr Fördereinheiten notwendig erscheinen, wird ein besonderer Abstimmungsprozess eingeleitet.

5.1.3 Saarland: Saarpfalz-Kreis

Im Saarland ist ein System der frühen Förderung eingerichtet, das zwei voneinander zu unterscheidende Zweige hat: Die Komplexleistung Frühförderung und die Arbeitsstellen für Integration, die heilpädagogische Leistungen mit Integrationshilfen kombinieren (s. hierzu auch Abschnitt 4.1.12). Diese beiden Leistungsformen schließen sich gegenseitig aus, haben unterschiedliche Zugangswege und Leistungsträgerschaft. Die folgenden Ausführungen sind auf die Komplexleistung Frühförderung fokussiert.

Das Saarländische Ausführungsgesetz zum KJHG (§ 38 AG KJHG) besagt, dass alle Kinder mit Behinderung in die Zuständigkeit der Sozialhilfe fallen. Damit gibt es keine (rechtlichen) Berührungspunkte zwischen überörtlichem Sozialhilfeträger und Jugendhilfe.

Leistungserbringer

Die Leistungserbringer der Komplexleistung Frühförderung sind die IFF als teilweise interdisziplinär besetzte Frühförderstellen in Kooperation mit niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Praxen. Im Saarpfalz-Kreis sind zwei IFF eingerichtet, die mit zahlreichen niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Praxen zusammenarbeiten. Der Elternwille ist hier das ausschlaggebende Kriterium, sodass die IFF mit den von den Eltern jeweils ausgewählten therapeutischen Praxen zusammenarbeiten.

Leistungsträger

Im Saarland sind die Leistungsträger für die Komplexleistung Frühförderung das Landesamt für Soziales als überörtlicher Sozialhilfeträger sowie die Krankenkassen.

Verhandlungsebene und Vertragsgestaltung

Im Saarland werden die Verträge auf Landesebene ausgehandelt. Dabei gibt es jeweils zweiseitige Verträge: Das Sozialministerium verhandelt auf der einen Seite mit den Leistungserbringern über Leistungen und Vergütung. Die Vergütung für die Behandlungseinheit (Maßnahmepauschale) ist für alle IFF gleich hoch. Es gibt zudem noch weitere Bestandteile: die Grundpauschale sowie die Investitionspauschale, die einrichtungsspezifisch verhandelt werden.

Auf der anderen Seite verhandelt das Sozialministerium mit den Krankenkassen: Landesweit ist eine einheitliche pauschale Kostenteilung von 80% zu Lasten des Landesamtes und von 20% zu Lasten der Krankenkassen vereinbart worden, diese ist durchgängig für Fördereinheiten und Diagnostik gleich hoch.

Abrechnungsverfahren

Im Saarland rechnen die IFF die erbrachten Leistungen mit dem Landesamt für Soziales (überörtlicher Sozialhilfeträger) ab. Die Frühförderstelle ist dabei die koordinierende Stelle, sie rechnet alle Leistungen, auch die Leistungen der Ärztinnen des Gesundheitsamtes sowie die medizinisch-therapeutischen Leistungen mit den niedergelassenen Therapeuten/innen einmal im Monat fallbezogen ab. Die IFF erhält vom Landesamt für Soziales entsprechend der Abrechnung einen monatlichen Abschlag; die endgültige Verrechnung erfolgt am Jahresende. Das Landesamt bezahlt die gesamte Summe an die IFF. Diese rechnet mit ihren Kooperationspartnern ab.

Das Landesamt rechnet seinerseits mit den Krankenkassen (in Höhe von 20%) im Nachgang (jährlich) fallbezogen mit detaillierter Aufstellung der einzelnen Leistungen ab. Damit tritt das Landesamt in Vorleistung auf die gesamte Abrechnungshöhe.

Zugang zu Leistungen der Frühförderung

Der Zugang zur Frühförderung ist sehr niedrigschwellig geregelt. Im Saarland wird keine Verordnung des Arztes benötigt. Die Eltern können die FFS aufsuchen (Anraten der Kita, des Facharztes/ der Fachärztin oder aus eigenem Antrieb etc.).

In der Frühförderstelle erfolgt die Erstberatung, die dann finanziert wird, wenn das Aufnahmeverfahren inkl. Entwicklungstest und ärztlicher Diagnostik erfolgt ist. Aus den Ergebnissen aller Befunde (Anamnese, Diagnostik, Entwicklungstests) wird der Förder- und Behandlungsplan erstellt.

Dieser wird für jedes Kind in einem Fachausschuss beraten, an dem die Frühförderstelle, die kooperierende Ärztin/ der kooperierende Arzt der Frühförderstelle, die Ärztin des Landesamtes als überörtlicher Sozialhilfeträger sowie die Eltern teilnehmen. Die Beratung und Entscheidung darüber, ob ein Komplexfall vorliegt oder nicht, erfolgt zwischen der FFS, der kooperierenden Ärztin/ dem kooperierenden Arzt und der Ärztin des Landesamtes für Soziales als Kostenträger. Die Krankenkassen sind in dem Abstimmungsprozess nicht stimmberechtigt und nehmen an den Fallgesprächen i.d.R. nicht teil. Die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie die Vertreter/innen des Jugendamtes werden ebenfalls zu dem Gespräch im Fachausschuss eingeladen. In strittigen Fällen können darüber hinaus externe Experten/Expertinnen (z.B. niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Therapeut/in) gehört werden.

Rolle des Gesundheitsamtes

Im Saarpfalz-Kreis sind die Ärzte/innen des Gesundheitsamtes als kooperierende Ärzte/innen für die Frühförderstellen tätig, sie erstellen die ärztliche Diagnose. Die ärztliche Diagnose kann aber auch durch niedergelassene Kooperationsärzte/-ärztinnen erfolgen, was in anderen Landkreisen der Fall ist. In diesen Landkreisen spielt das Gesundheitsamt keine Rolle als beratende oder entscheidende Instanz.

Leistungen

Eine Fördereinheit umfasst 90 Minuten, davon 45 Minuten face-to-face und 45 Minuten für Vor- und Nachbereitung, Team, Bericht, Supervision, Fahrzeiten etc.

Nach Berechnungen des ISG werden im Saarland durchschnittlich 80 Fördereinheiten pro Kind im Jahr erbracht.

5.1.4 Sachsen: Kreis Meißen

In Sachsen gibt es eine Rahmenvereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunalen Spitzenverbänden. Zudem wurde eine Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 5 FrühV zwischen Krankenkassen und IFF abgeschlossen.

Leistungserbringer

Die Leistungserbringer der Komplexleistung Frühförderung sind die Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF), die heilpädagogisch orientiert sind und die Interdisziplinarität dadurch sicherstellen, dass sie zum Teil in der IFF Therapeuten/innen beschäftigen und insbesondere mit niedergelassenen therapeutischen Praxen kooperieren.

Leistungsträger

Leistungsträger sind die örtlichen Sozialhilfeträger, die die Kosten für die heilpädagogischen Leistungen übernehmen und die Krankenkassen, die die Kosten für Diagnostik und medizinisch-therapeutische Leistungen tragen.

Der Jugendhilfeträger ist in Sachsen für den Bereich der Frühförderung nicht zuständig.

Verhandlungsebene und Vertragsgestaltung

Mit der Rahmenvereinbarung auf Landesebene zwischen den Rehabilitationsträgern sind das Zugangsverfahren, die gegenseitige Anerkennung der Entscheide sowie das Abrechnungsverfahren festgelegt. Die gegenseitige Anerkennung besagt, dass die Sozialhilfeträger über die Anträge aus den IFF entscheiden und die Krankenkassen diese mittragen. Die Krankenkassen entscheiden über die Anträge aus den SPZ und die Sozialhilfeträger tragen diese mit.

Landesweit einheitlich festgelegt sind die Zeitwerte für eine Fördereinheit der heilpädagogischen Leistungen, die Vergütung hierfür verhandeln die IFF vor Ort einzeln mit dem zuständigen Sozialhilfeträger.

Abrechnungsverfahren

Die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung erfolgt getrennt:

Die IFF rechnet die heilpädagogischen Leistungen mit dem zuständigen Sozialamt ab. Die Abrechnung erfolgt je Kind und Monat. Die Höhe der Vergütung bei Erbringung rein heilpädagogischer Leistungen und bei Erbringung von Komplexleistung unterscheidet sich nicht.

Die Diagnostik rechnet die IFF mit der jeweils zuständigen Krankenkasse ab; hierfür gibt es pauschale Vergütungen für die Eingangsdiagnostik (4 bis 4,5 Stunden) sowie für die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik (je 1,5 Stunden). Die Abrechnung der medizinisch-therapeutischen Leistungen mit der Krankenkasse erfolgt dann durch die IFF, wenn die entsprechenden Therapeuten/innen in der IFF beschäftigt sind. Bei Kooperationen zwischen IFF und einer niedergelassenen Praxis rechnet die Praxis direkt mit der jeweils zuständigen Krankenkasse ab. Die Höhe der Vergütung für die medizinisch-therapeutischen Leistungen richtet sich nach der Heilmittelverordnung (SGB V).

Sowohl für die Sozialhilfeträger als auch für die Krankenkassen gibt es in der Vergütung keinen Unterschied, ob Komplexleistungen oder singuläre (heilpädagogische oder medizinisch-therapeutische) Leistungen erbracht werden. Für die Krankenkasse besteht der Unterschied in der Vergütung von singulären Heilmitteln gegenüber der Komplexleistung darin, dass bei der Komplexleistung die Diagnostik separat vergütet wird.

Zugang zu Leistungen der Frühförderung

Eltern kommen in die IFF in der Regel auf Anraten der Kita, des Facharztes, des SPZ oder aufgrund eigener Initiative zum Erstgespräch. Die Eingangsdiagnostik erfolgt auf ärztliche Überweisung. Sofern das Ergebnis der Eingangsdiagnostik eine Komplexleistung anzeigt, werden ein Förder- und Behandlungsplan sowie ein Entwicklungsbericht verfasst. Die Anträge werden in einem Gesamtplangespräch zwischen Sozialamt, Gesundheitsamt, IFF und Eltern beraten. Ein solches Gespräch dauert etwa 15 bis 20 Minuten. Die Entscheidung trifft das Sozialamt.

In Meißen besteht ein Gesamtjahresbudget an Fördereinheiten, das mit jeder IFF einzeln ausgehandelt wird.

Rolle des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt prüft die Anträge auf Komplexleistung nach Aktenlage und leitet diese weiter zum Sozialamt. Bei Anträgen auf singuläre Heilpädagogik erfolgt eine verpflichtende Vorstellung bei der Amtsärztin/ dem Amtsarzt im Gesundheitsamt.

Leistungen

Die Komplexleistungskinder erhalten in der Regel eine Fördereinheit Heilpädagogik und zusätzlich mindestens eine medizinisch-therapeutische Leistung je Woche.

5.2 Beteiligte Akteure

Leistungen der Frühförderung erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder bis zum individuellen Schuleintritt. Sie sind die Leistungsberechtigten, wobei die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten einen wesentlichen Anteil an der Förderung ihres Kindes haben, sodass die Frühförderung in ihrem Selbstverständnis Kindern und deren familiärem Umfeld gilt. Die Leistungsanbieter der Komplexleistung Frühförderung sind in erster Linie die Frühförderstellen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren. Je nach landesrechtlicher Ausgestaltung werden unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsanbieter von Komplexleistungen gestellt (vgl. auch Kapitel 4). So ist bspw. die Rolle der niedergelassenen therapeutischen Praxen im Leistungsgeschehen der Komplexleistung unterschiedlich definiert. Auch die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sind in unterschiedlichem Maß in den Prozess der Leistungserbringung einbezogen. Die Rehabilitationsträger der Komplexleistung Frühförderung sind die Sozial- bzw. Jugendhilfeträger sowie die Krankenkassen.

Zudem sind die Gesundheitsämter zu berücksichtigen. Ihre Rolle im Leistungsgeschehen der Komplexleistung ist in den Ländern ebenfalls unterschiedlich definiert. Darüber hinaus sehen sie alle Kinder mindestens zur Schuleingangsuntersuchung und haben damit einen sehr guten Überblick über Entwicklungsstände und mögliche Probleme bezogen auf einen vollständigen Jahrgang.

Eine wesentliche Rolle spielen darüber hinaus die Kindertagesstätten: Die Kinder werden im Zusammenspiel mit anderen Kindern professionell beobachtet und Entwicklungsverzögerungen bzw. drohende Behinderungen werden dort oftmals erkannt.

5.2.1 Leistungserbringer

Die Interdisziplinäre Frühförderung wird je nach implementiertem System vor Ort von Interdisziplinären Frühförderstellen, Sozialpädiatrischen Zentren und ggf. niedergelassenen therapeutischen Praxen erbracht.

Interdisziplinäre Frühförderstellen

Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Ländern haben sich bei der Erbringung der Komplexleistung verschiedene institutionelle Ausrichtungen herausgebildet, wobei generell zwei Konzepte unterschieden werden können: Zum einen das Konzept eines Rehabilitationszentrums mit einem interdisziplinären Team, das in engem Austausch zusammenarbeitet. Hierzu gehört auch, dass die ärztliche Kompetenz in die Teamarbeit eingebunden ist, was eine besondere Rolle im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik spielt. Kooperationen mit niedergelassenen therapeutischen Praxen sind möglich, bedürfen aber einer vertraglichen Kooperationsvereinbarung; sie sind nicht die Regel.

Ein anderes Konzept zur Umsetzung der Komplexleistung ist das Kooperationsmodell. Hier sind die Anforderungen an die Interdisziplinarität bei der festen personellen Besetzung der Frühförderstellen geringer als im beschriebenen Konzept des Rehabilitationszentrums und man setzt auf die Kooperation mit niedergelassenen Praxen. Zu unterscheiden ist dabei die Sicherung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Therapeuten/innen, die in der Regel vertraglich gesichert sein muss: Die Kooperationen können mit einigen wenigen niedergelassenen Praxen sichergestellt werden, mit denen recht enge und langfristige vertragliche Bindungen eingegangen werden. Die Organisation der Komplexleistung Frühförderung kann aber auch Kooperationen mit den Praxen vorsehen, die die Eltern gewählt haben (mit Verweis auf das Wunsch- und Wahlrecht). Hier werden fallbezogene Kooperationsverträge geschlossen, wobei die Zahl der Praxen, mit denen Kooperationen erfolgen, bis zu 70 bis 80 pro Frühförderstelle betragen kann.

Das Konzept des Rehabilitationszentrums wird in den beteiligten Regionen sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Rehabilitationsträgern sehr positiv beurteilt. Einhellige Auffassung ist, dass nur in einem solchen Modell die geforderte Interdisziplinarität adäquat umgesetzt werden könne. Mit dem Modell des Rehabilitationszentrums werden die Leistungen weit überwiegend ambulant im Zentrum erbracht. Aufgrund dessen werden als ein Nachteil dieses Modells hohe Wegezeiten benannt, was insbesondere in ländlichen Räumen zu Schwierigkeiten führen kann.

Niedergelassene therapeutische Praxen stehen diesem Modell zum Teil negativ gegenüber, weil sie dadurch als Leistungsanbieter der Erbringung von Komplexleistungen ausgeschlossen werden.

Das Kooperationsmodell zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung wurde vornehmlich aus zwei Gründen eingeführt: Mit einem solchen Modell kann die heilpädagogische Frühförderung weiterhin in hohem Maß mobil-aufsuchend erfolgen, was insbesondere in großen Flächenkreisen als ein wichtiger Aspekt formuliert wurde. Ein

weiterer Aspekt war zumindest in einem Fall die Sorge um unkalkulierbare Veränderungen in der Frühförderlandschaft, falls eine neue Struktur eingeführt würde.

Schließlich ist festzuhalten, dass die unterschiedliche Definition von Komplexleistung einhergehend mit unterschiedlichen Anforderungen an deren Umsetzung dazu führt, dass Komplexleistungen in dem einen Land mit Komplexleistungen in einem anderen Land nicht vergleichbar sind: Z.B. erbringt eine Frühförderstelle überwiegend heilpädagogische Frühförderung und stellt die interdisziplinäre Frühförderung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen therapeutischen Praxen sicher. Zur Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen gibt es nur wenige konkrete Direktiven. Mit einem solchen Modell kann in einigen Ländern Frühförderung als Komplexleistung erbracht werden, in anderen Ländern wird diese Arbeitsweise nicht als Komplexleistung bezeichnet. Die fehlenden Anforderungen an die Qualität von Komplexleistungen wurden von beteiligten Interviewpartner/innen insbesondere in Nordrhein-Westfalen, wo recht hohe Anforderungen bestehen, deutlich kritisiert.

Sozialpädiatrische Zentren

Die Frühförderungsverordnung sieht neben den Interdisziplinären Frühförderstellen die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) als Leistungserbringer der Komplexleistung Frühförderung vor. Die Umsetzung der Komplexleistung durch die SPZ ist auf Landesebene unterschiedlich geregelt. So wird die Komplexleistung in Berlin sowie in Rheinland-Pfalz vollständig durch ein System mit Einrichtungen nach § 119 SGB V erbracht. Beispielsweise in Nordrhein-Westfalen müssen Sozialpädiatrische Zentren das gleiche Zulassungsverfahren durchlaufen wie Frühförderstellen, falls sie Komplexleistung anbieten wollen.

Eine teilweise bestehende Konkurrenzsituation zwischen SPZ und Frühförderstellen, wie sie vor einigen Jahren zu Beginn der Umsetzung der Komplexleistung noch deutlich spürbar war, konnte im Rahmen dieser Studie nicht festgestellt werden. Die Zusammenarbeit mit den Sozialpädiatrischen Zentren wurde hier durchgängig als kollegial und gut beschrieben, was von den beteiligten SPZ bestätigt wurde. Möglich ist, dass zu Beginn Unsicherheiten über den Ausbau und das Leistungsspektrum der Interdisziplinären Frühförderstellen bestand und dass in der Zwischenzeit eine weitgehende Rollenklärung stattgefunden hat.

Niedergelassene therapeutische Praxen

In den niedergelassenen therapeutischen Praxen werden ärztlich verordnete medizinisch-therapeutische Leistungen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) erbracht und die Leistungen werden mit den Krankenkassen nach der Heilmittelverordnung abgerechnet. Sofern Frühförderung als Komplexleistung erbracht wird, sind die niedergelassenen Praxen dann in die Leistungserbringung eingebunden, sofern sie über Kooperationen erfolgt (s.o.).

5.2.2 Fachärzte für Kinderheilkunde

Die niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen – und hier insbesondere die Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde – nehmen eine Schlüsselstellung im Zugang zur Komplexleistung ein. So wird die Komplexleistung Frühförderung in der Regel auf ärztliche Ver-

ordnung hin veranlasst: Es muss eine Überweisung/ Verordnung zur Durchführung der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik im Rahmen der Komplexleistung vorliegen. Diese Verordnung zur Komplexleistung fließt nicht in das Heilmittelbudget ein und ist damit im Gegensatz zu der Verordnung von singulären medizinisch-therapeutischen Leistungen nicht budgetiert.

Eine Ausnahme von dieser Regel stellt das Saarland dar, wo mit dem Ziel eines möglichst niedrigschwelligen Zugangs das Erfordernis einer Überweisung aufgehoben wurde. Aus Sicht eines niedergelassenen Arztes sei dies ein Fehler gewesen, denn die Ärzte könnten bereits im Vorfeld feststellen, bei welchen Kindern eine Behinderung bestehe oder vermutlich drohe. Durch das Entfallen dieser „Kontrollinstanz“ liege die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Leistungserbringung weitestgehend beim Leistungserbringer. Dieses Konstrukt des Zugangs führe zwangsläufig zu Fallzahlsteigerungen.

Die Wahrnehmung ihrer Rolle als verantwortliche „Zuweiser“ zur Interdisziplinären Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung wird von Rehabilitationsträgern zum Teil kritisch gesehen, wobei insbesondere die ungleiche Behandlung von singulären Heilmitteln und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung kritisiert wird. So ist nach Ansicht einiger Interviewpartner die fehlende Budgetierung der Komplexleistung ein Grund dafür, dass Ärzte bei ausgeschöpftem Budget für Heilmittel eine Substitution zu Lasten der Komplexleistung vornähmen. Andere – insbesondere niedergelassene Therapeuten – stellen dagegen auf die bestehende Budgetierung der medizinisch-therapeutischen Leistungen ab, die aufgrund zögerlicher Ausstellungen von Verordnungen zu einer Unterversorgung führen könne.

Neben dieser Schlüsselstellung der Zuweisung übernehmen die niedergelassenen Ärzte/innen in einigen Konzepten zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung als Kooperationsärzte die ärztliche Diagnostik.

Einbeziehung des ärztlichen Systems

Schließlich war es nach Ansicht der Leistungserbringer ein Fehler, das ärztliche System nicht in die Verhandlungen zur Ausgestaltung der Komplexleistung einzubeziehen. Dieses Versäumnis habe die Zusammenarbeit aus Sicht der Interdisziplinären Frühförderstellen bei Einführung der Komplexleistung erheblich erschwert. In einigen Regionen wurde die Zusammenarbeit in der Zwischenzeit gestaltet und wird überwiegend als vertrauensvoll beschrieben, wobei auch hier selbstverständlich Unterschiede in der Intensität und der Qualität der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Praxen bestehen.

5.2.3 Rehabilitationsträger

Im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung sind für die ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen die gesetzlichen Krankenversicherungen und für die heilpädagogischen und psychologischen Leistungen die Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. § 35a SGB VIII zuständig.

Sozial- und Jugendhilfeträger

Zahlreiche Bundesländer haben von der Möglichkeit, die Frühförderung vollständig in der Sozialhilfe zu übernehmen, Gebrauch gemacht (s. Abschnitt 2.3). In den näher be-

trachteten Regionen ist dies in Nordrhein-Westfalen, in Sachsen und im Saarland der Fall. Bei Zuständigkeit der Sozialhilfeträger muss unterschieden werden zwischen Ländern, in denen die Frühförderung in örtlicher Zuständigkeit liegt und anderen Ländern mit Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers.

Rheinland-Pfalz hat von seinem Landesrecht keinen Gebrauch gemacht, sodass hier je nach Art der Behinderung der örtliche Sozialhilfeträger für Kinder mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung zuständig ist und der Jugendhilfeträger nach § 35a SGB VIII für Kinder mit einer seelischen Behinderung. Die Organisation der Fallverantwortung wird vor Ort geregelt. Im vorliegenden Beispiel übernehmen die Jugendhilfeträger die Fallverantwortung für alle „Frühförderkinder“. Dies bedeutet, dass alle Anträge auf die Komplexleistung Frühförderung von dem zuständigen Jugendamt geprüft werden und auch die Bewilligung durch das Jugendamt erfolgt. Die Budgetverantwortung liegt allerdings entsprechend der beschriebenen Aufteilung entweder beim örtlichen Jugendhilfeträger oder beim örtlichen Sozialhilfeträger.

Krankenkassen

Die Krankenkassen sind die zuständigen Rehabilitationsträger vornehmlich für die ärztlichen sowie medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung. Dabei haben auch sie dafür Sorge zu tragen, dass die Interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet wird. Aus diesem Grund wurde in dem Gemeinsamen Rundschreiben des BMAS und des BMG zum Thema Frühförderung unter anderem festgelegt, dass die Heilmittelverordnung im Rahmen der Komplexleistung keine Anwendung findet. Dies sollte verhindern, dass sich die Krankenkassen im Rahmen der Komplexleistung auf die Finanzierung der medizinisch-therapeutischen Leistungen beschränken, während die Finanzierung der Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität (sog. Korridorleistungen) ungeklärt bleibt.

Die von Krankenkassen finanzierten Leistungen werden in der Regel ambulant in niedergelassenen Praxen erbracht. Dieses Konzept der ambulanten Versorgung wird von einigen Krankenkassen auch bei der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung als Regellösung angestrebt. Mobil-aufsuchende Förderung sollte nach dieser Auffassung die Ausnahme bleiben.

Das Selbstverständnis der Krankenkassen als Körperschaft öffentlichen Rechts ist nach Aussagen des Vertreters einer Krankenkasse ein anderes als das von Sozialhilfeträgern. Insbesondere komme dies in Verhandlungen mit Leistungsanbietern zum Ausdruck. So besteht aus Sicht der Krankenkasse bspw. wenig Verständnis für Vergütungsbestandteile, die einrichtungsindividuell ausgehandelt würden. Eine solche Vereinbarungspraxis sei den Krankenkassen fremd.

Bestehende Diskrepanzen zwischen den Rehabilitationsträgern liegen sicherlich auch in der unterschiedlichen Tradition der Partner begründet. So stehen die Krankenkassen oftmals in der Kritik, ausgesprochen restriktive Verhandlungspartner zu sein, was dem Anliegen der Umsetzung der Komplexleistung entgegenstehe. Die Krankenkassen berufen sich ihrerseits auf ihre Verpflichtung zu einem sorgfältigen Umgang mit den Beiträgen ihrer Versicherten. Die Träger der öffentlichen Hand – vor allem auf kommunaler Ebene – sehen sich dagegen bisweilen in einer gegenüber den Krankenkassen schwächeren Verhandlungsposition. Dies wird insbesondere damit begründet, dass die

Krankenkassen im Bereich Komplexleistung Frühförderung mit zahlreichen Kommunen verhandeln und dadurch über einen höheren Erfahrungsstand verfügen als ihre Verhandlungspartner auf kommunaler Ebene.

Diese Gemengelage kann im Extremfall dazu führen, dass Verhandlungen zur Umsetzung der Komplexleistung nicht aufgenommen werden, scheitern oder dazu führen, dass sich trotz abgeschlossener Vereinbarungen keine Leistungsanbieter finden, die zu den ausgehandelten Konditionen die Komplexleistung Frühförderung umsetzen.

5.2.4 Gesundheitsämter

Die Rolle der Gesundheitsämter im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung ist regional unterschiedlich ausgestaltet, sie reicht von einer zentralen Instanz der Zugangssteuerung im Auftrag des Sozialhilfeträgers bis hin zur vertraglich gesicherten Kooperation mit einer Frühförderstelle (einzelne Regionen, z.B. im Saarland oder in Nordrhein-Westfalen).

Bei zentraler Zuständigkeit des Gesundheitsamts als Steuerungsinstrument werden alle Eltern mit ihren Kindern, die möglicherweise Frühförderung benötigen, in das Gesundheitsamt bestellt. Hier werden alle (auch heilpädagogische) Diagnostiken durchgeführt und die Ergebnisse werden mit einer entsprechenden Empfehlung dem örtlichen Sozialhilfeträger zur Entscheidung vorgelegt. In einer anderen Region werden nur die Kinder im Gesundheitsamt vorgestellt, für die singuläre heilpädagogische Leistungen beantragt sind.

Das Gesundheitsamt hat in einem anderen Modell die Funktion, die Plausibilität der Anträge auf Komplexleistung Frühförderung zu prüfen. Dies geschieht in der Regel nach Aktenlage und die Kinder werden nur in Ausnahmefällen in das Gesundheitsamt eingeladen.

In einigen Regionen übernehmen die Ärzte/Ärztinnen des Gesundheitsamtes die ärztliche Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung. Hierfür besteht eine vertraglich gesicherte Kooperation zwischen ihnen und der jeweiligen Interdisziplinären Frühförderstelle.

Und schließlich gibt es die Variante, dass die Gesundheitsämter nicht mit der Komplexleistung befasst sind. Dies wird mit der Einbeziehung des ärztlichen Systems als überweisende und die ärztliche Diagnostik führende Instanz begründet. So ist aus Sicht beteiligter Rehabilitationsträger die Hinzuziehung einer weiteren ärztlichen Instanz (im Gesundheitsamt) im Zuge des Eingangsverfahrens zur Komplexleistung nicht notwendig.

Neben diesen verschiedenen Rollen, die die Gesundheitsämter beim Eingangsverfahren zur Frühförderung sowie zur Komplexleistung ausfüllen können, sind sie eine entscheidende Informationsquelle: Die Ärzte/Ärztinnen der Gesundheitsämter untersuchen alle Kinder eines Jahrgangs im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und verfügen damit über eine Fülle von Informationen über die Versorgungslage der Kinder: So z.B. darüber, wie viele Kinder eines Jahrgangs Frühförderleistungen hätten erhalten müssen, ohne eine entsprechende Förderung erhalten zu haben.

In einer der untersuchten Regionen führt das Gesundheitsamt vergleichbar mit der Schuleingangsuntersuchung Reihenuntersuchungen für Kinder im frühen Kindergarten-

tenalter (mit ca. vier Jahren) durch. Erklärtes Ziel ist es, die Kinder mit Förderbedarf möglichst frühzeitig vor dem Schuleintritt zu entdecken.

5.2.5 Kindertageseinrichtungen

Die Kindertageseinrichtungen nehmen bezogen auf die Förderung von Kindern bis zum Schuleintritt eine wichtige Schlüsselstellung ein. So erhalten Kinder, die in Fördereinrichtungen (Sonderkindergärten, Förderkindergärten) gehen, in der Regel keine weiteren Leistungen der Frühförderung. Gleiches gilt für leistungsberechtigte Kinder in integrativen Kindertageseinrichtungen („Integrationskinder“). Dieses System ist in den Ländern unterschiedlich dicht ausgebaut. Eine besondere Stellung nehmen hier Bremen und Hamburg ein, wo Kinder mit einem Förderbedarf ab Eintritt in eine Kindertageseinrichtung regelhaft die Leistungen der Frühförderung in den Einrichtungen erhalten.

Zudem spielen auch die Regelkindertageseinrichtungen sowie die integrativen Einrichtungen neben den oben benannten, unmittelbar am Prozess der Frühförderung beteiligten Akteuren, eine wesentliche Rolle für die Frühförderung. Denn hier werden Entwicklungsauffälligkeiten und ein möglicher Förderbedarf oftmals erkannt, wie alle befragten Frühförderer und Frühförderinnen bestätigten.

Die Zusammenarbeit von Frühförderung und Kindertageseinrichtungen wird von den Frühförderstellen und den Kitas als gut bis sehr gut beschrieben. Seitens der Kindertageseinrichtungen wurde die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit mit der Frühförderung betont, wobei zudem ein hoher Bedarf an Austausch und Informationen formuliert wurde, für den oftmals wenig Zeit bleibe.

5.3 Verhandlungsebenen und Kostenabrechnung

5.3.1 Verhandlungsebenen

Die Verhandlungsebenen zur Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung sind – wie schon mehrfach dargelegt – unterschiedlich festgelegt und reichen von einer vollständigen Delegation auf die Einrichtungsebene (z.B. NRW) über richtungsweisende Eckwerte auf Landesebene und konkrete Ausführung auf örtlicher Ebene (z.B. Sachsen) bis hin zu einer weitgehenden Verhandlungsführung auf Landesebene (z.B. Rheinland-Pfalz und Saarland).

Die vollständige Delegation, bei der die Verhandlungen auf einrichtungsindividueller Ebene zwischen Krankenkasse, Sozialhilfeträger und Einrichtung über Konzeption, Qualität, Struktur und Preis geführt werden, habe den Vorteil der Gerechtigkeit bzw. der Möglichkeit eines maximalen Interessenausgleichs. Diesem stehe allerdings der Nachteil des zeitlichen und personellen Aufwands gegenüber. Insgesamt wird das Delegationsmodell von befragten Interviewpartnern, bei denen die Komplexleistung umgesetzt wird, positiv beurteilt. Dies liegt aus Sicht der Leistungserbringer vor Ort aber auch daran, dass sie einen „kompetenten Partner auf Seiten der Kommune“ hätten. Dies gilt aus ihrer Sicht nicht für alle Kommunen. Nicht zuletzt aus diesem Grund werden seitens der Leistungserbringer fehlende einheitliche Qualitätsstandards auf Lan-

desebene bemängelt. Durch solche Standards könnte die Abhängigkeit bei den Verhandlungen von den Interessen, der Kompetenz und dem Willen der jeweiligen Kommune verringert werden, so die Argumentation.

Landesweit einheitliche Rahmenbedingungen, wie sie beispielsweise in Sachsen über Art und Umfang der Leistungen bestehen, werden seitens der Befragten sowohl vom örtlichen Sozialhilfeträger als auch von den Leistungserbringern positiv und als hilfreich beurteilt. Die konkreten Verhandlungen zu den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen werden einrichtungsbezogen zwischen örtlichem Sozialhilfeträger und jeweiliger Einrichtung geführt.

Neben dem Delegationsmodell mit vollständiger oder teilweiser Delegation auf die örtliche Ebene werden in einigen Ländern die Verhandlungen überregional auf Landesebene geführt. So gibt es landesweit einheitliche Regelungen, die sich sowohl auf die Förderzeiten und zugehörige Vergütungssätze in Kostenträgerschaft der Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger als auch auf die Entgelte der Krankenkassen beziehen. Lediglich die Verfahren zur Leistungsbewilligung und Abrechnung sind in den Kommunen verschieden. Dieses Verfahren bei den Verhandlungen wird von den beteiligten Interviewpartner/innen positiv beurteilt. Probleme entstehen hier aus Sicht eines Jugendhilfeträgers eher im interkommunalen Bereich durch die getrennte Zuständigkeit von Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger (s. auch Abschnitt 5.3.2).

Die auf Landesebene geführten Verhandlungen im Saarland werden ebenfalls nicht in Frage gestellt: hier führt das zuständige Sozialministerium getrennte Verhandlungen mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Frühförderstellen und mit den Krankenkassen. Kritisch gesehen wird allerdings die derzeitige Vertragsgestaltung zwischen Ministerium und Krankenkassen. Aus Sicht des Landesamtes für Soziales, als überörtlicher Sozialhilfeträger zuständig für Bewilligung und Abrechnung, sei ein zentraler Konfliktpunkt die Kostenteilung, die im Saarland pauschal und derzeit zuungunsten des überörtlichen Sozialhilfeträgers ausgestaltet sei (s. auch Abschnitt 5.3.2). Diese Einschätzung wird von den Krankenkassen nicht zurückgewiesen, allerdings wird ihrerseits die derzeitige Bewilligungspraxis bei der Komplexleistung erheblich kritisiert. Verhandlungen zu diesen Themenkomplexen zwischen dem Ministerium und den Krankenkassen werden im 1. Quartal 2012 angestrebt.

5.3.2 Kostenabrechnung

Bezogen auf die Kostenabrechnung muss zunächst unterschieden werden zwischen getrennter und gemeinsamer Kostenabrechnung mit den Rehabilitationsträgern. Eine gemeinsame Kostenabrechnung impliziert eine pauschalierte Aufteilung der Kosten zwischen den Rehabilitationsträgern (s. für alle Bundesländer Kapitel 4).

Getrennte Kostenabrechnung

Eine getrennte Kostenabrechnung mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern hat zwangsläufig zur Folge, dass die Leistungserbringer die erbrachten Leistungen mit dem jeweiligen Kostenträger einzeln abrechnen. Aus Sicht des an der Studie teilnehmenden Zentrums für Sozialpädiatrie und Frühförderung sei dies seit Jahren geübte Praxis und für die Einrichtung kein Problem. Insbesondere seitens der Krankenkasse werden die Vorteile betont, die ein solch transparentes Verfahren mit sich bringt. Durch

die Kombination der Organisation als Rehabilitationszentrum mit der getrennten Abrechnung der Leistungen würden die Vorteile für die Kinder und deren Eltern, die die Leistungen aus einer Hand erhielten, und die Vorteile für die Rehabilitationsträger durch den Wegfall von Diskussionen über Kostenteilung etc. kombiniert, so die Argumentation.

Die beteiligten Akteure einer weiteren Region, in der eine getrennte Kostenabrechnung praktiziert wird, äußerten sich zum Verfahren der Kostenabrechnung an sich neutral. Diesbezüglich scheinen keine prinzipiellen Probleme zu bestehen.

Gemeinsame Kostenabrechnung

Sofern eine pauschalierte Kostenteilung vereinbart wurde, stellt sich zum einen die Frage nach der Höhe des von den jeweiligen Rehabilitationsträgern übernommenen Anteils der Kosten. Zum anderen stellt sich die Frage danach, wer die Gesamtabrechnung übernimmt: Dies kann durch die Leistungsträger oder durch die Einrichtungen erfolgen.

Die Kostenteilung wird in den meisten Ländern mit pauschalierter Kostenteilung auf Landesebene vereinbart. Im Saarland mit einer landesweit einheitlichen Kostenteilung werden die Kosten sowohl für die Diagnostik als auch für die Förder- und Behandlungseinheiten zu einem Anteil von 80% zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers und einem Anteil von 20% zu Lasten der Krankenkassen geteilt. Diese Aufteilung der Kosten passe nicht mit der aktuellen Leistungsgewährung zusammen, danach müssten die Krankenkassen einen höheren Anteil bezahlen. Diese Auffassung teilen alle Beteiligten – einschließlich der befragten Krankenkassen. Der überörtliche Sozialhilfeträger hat hier ein hohes Interesse an neuen Verhandlungen. Die Krankenkassen stehen diesem Vorschlag nicht abgeneigt gegenüber, denn sie haben ein hohes Interesse daran, eine veränderte Zugangspraxis auszuhandeln (s.o.).

In Nordrhein-Westfalen wird bei der Komplexleistung die Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern auf der Basis der Konzeption, verbunden mit der personellen Ausstattung einer die Zulassung zur IFF beantragenden Einrichtung vereinbart. Betont wird seitens der befragten Krankenkasse, dass bei der Festlegung der Kostenteilung nicht der Anteil der Kinder mit Komplexleistung entscheidend sei, sondern vielmehr die Leistungsanteile in Verbindung mit den Vergütungssätzen für die jeweiligen Leistungen. Die Kostenteilung im vorliegenden Beispiel beträgt 65% zu Lasten der Sozialhilfeträger und 35% zu Lasten der Krankenkassen. Auch hier wurde eine einheitliche Kostenteilung für Diagnostik sowie Förderung und Behandlung vereinbart. Nach Aussagen beider Rehabilitationsträger sei diese Kostenteilung adäquat. Nach den Erfahrungen der Krankenkasse, die alle Verhandlungen zur Umsetzung der Komplexleistung für einen Landesteil Nordrhein-Westfalens führt, sei die ehemals formulierte Kostenteilung von 20% zu Lasten der Krankenkassen nicht stimmig. In der Regel liege der Anteil der Krankenkassen zwischen 30% und 35%.

Abrechnungspraxis

Bezogen auf die Abrechnungspraxis im Rahmen der Umsetzung der Komplexleistung wurden folgende Varianten identifiziert:

- Die Interdisziplinäre Frühförderstelle rechnet mit dem Sozialhilfeträger ab, der dann seinerseits Rückforderungen an die jeweiligen Krankenkassen stellt.
- Die Abrechnung mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern erfolgt vollständig durch die Einrichtung.
- Die Interdisziplinäre Frühförderstelle rechnet die heilpädagogischen Leistungen mit dem Sozialhilfeträger ab und die niedergelassenen Therapeuten/innen rechnen ihre medizinisch-therapeutischen Leistungen mit der Krankenkasse ab.

Die Verfahren werden entsprechend der Zuordnung der Belastung des Abrechnens beurteilt. So ist das erstgenannte Verfahren, bei dem die Abrechnung der Leistungen durch den Sozialhilfeträger erfolgt, aus Sicht der Frühförderstellen geeignet für die Abrechnung der Komplexleistung. Seitens des Sozialhilfeträgers wird der erhebliche Aufwand zu seinen Lasten bemängelt, zumal aus seiner Sicht die Krankenkassen für die Abrechnung zu viele Details einforderten.

Die Bewertung einer Abrechnung mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern durch die Leistungserbringer ist unterschiedlich: Dieses Verfahren sei lang geübte Praxis und kein Problem für die Einrichtungen, wird auf der einen Seite betont. Die Interdisziplinären Frühförderstellen einer anderen Region bewerten diese Abrechnungspraxis vollständig anders, zumal die Abrechnung mit den Krankenkassen zuvor vom Sozialhilfeträger übernommen wurde. Diese neue Regelung wird durch die zusätzliche Belastung ohne finanziellen Ausgleich als eine deutliche Verschlechterung kritisiert.

Schließlich wird von den Leistungserbringern einer Region, in der das letztgenannte Verfahren angewendet wird, weniger das Abrechnungsverfahren insgesamt kritisiert, als vielmehr das eingeführte Abrechnungsintervall von einem Monat. Zuvor wurde vierteljährlich abgerechnet, was aus ihrer Sicht weniger verwaltungsaufwändig gewesen sei.

5.4 Bewilligungsverfahren

Die regional unterschiedlichen Regelungen zur Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung betreffen auch die Verwaltungsverfahren zur Bewilligung von Leistungen.

Zu Beginn des Verfahrens zur Gewährung von Frühförderung sowie von Komplexleistung bedarf es neben dem Antrag auf Leistungsgewährung in der Regel einer ärztlichen Verordnung, einer Interdisziplinären Eingangsdiagnostik sowie eines Förder- und Behandlungsplanes. Im Saarland wurde der Zugang dahingehend verändert, dass nun keine ärztliche Verordnung mehr erforderlich ist, um Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik auszulösen. Beispielsweise in Unna, einer Region ohne Angebot von Komplexleistung, bedarf es dagegen einer ärztlichen Verordnung und einer interdisziplinären Diagnostik.

Das Ergebnis der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik in Verbindung mit dem erstellten Förder- und Behandlungsplan sind die entscheidenden Grundlagen für eine Bewilligung und damit für die Zugangssteuerung. In vier der fünf untersuchten Regionen werden die einzelnen Bestandteile der Diagnostik vollständig oder überwiegend durch die Frühförderstellen durchgeführt, und der Förder- und Behandlungsplan wird ebenfalls von der Frühförderstelle erstellt. Sofern Eingangsdiagnostik sowie die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans durch den Leistungserbringer durchgeführt werden,

kann der Leistungsträger entweder nach Aktenlage entscheiden oder kindbezogene Hilfeplankonferenzen bzw. Gesamtplangespräche durchführen.

In einer der näher untersuchten Regionen erfolgt die Diagnostik zur Feststellung des Hilfebedarfs regelhaft im Auftrag des örtlichen Sozialhilfeträgers im Gesundheitsamt.

5.4.1 Entscheidung nach Aktenlage

Die Entscheidung nach Aktenlage erfolgt durch Sozial- bzw. Jugendhilfeträger. Hierfür können ausschließlich Verwaltungsfachkräfte eingesetzt werden, die entweder allein oder unter Einholung von Stellungnahmen von Fachdiensten bzw. Gesundheitsamt über Anträge entscheiden. Oder es werden Fachdienste eingesetzt, die die Fallverantwortung übernehmen.

In den untersuchten Regionen wurden zwei Verfahren identifiziert: Entweder liegt die Fallverantwortung beim Jugendamt und konkret bei den jeweils zuständigen Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes des Jugendamtes. Die Finanzverantwortung ist entsprechend der Regelungen nach SGB VIII und SGB XII geteilt (s.o.). Oder die Plausibilität der Unterlagen wird durch das Gesundheitsamt geprüft; im Zweifelsfall wird das Kind dorthin eingeladen (dies komme in der Praxis sehr selten vor). Die Leistungsentscheidung erfolgt ausschließlich durch das Sozialamt, und zwar bezogen auf alle fall-spezifischen Aspekte und auf die sachliche Richtigkeit.

Die gemeinsame Fallverantwortung des Jugendamtes für Kinder mit Frühförderbedarf und Kinder, deren Familien ggf. auch andere Hilfen des Jugendamtes benötigen (z.B. Hilfen zur Erziehung) hat den Vorteil, dass den Kostenträgern bekannt ist, welche Hilfen insgesamt (einschließlich Hilfen zur Erziehung) für ein Kind und seine Familie erbracht werden, was eine Abstimmung der Hilfen erleichtert.

Aus Sicht der Jugendhilfeträger gibt es aber auch Probleme, die allerdings nicht dem gewählten Bewilligungsverfahren geschuldet seien, sondern vielmehr der geteilten Kostenträgerschaft von Jugend- und Sozialhilfe. So übernahmen die Mitarbeiter/innen des Jugendamtes zwar die Fallverantwortung und damit eine Arbeit, die aus ihrer Sicht eigentlich in Federführung des zuständigen Sozialamtes durchgeführt werden müsste. Hinzu komme, dass die Mitarbeiter/innen ihre hauptsächliche Kompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und weniger im Bereich der Eingliederungshilfe hätten. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews vor Ort wurden die Kostensteigerungen im Bereich der Frühförderung von politischer Seite sehr kritisch bewertet, was auch für Diskussionen innerhalb der zuständigen Behörden geführt habe.

Die Entscheidung nach Aktenlage kann unter bestimmten Voraussetzungen ein effizientes und pragmatisches Bewilligungsverfahren darstellen: So wurde bspw. in Dortmund im Zuge der Umsetzung der Komplexleistung ein Qualitätszirkel eingerichtet, an dem die Leistungserbringer, das Gesundheits- und das Sozialamt beteiligt sind. Die Einrichtung des Qualitätszirkels, der zu Beginn extern moderiert wurde, wurde von allen Beteiligten als notwendig und hilfreich beschrieben, um die Interdisziplinäre Frühförderung als neue Leistung einzuführen. Ziel des intensiven Austauschs der Beteiligten sei es gewesen, eine gemeinsame Sichtweise von Tatbeständen, Voraussetzungen, Begriffen, Verfahren, Aufgaben, Rollenverständnis etc. zu schaffen und zu erhal-

ten. Die externe Moderation des Qualitätszirkels habe entscheidend zum Erfolg beigetragen.

In der Anfangsphase war es von hoher Bedeutung, eine gemeinsame Arbeitsbasis zu finden; eine besondere Rolle spielte hier die gemeinsame Erarbeitung von Qualitätsstandards für die zu verwendenden Instrumente (Förder- und Behandlungsplan, FuB). Gesundheitsamt und Sozialamt benötigen eine standardisierte und qualitativ gute Erarbeitung der FuB, weil die Entscheidung über Leistungsgewährung überwiegend auf dieser Basis gefällt wird und seine Erstellung in den Interdisziplinären Frühförderstellen erfolgt. Im Ergebnis beurteilen sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer das implementierte Bewilligungsverfahren sehr positiv: Aus Sicht des Leistungsträgers kann er seine Aufgabe, eine Entscheidung über die Leistungsgewährung zu treffen, voll erfüllen, es kam zu keinen nicht begründbaren Fallzahlsteigerungen und aus Sicht der Leistungserbringer sei das Verfahren transparent.

5.4.2 Hilfeplangespräch

Die Festlegung der bewilligten Leistungen kann des Weiteren in Hilfeplangesprächen erfolgen, die mit unterschiedlicher Zusammensetzung und Entscheidungskompetenz stattfinden. So werden fallbezogene „Gesamtplangespräche“ durchgeführt, an denen der Sozialhilfeträger und die Interdisziplinäre Frühförderstelle, die den Förder- und Behandlungsplan erstellt hat, teilnehmen. Die Eltern sowie ggf. weitere Akteure (z.B. Therapeuten/innen) werden zu den Gesprächen eingeladen. Die Entscheidung über die Leistungsgewährung wird im Rahmen des Gesamtplangesprächs vorbereitet, wobei alle vorgestellten Fälle positiv beschieden werden.

Ein etwas anderes Modell ist der „Hilfeplanausschuss“ im Saarland, in dem kindbezogene Fallgespräche durchgeführt werden. An den Gesprächen nehmen die Interdisziplinäre Frühförderstelle, deren Kooperationsarzt sowie das Landesamt für Soziales verpflichtend teil. Das Landesamt für Soziales als überörtlicher Sozialhilfeträger hat eigens für diese Aufgabe eine Ärztin eingestellt, um eine fachliche Beurteilung der vorgelegten Anträge im Rahmen der Hilfeplangespräche sicherzustellen. Die benannten drei Akteure sind bei der Entscheidung über die Leistungsgewährung stimmberechtigt. Zu den Gesprächen werden zudem die Eltern, der Jugendhilfeträger sowie ggf. weitere Experten/innen eingeladen. Die Krankenkassen können ebenfalls an den Gesprächen teilnehmen, sie sind allerdings bei der Entscheidung nicht stimmberechtigt und nehmen in der Regel nicht teil.

Die erforderliche Zeit, die fallbezogen für ein Gesamtplangespräch bzw. ein Gespräch im Rahmen des Hilfeplanausschusses benötigt wird, beträgt etwa 15 bis 20 Minuten.

Mit den Hilfeplangesprächen können prinzipiell zwei unterschiedliche Ziele verfolgt werden, nämlich die Entscheidung darüber, ob die Komplexleistung Frühförderung gewährt werden wird oder nicht (Zugangssteuerung) bzw. welche Hilfen im Rahmen der Komplexleistung durchgeführt werden soll (Maßnahmenplanung). Als Gremium der Zugangssteuerung werden die Modelle in den vorliegenden Fällen nur in geringem Maß genutzt.

Nach Aussagen sowohl von Leistungserbringern als auch des Leistungsträgers erfolgt mit dem Gesamtplangespräch keine Fallsteuerung in dem Sinne, dass auch die Ablehnung eines Antrags erfolge, wie die Zustimmungsquote von nahezu 100% bestätigt. Aus Sicht eines Sozialhilfeträgers wäre hier seine frühere Einbindung in den Planungsprozess wünschenswert. Leider habe der Sozialhilfeträger hierzu aber nicht die notwendigen personellen Kapazitäten, was in anderen Landkreisen durchaus der Fall sei.

Die Bedeutung des fallbezogenen fachlichen Austauschs im Rahmen der Gespräche wird insbesondere von den Mitgliedern des Hilfeplanausschusses betont und sehr positiv sowie Ziel führend bezogen auf die Hilfeplanung bewertet. Hierzu gehöre auch die Einbindung des Jugendamtes zur Sicherstellung einer engen Vernetzung der möglichen Hilfeformen. Dies gelänge in der untersuchten Region sehr gut, in anderen Regionen sei dies allerdings schwieriger.

Die Bedeutung des Hilfeplanausschusses als Steuerungsgremium wird dagegen zumindest von Krankenkassen stark in Zweifel gezogen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die stimmberechtigte Besetzung des Ausschusses mit aus Sicht der Kassen zwei stimmberechtigten Mitgliedern auf Seiten des Leistungserbringers und einem stimmberechtigten Mitglied auf Seiten des Leistungsträgers hingewiesen.

5.4.3 Vollständige Bearbeitung durch den Leistungsträger

Neben den benannten Verfahren ist in den letzten Jahren allgemein die Tendenz feststellbar, dass sich der Sozialhilfeträger stärker der Fallsteuerung annimmt, indem er bspw. Untersuchungen im Eingangsverfahren selbst übernimmt.

Im Bereich der Frühförderung hat der Sozialhilfeträger einer untersuchten Region diesen Weg beschritten und Mitte des Jahres 2011 das Zugangsverfahren geändert. Zuvor fand auf ärztliche Verordnung die Eingangsdiagnostik in der Frühförderstelle statt und die Ergebnisse mit einem Maßnahmevorschlag wurden dem Sozialhilfeträger vorgelegt. Mit dem neuen Verfahren wird weiterhin eine ärztliche Verordnung benötigt und das Kind wird im Gesundheitsamt vorgestellt; hier erfolgt die Diagnostik, Ergebnis und Maßnahmevorschlag werden dem Sozialamt zur Bewilligung vorgelegt. Um auch die heilpädagogische Diagnostik im Gesundheitsamt durchführen zu können, wurden eigens hierfür Heilpädagogen/innen eingestellt.

Diese Veränderung im Zugangsverfahren wird unterschiedlich bewertet: Aus Sicht des Sozialhilfeträgers kann er seine Steuerungsfunktion durch dieses Verfahren adäquat wahrnehmen. Eine zu hohe Hemmschwelle für die Eltern, das Gesundheitsamt zur Diagnostik aufzusuchen, werden weder seitens des Sozialhilfeträgers noch des zuständigen Gesundheitsamts befürchtet. Die Veränderung des Zugangsweges sei aus ihrer Sicht zudem mit zahlreichen Öffentlichkeitsmaßnahmen insbesondere in den ärztlichen Praxen sowie in den Kindertageseinrichtungen erfolgreich begleitet worden.

Aus Sicht des Leistungserbringers sei die Hürde für die Eltern und damit für die Kinder höher gelegt worden. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund kritisch zu sehen, dass zahlreiche Kinder aufgrund einer schwierigen sozialen Lage Frühförderung benötigen. Die Antragszahlen seien seit der Einführung des Steuerungsmodells erheblich zurückgegangen. Diese Aussage wurde seitens der Leistungsträger mit Verweis auf die erst kurze Zeit seit der Umstellung nicht bestätigt.

5.4.4 Weitere Mechanismen zur Steuerung

Die Steuerung von Leistung kann über die beschriebenen Verfahren erfolgen, sie erfolgt zum Teil aber auch durch eine Budgetierung. So gaben einige Regionen an, die Zahl der jährlich zu bewilligenden Fördereinheiten je Kind zu begrenzen, zum Teil in Form von Richtwerten, ab denen eine gesonderte Prüfung erfolgt. Eine Gesamtobergrenze der jährlich zu bewilligenden Leistungen besteht in zwei der untersuchten Regionen (s. auch Abschnitt 5.7.1).

5.4.5 Regelungen zwischen den Rehabilitationsträgern

Die Bewilligung erfolgt entweder mit vereinfachtem Verwaltungsverfahren, bei dem einer der Rehabilitationsträger über einen Antrag auf Komplexleistung entscheidet und der andere beteiligte Rehabilitationsträger die Entscheidung ohne eigene Prüfung annimmt. Oder die Entscheidung zur Leistungsgewährung erfolgt getrennt durch die beteiligten Rehabilitationsträger.

Vereinfachtes Verwaltungsverfahren

Die vorgefundenen vereinfachten Verfahren sind wie folgt ausgestaltet:

- Die Krankenkassen folgen der Entscheidung des örtlichen Sozialhilfeträgers bzw. des Hilfeplanausschusses.
- Der örtliche Sozialhilfeträger entscheidet über die Anträge, die durch die Interdisziplinären Frühförderstellen gestellt werden, und die Krankenkasse trägt die Entscheidung mit, während die Krankenkassen über die Anträge, die durch die Sozialpädiatrischen Zentren gestellt werden, entscheiden. Hier folgt der Sozialhilfeträger der Entscheidung der Krankenkasse.
- Der Jugendhilfeträger entscheidet über die Gewährung der Komplexleistung und der Sozialhilfeträger übernimmt diese auch für seinen Zuständigkeitsbereich.

Das vereinfachte Verwaltungsverfahren wird in der Region sowohl vom örtlichen Sozialhilfeträger als auch von den Krankenkassen positiv beurteilt, in der ein transparentes, an einheitlichen Standards orientiertes Eingangsverfahren gemeinsam erarbeitet wurde. Es erspart einen unnötigen Verwaltungsaufwand und es besteht aus Sicht der Krankenkassen kein Grund, die getroffenen Entscheidungen anzuzweifeln.

Zu einem anderen Urteil kommen insbesondere die Krankenkassen in einer anderen Region, in der über die Gewährung von Komplexleistung der Sozialhilfeträger und die Leistungsanbieter gemeinsam entscheiden, und äußern sich unzufrieden über die Praxis der Leistungsgewährung. Sie werden sich nach eigenen Aussagen um eine Veränderung dieser Praxis bemühen.

Das verwaltungsinterne Verfahren zwischen Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger und mögliche Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen diesen beiden Leistungsträgern werden schließlich in Rheinland-Pfalz – auch auf Landesebene – kritisch diskutiert.

Getrennte Bewilligung

In den Regionen ohne Komplexleistung werden die heilpädagogischen Leistungen und die medizinisch-therapeutischen Leistungen jeweils getrennt durch den zuständigen Leistungsträger bewilligt und gewährt.

In Rheinland-Pfalz ist ebenfalls ein getrenntes Bewilligungsverfahren implementiert, bei dem die heilpädagogischen Leistungen beim Jugendhilfeträger beantragt werden. Die ärztlichen sowie die medizinisch-therapeutischen Leistungen werden auf ärztliche Verordnung erbracht. Dies ist in Rheinland-Pfalz geübte Praxis, die von den Beteiligten positiv beurteilt wird. Das getrennte Entscheidungsverfahren führe zu einer vollständigen Trennung der Zuständigkeit der Rehabilitationsträger, sodass hier keine Konfliktlinien bestünden.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass eine Fallsteuerung, die den Erfordernissen sowohl aus Sicht der Leistungserbringer als auch aus Sicht der Leistungsträger genügt, nicht davon abhängt, welche Form – Entscheidung nach Aktenlage oder Hilfeplangespräch – gewählt wird, sondern davon, wie die Instrumente qualitativ ausgestaltet sind bzw. mit welchen Kompetenzen (fachlich/ institutionell/ finanziell) die entscheidenden Instanzen ausgestattet sind.

5.5 Leistungsgeschehen

5.5.1 Interdisziplinäre Diagnostik

Die Interdisziplinäre Diagnostik (Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik) hat fachlich unbestritten einen sehr wichtigen Stellenwert, wobei hier der besondere Fokus auf der intensiven Zusammenarbeit aller – auch der ärztlichen – Disziplinen liegt. Dieser Logik folgend sind organisatorische Modelle anzustreben, bei denen alle Bestandteile der Interdisziplinären Diagnostik zusammengebunden sind. In der Praxis finden sich derartige Modelle, wobei auch hier verschiedene Variationen existieren:

Alle Bestandteile der Diagnostik werden durch die Einrichtung durchgeführt: Hier wirken die heilpädagogischen, psychologischen, medizinisch-therapeutischen und ärztlichen Fachkräfte zusammen. Dabei kann die ärztliche Diagnostik entweder ausschließlich mit fest angestellten Ärzten oder über Kooperationsärzte sichergestellt werden. In den geführten Gesprächen wurden die positiven Effekte auf die Ergebnisse durch eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit – ausdrücklich auch mit den Ärzten – betont.

Das Zusammenwirken der Professionen im Rahmen der Diagnostik wird aber auch anders organisiert, z.B. indem die ärztliche Diagnostik in der Praxis des behandelnden Arztes stattfindet. Die Kooperation zwischen der Interdisziplinären Frühförderstelle und der ärztlichen Praxis erfolgt in der Regel in Schriftform. Aus Sicht der Frühförderstellen wird dieses Modell insbesondere dahingehend kritisiert, dass die Qualität der ärztlichen Diagnostik je nach Praxis erheblich schwanke und dass der zu betreibende Aufwand bei der Einholung der Unterlagen seitens der Interdisziplinären Frühförderstelle erheblich sei.

Zudem sei die fehlende Einbeziehung des ärztlichen Systems in den Prozess der Umsetzung der Komplexleistung ein Fehler gewesen. Diesen komme eine entscheidende Schlüsselstellung zu, die sie aber insbesondere zu Beginn der Umsetzung der Komplexleistung nur unzureichend wahrgenommen hätten.

5.5.2 Sicherstellung der Interdisziplinarität

Die Leistungen der Frühförderung beziehen sich auf das Kind und auf die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Dieses Selbstverständnis, das in besonderem Maß von der heilpädagogischen Frühförderung entwickelt wurde, prägt auch die Interdisziplinäre Frühförderung. Hierbei kommt allerdings ein weiteres Element hinzu, nämlich die abgestimmte Folge der verschiedenen, für das jeweilige Kind erforderlichen, heilpädagogischen, psychologischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen.

Förderlich ist es aus Sicht der Leistungserbringer in diesem Zusammenhang, wenn für den bewilligten Zeitraum (zumeist für ein Jahr) ein kindbezogenes Leistungsbudget vereinbart wird, in dem festgelegt ist, welche Leistungen erbracht werden sollen, das ansonsten aber den Frühförderern und Therapeuten die notwendige Freiheit über die Entscheidung lässt, ob bspw. ein Elterngespräch geführt oder mit dem Kind gearbeitet werden soll.

Die Sicherstellung des interdisziplinären Austauschs kann in den Einrichtungen, die vollständig interdisziplinär besetzt sind und sämtliche Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung im Haus (Modell des Rehabilitationszentrums) erbringen, organisatorisch recht einfach sichergestellt werden. Hier sind anlassbezogene Fallgespräche jeder Zeit möglich. Darüber hinausgehend wird in einer der untersuchten Regionen als fest installiertes Instrument für jedes Kind nach den ersten drei Monaten das erste Fallgespräch und anschließend alle drei bis vier Monate ein Fallgespräch durchgeführt. An den Gesprächen nimmt das gesamte Team, das mit dem Kind befasst ist, teil.

Sofern die Interdisziplinarität über Kooperationen mit niedergelassenen therapeutischen Praxen sichergestellt wird, ist dies organisatorisch aufwändiger. Für die Frühförderstellen wird diese Kooperationsarbeit aus ihrer Sicht erschwert, sofern sie gezwungen sind, die Praxen der Wahl der Eltern anzuerkennen. Dann beschränke sich die Anzahl der Kooperationsbeziehungen nämlich nicht auf ein überschaubares Maß, bei dem enge Kooperationsbeziehungen mit entsprechend verankertem Austausch aufgebaut werden könnten. Hiervon hänge in hohem Maß die Möglichkeiten der Sicherstellung der Interdisziplinarität ab.

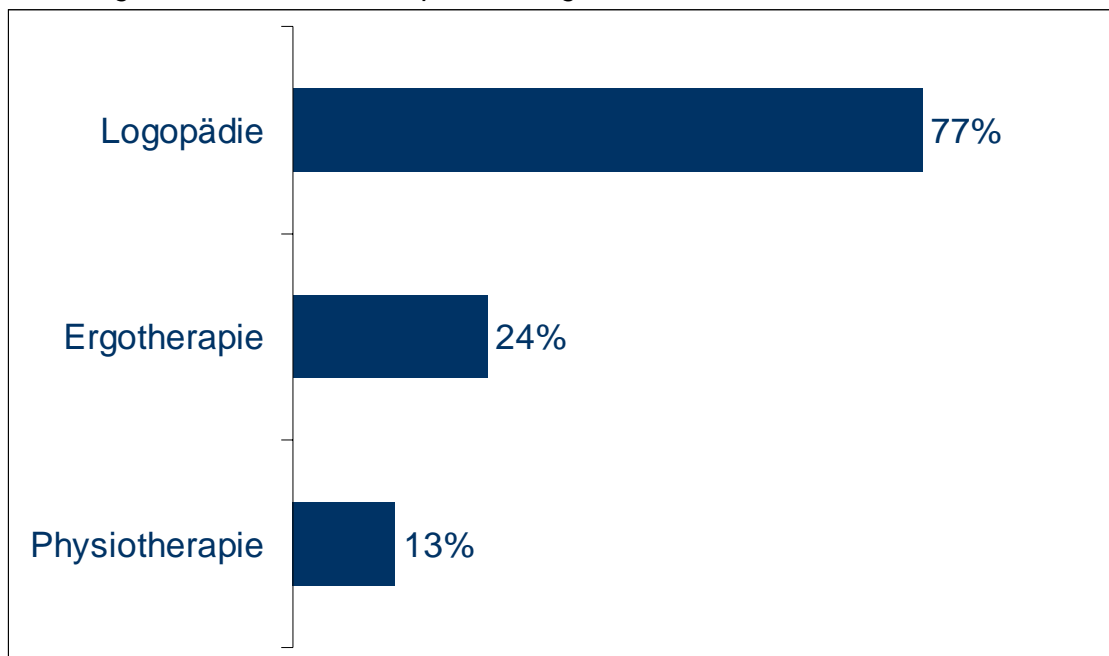
5.5.3 Leistungen im Rahmen der Förderung

Art der Leistungen

Im Rahmen der Evaluation wurden von den teilnehmenden Interdisziplinären Frühförderstellen und dem Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung insgesamt 163 kindbezogene Fallanalysen durchgeführt. Im Ergebnis erhalten Kinder mit Komplexleistung im Förderzeitraum zusätzlich zur Heilpädagogik eine (in wenigen Fällen zwei) weitere Leistung(en) aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Auslöser für die Gewährung von Komplexleistung ist in 77% dieser Fälle ein Bedarf an Logopädie. Dieses

Ergebnis weisen mit kleinen Variationen die Interdisziplinären Frühförderstellen in drei der untersuchten Regionen auf, unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Interdisziplinären Frühförderung.

Abbildung 1: Auslöser der Komplexleistung – Anteil der Fälle



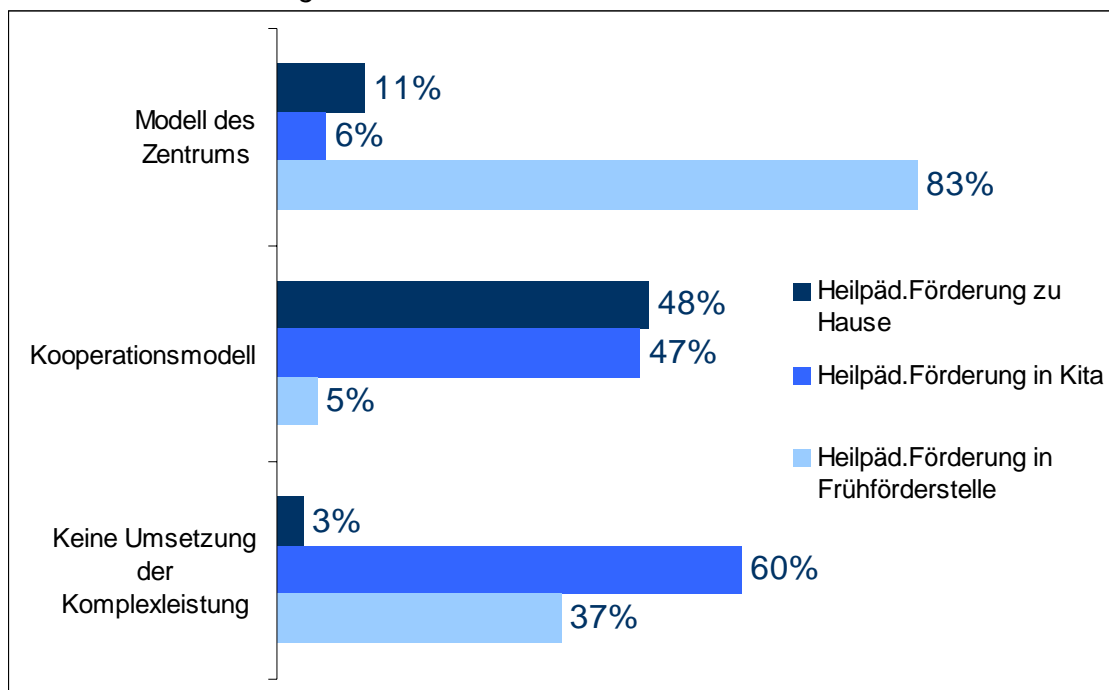
Quelle: Kindbezogene Analyse in fünf Regionen (n=118)

Bei der durchgeführten Elternbefragung bestätigte sich dieses Bild: 73% der befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind im Rahmen der Frühförderung auch Logopädie erhalte.

Ein vollständig anderes Bild zeigt sich für das Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung, wo die Kinder im Förderzeitraum mehr als drei verschiedene Leistungsarten erhalten. Dabei werden neben der heilpädagogischen und der jeweiligen medizinsch-therapeutischen Leistung insbesondere psychologische Leistungen erbracht. Gleichzeitig ist hier nicht die Logopädie die am häufigsten erbrachte medizinsch-therapeutische Leistung, sondern die Ergotherapie.

Ein deutlicher Zusammenhang zum implementierten Modell (Rehabilitationszentrum und Kooperationsmodell) besteht dagegen bezogen auf den Ort der Leistungserbringung. So werden von der Frühförderstelle ohne Umsetzung der Komplexleistung sowie von den Frühförderstellen mit Kooperationsmodell die heilpädagogischen Leistungen in der Regel mobil-aufsuchend (sehr häufig in der Kita) erbracht. Die Leistungen in den Einrichtungen, die nach dem Modell des Rehabilitationszentrums organisiert sind, werden dagegen weit überwiegend in der Einrichtung erbracht.

Abbildung 2: Heilpädagogische Leistungen – Ort der Leistungserbringung nach Frühförderungsstruktur



Quelle: Kindbezogene Analyse in fünf Regionen

Komplexleistung Frühförderung

Der Anteil der Kinder, die in den befragten Einrichtungen Frühförderung in Form von Komplexleistung erhalten, an allen Frühförderkindern der Einrichtung, variiert je nach Konzeption zwischen 40% und 100%. So erhalten bspw. nahezu alle Kinder in den Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung Komplexleistung, was damit begründet wird, dass die Kinder mit einem entsprechenden Komplexleistungsbedarf das vorrangige Klientel der Zentren sei.

Der Anteil der Kinder mit Komplexleistungsbedarf bezogen auf alle Kinder mit einem heilpädagogischen oder komplexen Förderbedarf in Kostenträgerschaft der Sozialhilfe konnte von den Kostenträgern mit pauschaler Kostenteilung angegeben werden. In diesen beiden Regionen liegt der Anteil „Komplexleistungskinder“ an allen Frühförderkindern bei 40%. Die Fallkosten für Komplexleistung wurden mit 4.000 bis 4.500 Euro beziffert.

Den Krankenkassen liegen zu der Größenordnung von Kindern, die medizinisch-therapeutische Leistungen im Komplex mit heilpädagogischen Leistungen oder singulär erhalten, keine Informationen vor.

Leistungsumfang

Bezogen auf den quantitativen Leistungsumfang, der in der Woche für ein Kind erbracht wird, kann kein Zusammenhang zur implementierten Organisation der Komplexleistung vor Ort gezeigt werden. Dieser hängt vielmehr mit den jeweils geschlossenen Leistungsvereinbarungen zusammen, deren Gegenstand u.a. die Dauer einer Förder- und Behandlungseinheit ist. Ein Vergleich der Vereinbarungen zu den Leistungen ist allerdings nur mit großer Vorsicht möglich, weil hier jeweils unterschiedliche Leistungs-

bestandteile enthalten sind. So können bspw. Zeiten für die Verlauf- und Abschlussdiagnostik, für die Erstberatung, für Teamzeiten, für mobil-aufsuchende Leistungen sowie für Einzel- oder Gruppenleistungen in die zeitliche Berechnung einer Einheit einfließen, müssen es aber nicht.

Schließlich können Formen der Leistungsbegrenzung identifiziert werden, die allerdings nicht in allen untersuchten Regionen bestehen und zudem unterschiedlich ausgestaltet sind: So bestehen in zwei der untersuchten Regionen jährliche kindbezogene Leistungsobergrenzen für heilpädagogische Leistungen. Zum Teil haben diese Orientierungscharakter und es bedarf bei einer darüber hinausgehenden Beantragung von Leistungen einer gesonderten Prüfung. In zwei der untersuchten Regionen bestehen Gesamtobergrenzen in Form eines begrenzten Gesamtausgabenvolumens oder in Form einer jährlichen Bewilligungsobergrenze. Die Ausgabenobergrenze wird mit hohen Kostensteigerungen in den letzten Jahren begründet, die auf diese Weise gebremst werden sollte. Der Grund für die Bewilligungsobergrenze liegt in der faktisch bestehenden Obergrenze durch die abgeschlossenen Vereinbarungen mit den Interdisziplinären Frühförderstellen, worin auch die personellen Ausstattungen und damit die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen vereinbart sind.

5.6 Vergütung der Leistungen

Die Vergütung der Leistungen, beginnend mit der Frage, welche Leistungsbestandteile im Rahmen der Komplexleistung vergütet werden, ist ein zentrales Konfliktthema und wird in den Ländern und Regionen ausgesprochen unterschiedlich gehandhabt. In einigen Ländern wird die Komplexleistung Frühförderung bei bestehender Landesrahmenvereinbarung deshalb nicht umgesetzt, weil insbesondere die finanziellen Bedingungen aus Sicht der Leistungserbringer nicht ausreichend sind. Zentrale Konfliktthemen sind

- Teamzeiten, durch die die Interdisziplinäre Frühförderung sichergestellt wird. Hier reichen die Variationen der Vergütung von keiner bis hin zu ausreichender Höhe.
- Mobil-aufsuchende Frühförderung, die in der heilpädagogischen Frühförderung eine zentrale Rolle spielt und mit Fahrtzeiten in die aufgesuchten Häuser verbunden ist. Diese Form wird bei der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung je nach Modell (s.o.) in unterschiedlicher Intensität erbracht und finanziert.
- Das offene Beratungsangebot, das durch die Implementierung der Komplexleistung Frühförderung nicht gefährdet werden sollte. In den Ländern und Regionen wurden hierzu verschiedene Modelle entwickelt.

Feststellbar – und nicht verwunderlich – ist, dass eine zusätzliche Finanzierung z.B. seitens des Landes bezogen auf strittige Leistungen, die Konflikte zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern beseitigen oder zumindest deutlich mindern können. Hinzu kommen unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Bestandteile in welcher Höhe und in welcher Weise (als institutionelle Förderung, pauschal oder als Bestandteil der Förder-/Behandlungseinheit) vergütet werden sollen. Aufgrund der sehr verschiedenen Finanzierungsmodelle und Vergütungssystematiken sind die Vergütungssätze, die vor Ort bezahlt werden, nicht miteinander vergleichbar. Aus diesem

Grund werden an dieser Stelle keine generellen Vergleiche über die Höhe von Vergütungssätzen angestrebt. Vielmehr wird die Finanzierung einzelner Komponenten der Vergütung untersucht. Dabei wird auch der Frage einer auskömmlichen Finanzierung nachgegangen.

5.6.1 Vergütung der Fördereinheiten

Die implementierten unterschiedlichen Systematiken zur Vergütung hängen mit den Regeln der Finanzverantwortung (gemeinsame oder getrennte Kostenabrechnung), den rechtlichen Grundlagen (SGB XII, SGB V) sowie mit den spezifischen Regelungen vor Ort zusammen. So setzt sich bspw. die Vergütung der Interdisziplinären Frühförderstellen im Saarland aus Maßnahmepauschale, Grundpauschale und Investitionsbeitrag zusammen und die Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Rheinland-Pfalz sind Einrichtungen nach § 119 SGB V mit entsprechenden Abrechnungsmodalitäten.

Bei pauschaler Kostenteilung

Die Leistungen der Interdisziplinären Fördereinheiten können erstens sämtlich in der Fördereinheit kalkuliert werden, wie bspw. in Nordrhein-Westfalen, sofern eine Vereinbarung zur Komplexleistung abgeschlossen wird. Im Saarland werden ebenfalls umfassende Fördereinheiten kalkuliert, wobei hier allerdings einige Leistungen, wie z.B. die offene Erstberatung im Rahmen der Grundpauschale abgedeckt werden und somit nicht in die Kalkulation der Fördereinheiten (Maßnahmepauschale) einfließen.

Zur Höhe der Vergütung für die Fördereinheit wird aus Sicht der Leistungserbringer einer Region angemerkt, dass die kürzlich erneut abgeschlossenen Vereinbarungen eine Verschlechterung darstellten.

Bei getrennter Kalkulation

Sofern heilpädagogische/psychologische und medizinisch-therapeutische Leistungen getrennt kalkuliert werden, werden in den untersuchten Regionen die heilpädagogischen/psychologischen Leistungen umfassend in Fördereinheiten kalkuliert. Die mobil-aufsuchende Förderung wird dabei entweder zeitlich in die Fördereinheit hineinkalkuliert oder es wird ein Aufschlag bei mobil-aufsuchender Förderung gezahlt. So verdoppelt sich bei aufsuchender Förderung der Zeitwert einer Fördereinheit in einer Region, in der mobil-aufsuchende Förderung allerdings die Ausnahme darstellt.

Die Höhe der Vergütung ist in zwei der Regionen zwischen den Vereinbarungspartnern kein strittiges Thema. In einer dritten strebt der Sozialhilfeträger derzeit eine erhebliche Verkürzung des zeitlichen Umfangs einer Fördereinheit an, was aus Sicht des Leistungserbringers zu Lasten der mobil-aufsuchenden Frühförderung sowie der Zeiten für den Kindkontakt gehen werde.

Medizinisch-therapeutische Leistungen

Die Vergütung der medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung ist in den beiden Regionen, in denen Komplexleistung getrennt abgerechnet wird, kritisch zu bewerten. So können aus Sicht des Zentrums für Sozialpädiatrie und Frühförderung im Rahmen der Komplexleistung je Therapeut/in täglich 6 Behandlungen

gen durchgeführt werden. Die Krankenkassen gingen in ihrer Kalkulation der landesweit einheitlich berechneten (und vereinbarten) Pauschalen für diese Leistung von 10 Behandlungseinheiten aus. Damit sind die medizinisch-therapeutischen Leistungen seitens der Krankenkassen aus Sicht der Leistungserbringer nicht auskömmlich finanziert. Das Land Rheinland-Pfalz folgt dieser Argumentation und finanziert die entstehende Lücke aus Landesmitteln in Höhe von insgesamt rd. 0,5 Mio. Euro für alle Zentren in Rheinland-Pfalz jährlich.

Auch im Rahmen der Komplexleistung werden in einer Region die medizinisch-therapeutischen Leistungen von den niedergelassenen therapeutischen Praxen mit den Krankenkassen abgerechnet, und zwar nach der Heilmittelverordnung. Diese Praxis hat zur Folge, dass den niedergelassenen Therapeuten/innen keine zeitlichen Ressourcen für einen interdisziplinären Austausch zur Verfügung stehen.

Aus Sicht aller Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen, einschließlich des Landes besteht hier Handlungsbedarf. Zur Erläuterung: Sachsen hat bereits im Jahr 2004 eine Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung abgeschlossen. Es habe dabei große Unsicherheiten gegeben, die schließlich dazu führten, dass sich mit der Umsetzung der Komplexleistung mit Ausnahme der hierfür implementierten Diagnostik im Leistungsgeschehen und in den Vergütungsstrukturen nichts ändern sollte (in Sachsen sind auch die Vergütungssätze für heilpädagogische Leistungen unabhängig davon, ob sie singulär oder im Komplex erbracht werden, gleich hoch). Von Seiten der Krankenkassen wurde ein hohes Interesse signalisiert, diese Situation zu verändern und seitens des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz werden im Lauf des Jahres 2012 Verhandlungen hierzu angestrebt.

5.6.2 Vergütung der Diagnostik

Die Interdisziplinäre Diagnostik ist integraler Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung. Für die Finanzierung sind laut FrühV die Krankenkassen zuständig. Dass die Diagnostik finanziert wird, steht außer Frage. Unterschiede gibt es allerdings bei den Komponenten der vergüteten Leistungen sowie in der Höhe der Vergütung. Ein Unterschied besteht darin, dass entweder alle Bestandteile der Diagnostik – ärztlich, medizinisch-therapeutisch, heilpädagogisch, psychologisch – als eine Einheit erbracht und finanziert werden oder dass ein Teil der Diagnostik – dies ist dann zumeist die ärztliche Diagnostik – separat erbracht und auch finanziert wird (s. Abschnitt 5.5.1).

Interdisziplinäre Diagnostik als Einheit

Sofern alle Bestandteile der Interdisziplinären Diagnostik als Einheit erbracht werden, können sich die Vergütungsmodalitäten weiterhin verschieden gestalten, indem bspw. für die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ein einmaliger oder für jede Diagnostik ein separater Betrag gezahlt wird. Oder die Eingangsdiagnostik wird separat vergütet, während Verlaufs- und Abschlussdiagnostik Bestandteil der Förderpauschale sind.

So wird bspw. im Saarland ein einmaliger Betrag für die Interdisziplinäre Diagnostik im umfassenden Sinne gezahlt, wobei Vergütungssätze in unterschiedlicher Höhe für Kinder von 0 bis 3 Jahren und Kinder ab 3 Jahren gezahlt werden: Für 0- bis 3-Jährige werden für Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik insgesamt 14 Stunden mit

einem Satz in Höhe von 607 Euro und für die 3- bis 6-Jährigen 17 Stunden mit einem Satz in Höhe von 739 Euro veranschlagt.

Bei einem anderen Kalkulationsmodell werden Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik separat vergütet, die Eingangsdiagnostik derzeit mit 450 Euro (10 Stunden), die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik mit je 250 Euro (5,5 Stunden).

Die Vergütungsregelungen beider Modelle werden von den befragten Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern als gut praktikabel und ausreichend beurteilt.

Interdisziplinäre Diagnostik mit separaten Komponenten

Bei separat durchgeführter ärztlicher Diagnostik durch niedergelassene Ärzte werden in einem weiteren Kalkulationsmodell für die anderen Bestandteile der Diagnostik landesweit einheitlich 4,5 Stunden für die Eingangsdiagnostik mit einem Vergütungssatz in Höhe von 142 Euro und für Verlaufs- und Abschlussdiagnostik je 1,5 Stunden mit einem Vergütungssatz in Höhe von 47 Euro veranschlagt.

Diese Vergütung sei aus Sicht der Leistungserbringer nicht auskömmlich, zumal hierin auch die Zeiten für die Abstimmung mit dem ärztlichen System enthalten seien. Die Pauschale für die Eingangsdiagnostik müsste mindesten 6 bis 7 Stunden betragen. Die Krankenkassen, die die Diagnostikleistungen vollständig finanzieren, äußerten sich zu dieser Frage nicht. Aus ihrer Sicht sollte die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung nach fünf Jahren Laufzeit gänzlich neu überdacht werden.

Interdisziplinäre Diagnostik in Einrichtungen nach SGB V

Die Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Rheinland-Pfalz sind Einrichtungen nach § 119 SGB V. Die Vergütung der Eingangsdiagnostik erfolgt dort entsprechend nach § 43a SGB V und wird mit rund 400 Euro vergütet.

5.6.3 Vergütung der offenen Erstberatung

Die Erstberatung wird entweder sichergestellt, indem sie in Interdisziplinären Frühförderstellen erbracht und dort vollständig finanziert wird. Diesen Weg beschreitet bspw. das Saarland, wo die Erstberatung Bestandteil der Grundpauschale ist.

Eine andere Möglichkeit der Sicherstellung eines niedrigschwelligen Angebots besteht darin, den offenen Zugang in das System der frühen Hilfen zu integrieren.

Schließlich wurde eine fehlende Vergütung der offenen Erstberatung explizit von den Leistungserbringern in zwei Regionen angesprochen:

Aufgrund der besonderen, recht hochschwelligten Struktur in Rheinland-Pfalz besteht im Rahmen des Angebots von Komplexleistung keine ausgebaute Beratungsstruktur, diese ist eher im Bereich der frühen Hilfen angesiedelt. Für die Implementierung einer solchen Struktur sollen zwischen den Trägern der freien Wohlfahrt und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Gespräche aufgenommen werden.

Das Land Sachsen beteiligt sich seit dem 01.01.2010 nicht mehr an der Finanzierung von Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung und Frühförderung, was insbesondere auch die Eingangsberatung betrifft. Die Finanzierung dieser Leistungen sei deshalb derzeit nicht flächendeckend gesichert.

5.7 Versorgungssituation

5.7.1 Feststellung einer (drohenden) Behinderung

Dem unterschiedlichen Leistungsgeschehen in den untersuchten Regionen folgend wurden auch verschiedene Methoden sichtbar, die zur Feststellung einer Behinderung bzw. einer drohenden Behinderung verwendet werden.

So verwenden alle befragten Einrichtungen im Rahmen der Diagnostik standardisierte Testverfahren. Diese sind bspw. der Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre (ET 6-6), die Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MET), der Wiener Entwicklungstest (WET), die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), der Snijders-Oomen non-verbale Intelligenztest für Kinder von 2,5 bis 7 Jahre (SONR 2,5 -7) und die Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). Mit diesen Verfahren werden Entwicklungsverzögerungen als eine Abweichung um ein bestimmtes Ausmaß von der alterstypischen Entwicklung abgebildet.

Das Konzept der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geht einen Schritt weiter und bezieht die Auswirkung einer Funktionsstörung auf die Teilhabe explizit in seine Systematik ein.⁷⁵ An das ICF-Konzept angelehnte Verfahren werden in zwei der untersuchten Regionen in die Diagnostik einbezogen (Trier/Trier-Saarburg und Dortmund), wobei in einem Fall die Teilhabe das entscheidende Kriterium zur Bewilligung von Komplexleistung ist. So wird in Dortmund die Komplexleistung als ein zusätzliches Leistungsangebot definiert, das neben singulären heilpädagogischen Maßnahmen und additiven Leistungen von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erbracht wird. Komplexleistung als Rehabilitationsleistung nach SGB IX wird dann gewährt, wenn das Teilhabeziel gefährdet ist, sofern Komplexleistung nicht erbracht wird.

In der praktischen Arbeit steht es nach Aussage der Leistungserbringer sowie des Gesundheitsamtes so gut wie nie in Frage, wenn ein Kind nach fachlicher Einschätzung (Ergebnis von standardisierten Tests) heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen benötigt. Damit sei aber noch nicht klar, dass dieses Kind auch Komplexleistung benötige, denn hierfür muss eine Gefährdung der Teilhabe vorliegen. Dies sei bei Kindern von 0 bis 3 Jahren immer der Fall, bei den älteren Kindern muss dies nachgewiesen werden. Nach Aussagen von Leistungserbringern sei dieser Nachweis nicht immer einfach. Insgesamt wird jedoch sowohl seitens der Leistungserbringer als auch seitens der Leistungsträger die Anlehnung an das ICF-Konzept ausgesprochen positiv bewertet, wobei insbesondere die konsequente Denkrichtung auf die Teilhabe benannt wird.

Ein solch differenziertes Verfahren zur Feststellung, ob ein Bedarf an Komplexleistung vorliegt, gibt es in den anderen untersuchten Regionen nicht: In den Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung wird Komplexleistung zwar erbracht, aber in dem Sinne nicht bewilligt (s.o. getrenntes Bewilligungsverfahren beider Leistungskomponenten). Hier ist die gängige Praxis zur Einschätzung von Behinderung und drohender Behinde-

⁷⁵ Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (ICF-CY) liegt in deutscher Sprache seit Herbst 2011 vor.

rung und die hierfür verwendeten Testverfahren von keiner Seite ein Diskussionspunkt. Die verwendeten Testverfahren sowie die Ergebnisse zur Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder droht, werden in zwei weiteren Kreisen ebenfalls von keiner Seite negativ beurteilt.

Kritisch sehen dagegen die Rehabilitationsträger im Saarland die derzeitige Praxis mit der Verwendung zahlreicher unterschiedlicher Testverfahren. Hier wird insbesondere von den Krankenkassen eine treffsichere Definition zur Feststellung von singulärem Bedarf oder von Komplexleistung gefordert. Von Seiten des Landesamtes für Soziales als überörtlichem Sozialhilfeträger wird die Vielzahl der verwendeten Testverfahren bemängelt, was der Vergleichbarkeit abträglich sei. Zielführend sei hier die flächendeckende Einführung der ICF-Klassifikation, was mit der nun vorliegenden Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) möglich sei.

5.7.2 Kinder mit Frühförderbedarf

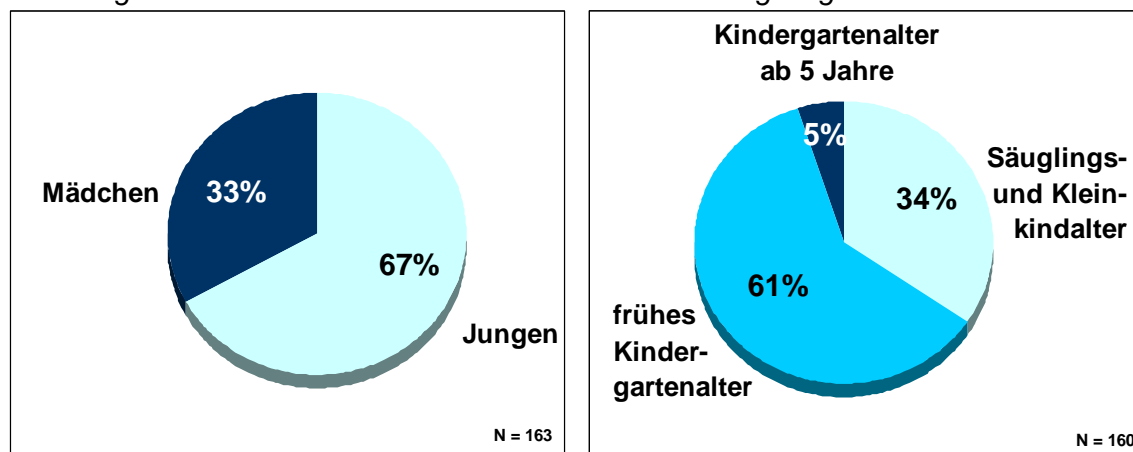
Alter der Kinder bei Förderbeginn

Kinder mit Frühförderbedarf sollten möglichst frühzeitig entsprechende Leistungen erhalten. Als besonders dramatisch wird dabei beschrieben, wenn die Kinder erst kurz vor der Einschulung in die Frühförderung kommen. Da die Leistung der Frühförderung mit der Einschulung endet, bleibt in diesen Fällen nur noch wenig Zeit für eine Förderung.

Nach den Aussagen der Frühförderer/innen in allen Regionen ist das frühe Kindergartenalter von besonderer Bedeutung. Dies liege zum einen daran, dass sich Auffälligkeiten bzw. Störungen im Verhalten, in der Sprache etc. in diesem Alter, aber auch in Gruppenkonstellationen eher zeigten. Es liege aber auch daran, dass die Erzieherinnen in den Kindertageseinrichtungen einen guten Überblick über die altersgemäße Entwicklung haben. Sie nehmen entsprechend neben dem ärztlichen System eine entscheidende Schlüsselstellung bei der Zuweisung ein.

Diese Aussagen werden durch die Ergebnisse der kindbezogenen Fallanalyse gestützt, bei der zufällig ausgewählte Akten von Kindern mit Komplexleistungsbedarf in höherem Kindergartenalter ausgewertet wurden. Wie die folgenden Abbildungen zeigen, sind in der Stichprobe zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen vertreten, was exakt der Geschlechterverteilung der „Frühförderkinder“ auf Bundesebene entspricht (vgl. Abschnitt 3.1.3). Bei 34% der Kinder wurde mit Leistungen der Frühförderung im Säuglings- bzw. Kleinkindalter begonnen, bei 61% der Kinder im frühen Kindergartenalter; 5% der Kinder kamen recht spät im Kindergartenalter ab 5 Jahre.

Abbildung 3: Geschlecht der Kinder und Alter bei Leistungsbeginn



Quelle: Kindbezogene Analyse in fünf Regionen

In Sachsen werden landesweit Reihenuntersuchungen im frühen Kindergartenalter durch das Gesundheitsamt mit dem Ziel eines möglichst frühzeitigen Hilfebeginns angestrebt. Diese können freiwillig wahrgenommen werden und werden neben anderen auch im Kreis Meißen umgesetzt, was von allen Seiten dort positiv bewertet wird. Nach Ansicht von Frühförderinnen sollte allerdings die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgehoben werden.

Sofern Kinder erst spät in die Frühförderung kommen, liege dies an zum Teil spät überweisenden Ärzten („das verwächst sich noch“), einer teilweise späten Beratung durch die Kindertageseinrichtung sowie an Eltern, die trotz einer dahingehenden Beratung die Frühförderung nicht aufsuchen, weil sie die Notwendigkeit nicht verstehen oder nicht wahrhaben wollen.

So berichteten Erzieherinnen in Kindertageseinrichtungen, dass die Feststellung einer Entwicklungsverzögerung sehr schnell gehen könne, sich teilweise aber auch erst im Zeitverlauf (häufig wurden 6 Monate) so deutlich herausstelle, dass Handlungsbedarf bestehe.

Aus diesem Grund sei eine gute Zusammenarbeit zwischen Frühförderung und den Kindertageseinrichtungen von hoher Bedeutung. Dabei wurde neben der Zusammenarbeit mit den Kitas sowie mit den niedergelassenen Ärzten insbesondere auch die Zusammenarbeit mit Geburtskliniken angesprochen. Schließlich wurde in diesem Zusammenhang auf den Ausbau der Betreuung der unter 3-Jährigen hingewiesen, mit dem ein (noch) frühzeitigeres Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten einhergehen könnte.

Entwicklungsverzögerungen / Behinderungen

Die Klientel der Kinder, die Frühförderung benötigen, hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Diese Aussage wird von nahezu allen Interviewpartner/innen im Rahmen der Untersuchung – unabhängig von Region und Funktion – bestätigt. Im Fokus steht dabei die Tendenz von weniger Kindern mit manifesten Behinderungen und mehr Kindern mit unspezifischen Diagnosen.

Nach den Ergebnissen der kindbezogenen Fallanalyse wurde bei über drei Vierteln der Kinder mit Komplexleistungsbedarf eine allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. kombinierte Entwicklungsstörung diagnostiziert. Knapp die Hälfte der Kinder hat (zusätzlich) Verhaltensauffälligkeiten bzw. Störungen (sozio-emotionale Störungen, ADHS etc.). Im Vergleich dazu wurden bei einem Drittel der Kinder physische Krankheiten bzw. Anomalien oder Chromosomenanomalien diagnostiziert. Als Gründe für diese Tendenz wurden insbesondere folgende benannt:

- *Medizinischer Fortschritt / bessere Kenntnis:* Diese führen zu verbesserten Überlebenschancen auch von sehr frühen Frühgeborenen. Insbesondere frühe Frühchen, auch wenn sie die schwierige Anfangsphase augenscheinlich unbeschadet überstanden haben, sind überdurchschnittlich häufig entwicklungsverzögert und zeigen eher unspezifische Entwicklungsauffälligkeiten. Durch neue/ andere Diagnoseverfahren werden insbesondere sozio-emotionale Auffälligkeiten frühzeitiger und besser erkannt.
- *Soziale / gesellschaftliche Veränderungen:* Familiäre Stressfaktoren haben zugenommen. Hierzu gehören nach den Aussagen der Interviewpartner/innen insbesondere fehlende soziale Netzwerke bzw. familiäre Unterstützungssysteme, unsichere Arbeitsbedingungen bzw. finanzielle Unsicherheiten. Hinzu komme, auch als Folge der fehlenden sozialen Strukturen, eine zunehmende Erziehungsüberforderung sowie Erziehungsunsicherheit der Eltern.
- *Familiäres System:* Schließlich nehmen gesamtgesellschaftlich psychische Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen zu. Hiervon sind Eltern nicht ausgenommen, so dass ein steigender Anteil von Frühförderkindern mit psychisch kranken bzw. suchtkranken Eltern zu verzeichnen sei.
- *Medienkonsum / neue Medien:* Zahlreiche Kinder seien einer medialen Überforderung einhergehend mit einer Reizüberflutung ausgesetzt. Dies kann zu vielfältigen Störungen führen, die insbesondere in Konzentrationsschwäche, fehlender Aufnahmefähigkeit, Entwicklungsverzögerungen in der Sprache etc. zum Ausdruck komme.

Mit Ausnahme des ersten der genannten Argumente sind alle weiteren gesellschaftlich bzw. im sozialen Umfeld begründet. Dem entsprechen auch Aussagen aus drei Regionen, wonach weit über die Hälfte der Kinder mit Frühförderbedarf ein sozial schwieriges Umfeld haben. Schätzungen hierzu liegen zwischen 60% und 80% aller Frühförderkinder bzw. der Kinder, die Komplexleistung erhalten.

5.7.3 Interdisziplinäre Frühförderung im erweiterten Sinn

Aufgrund der sich verändernden Erscheinungsformen von Behinderungen und drohenden Behinderungen mit zunehmend unspezifischen Störungen, die insbesondere auch auf das soziale Umfeld dieser Kinder zurückzuführen sind, stellt sich im Bereich der Frühförderung generell die Frage nach einer engen Zusammenarbeit mit den Jugendhilfeträgern.

Auf der praktischen Arbeitsebene ist es die Mindestanforderung, dass die Frühförderer wissen, ob die betreffende Familie auch Leistungen des Jugendamtes nach SGB VIII erhält. In diesen Fällen würden Abstimmungen bezogen auf die Beratung der Familien

möglich, um mindestens keine widersprüchlichen Informationen in die – ohnehin belasteten – Familien zu geben. Im besten Fall können die Angebote ergänzend wirken.

In den untersuchten Regionen, in denen die Frühförderung vollständig in Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers liegt, gestaltet sich die Zusammenarbeit sehr unterschiedlich, folgende Varianten wurden vorgefunden:

- Die Zusammenarbeit wird dem Zufall persönlicher Kontakte auf der Arbeitsebene überlassen. Bei dieser Konstellation wissen die Frühförderer/innen zum Teil nicht, ob auch Hilfen nach SGB VIII installiert sind.
- Sie hängt von der Bereitschaft zur Mitwirkung seitens der Jugendämter ab. Hier gibt es regionale Unterschiede, weshalb eine klare Regelung hilfreich wäre. Diese diene auch der Absicherung der Mitarbeiter/innen sowie der Transparenz für die Eltern.
- Auf kommunaler Ebene bestehen Absprachen bzw. eine Vereinbarung über Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdung.
- Die Frühförderstellen verpflichten sich den Vorgaben des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII.

In der Region mit zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe geteilter Verantwortung hat das Jugendamt die Fallführung übernommen. Diese wird von den Mitarbeitern/innen des sozialen Dienstes des Jugendamtes ausgeführt, wobei die Fallzuordnung nach denselben Kriterien erfolgt wie bei der Jugendhilfe. Durch diese Organisation ist bekannt, welche Leistungen in den Familien erbracht werden.

Den Anteil der „Frühförderkinder“, deren Familien zugleich Leistungen der erzieherischen Hilfen erhalten, kann nur bei gemeinsamer Fallführung errechnet werden und liegt nach Berechnungen eines der befragten Jugendämter bei 25%.

5.7.4 Bewertung der Versorgungssituation

Bei der Bewertung der Versorgungssituation können Anhaltspunkte für mögliche Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme, wie z.B. Wartezeiten, herangezogen werden. Vornehmlich beruht sie jedoch auf Einschätzungen der mit der Frühförderung befassten Akteure sowie der Eltern von Kindern mit Frühförderbedarf. Schließlich kann die Größenordnung einer gänzlich fehlenden Versorgung abgeschätzt werden.

Wartezeiten

Wenn bei einem Kind Anhaltspunkte für eine Entwicklungsverzögerung bestehen, so dass eine Behinderung droht, sollte schnellstmöglich eine Diagnostik eingeleitet werden und bei Feststellung eines Förderbedarfs möglichst zeitnah mit der Förderung begonnen werden. Wartezeiten sind für die betroffene Familie sehr belastend und je nach Alter des Kindes können Wartezeiten zu einem zu kurzen Förderzeitraum bis zur Einschulung führen.

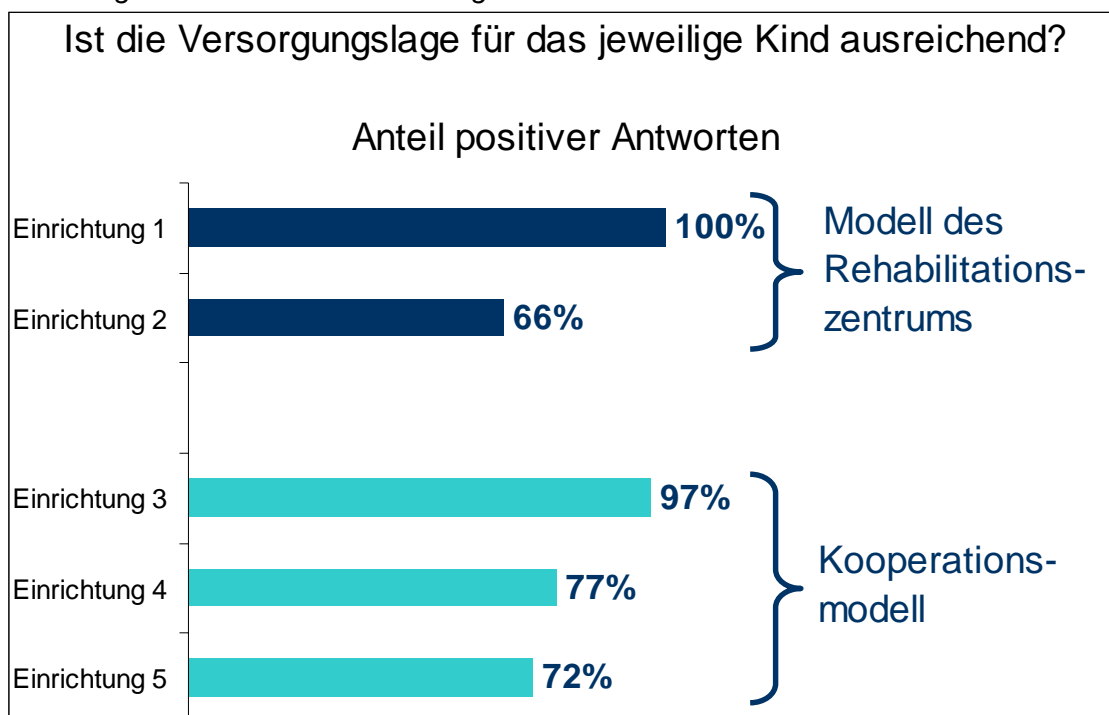
Aus Sicht der Leistungserbringer gibt oder gab es in zwei der untersuchten Regionen Probleme aufgrund von Wartezeiten. In einem Fall wurde von Personalengpässen aufgrund fehlender Fachärzte/Fachärztinnen im ländlichen Raum berichtet. Aufgrund dieses Umstandes wurde die ärztliche Diagnostik zu einem Engpass.

Neben fehlendem Fachpersonal führen enge personenbezogene Obergrenzen bei der Leistungsbewilligung insbesondere gegen Ende des Jahres zu Wartezeiten. Die Konsequenz dieser Praxis wurde seitens des zuständigen Sozialhilfeträgers bestätigt.

Ausreichende und passgenaue Hilfen

Im Rahmen der durchgeführten Falldokumentation wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, ob die bewilligten Leistungen für das jeweilige Kind ausreichend sind. Dies wurde in 82% der insgesamt 163 Fälle positiv bestätigt. Die Varianz der positiven Antworten lag dabei zwischen 66% und 100%, wobei kein Zusammenhang zur vorliegenden Struktur der Leistungserbringung festgestellt werden konnte.

Abbildung 4: *Ausreichende Leistungen für die Kinder*



Quelle: Kindbezogene Analyse in fünf Regionen (n=152)

Bei einer aus Sicht der Einrichtungen nicht ausreichenden Leistung wurden vornehmlich weitere Leistungen benannt, die benötigt werden. Dabei wurden zum einen konkret auf das Kind bezogene weitere Therapien und zum anderen Hilfen für die Familie benannt. Letztere reichen von Erziehungsberatung bis hin zu sozialpädagogischer Familienhilfe.

Eine positive Beantwortung der Frage, ob die Kinder die Leistungen erhalten, die sie benötigten, hängt sowohl bei den Leistungserbringern als auch den Rehabilitationsträgern insbesondere von der Transparenz im Bewilligungsverfahren ab.

Dort, wo bei einem weiten Leistungsspektrum gemeinsame Kriterien für den Zugang zu den jeweiligen Leistungen mit klaren Regelungen entwickelt wurden, besteht vollständige Einigkeit seitens der Leistungserbringer und beider zuständigen Rehabilitationsträger darüber, dass die Kinder sehr gut – im Sinne von optimal – versorgt seien. In al-

len anderen Fällen wird entweder eine mögliche Über- oder Fehlversorgung oder eine drohende oder bestehende Unterversorgung befürchtet.

Eine mögliche Überversorgung oder Fehlversorgung können die öffentlichen Leistungsträger zumindest nicht ausschließen, bei denen es keine einheitlichen Standards gibt, die erst spät im Bewilligungsprozess involviert sind und die gleichzeitig nicht über die fachliche Kompetenz verfügen, einen erstellten Förder- und Behandlungsplan in Verbindung mit den Diagnoseergebnissen inhaltlich zu hinterfragen. Die Folge sind hohe Bewilligungsquoten bei gleichzeitiger Unsicherheit über die Notwendigkeit der bewilligten Leistungen.

Bezogen auf die Fehlversorgung stellt sich die Frage nach der Verordnungspraxis durch die niedergelassenen Ärzte. Hier besteht zumindest der Verdacht, dass die Budgetierung der Heilmittel zu einer vermehrten Verordnung der Komplexleistung führe, da diese nicht der Budgetierung unterliegt. In Verbindung mit den oben genannten Schwierigkeiten im Verfahren gehe diese Verordnungspraxis zu Lasten der Sozialhilfeträger. Ein recht restriktives Verhalten der Ärzte bezogen auf die Verordnung von Heilmitteln konstatieren dagegen niedergelassene Therapeuten.

Eine Fehlversorgung in dem Sinne, dass zu häufig Komplexleistung mit heilpädagogischen Maßnahmen in Verbindung mit Logopädie bewilligt würde, sieht zumindest eine Krankenkasse, die keine eigene Steuerungskompetenz hat.

Eine zukünftige Versorgungsverschlechterung wird aufgrund einer generellen Änderung des Zugangsweges, nämlich über das Gesundheitsamt, seitens der Leistungserbringer befürchtet. Die Argumentation geht dahin, dass insbesondere die Kinder aus schwierigen Verhältnissen durch dieses geänderte Verfahren nicht mehr erreicht werden können. Der zuständige Sozialhilfeträger konnte diese Befürchtung zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der kurzen Dauer seit der Einführung nicht bestätigen. Durch begleitende Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit sei eine Niedrigschwelligkeit des Angebots auch weiterhin angestrebt.

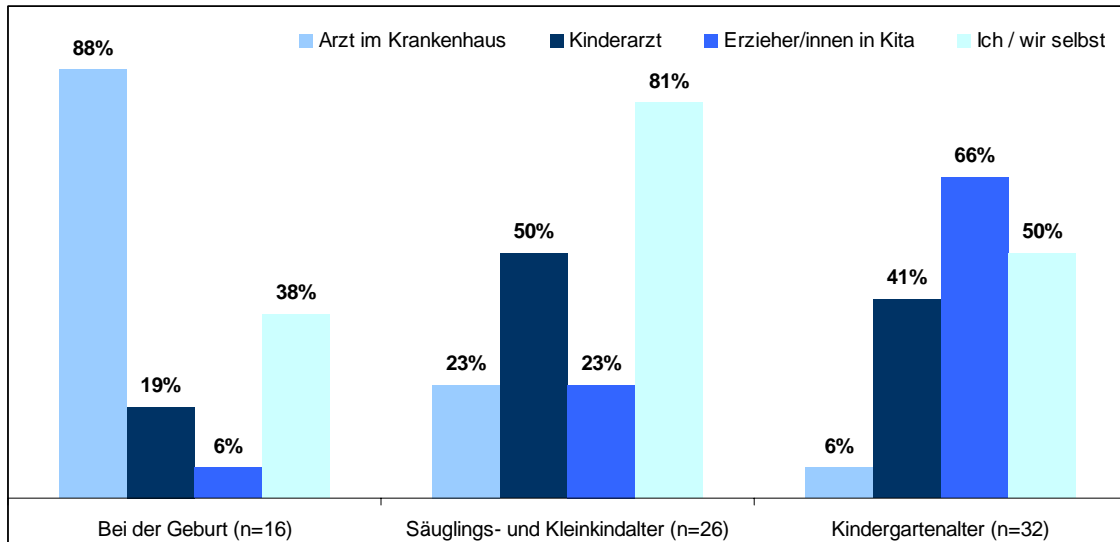
Sicht der Eltern

Die folgenden Ergebnisse basieren auf der schriftlichen Befragung von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurde, hieran beteiligten sich insgesamt 78 Eltern. Zusätzlich werden Ergebnisse von Elternbefragungen, die vor Ort regelmäßig durchgeführt werden und uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden, einbezogen.

Die Schlüsselstellung des ärztlichen Systems mit Kinderkrankenhäusern, Sozialpädiatrischen Zentren sowie den niedergelassenen Fachärzten/innen für Kinderheilkunde bezogen auf das Erkennen einer Entwicklungsverzögerung wird von den Eltern (aller vorliegenden Befragungen) bestätigt. Dies gilt in besonderem Maß für Säuglinge und Kleinkinder. Die Bedeutung der Professionen als Wegweiser im System der Frühförderung verschiebt sich dabei mit dem Alter der Kinder: Sofern eine Behinderung bei der Geburt festgestellt wird, sind hieran in der Regel Ärzte im Krankenhaus und / oder niedergelassene Ärzte beteiligt. Sofern eine Behinderung oder Entwicklungsverzögerung zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wird, sind im Säuglings- und Kleinkindalter neben den Eltern selbst insbesondere die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (50%) von hoher Bedeutung. Im Kindergartenalter sind es schließlich

die Erzieher/innen in den Kindergärten und Kindertagesstätten, die eine Entwicklungsauffälligkeit feststellen. Im Rahmen der vorliegenden Befragung war dies bei zwei Dritteln der Kinder der Fall.

Abbildung 5: Entdeckende Profession nach Zeitpunkt des Entdeckens der Behinderung / Entwicklungsverzögerung

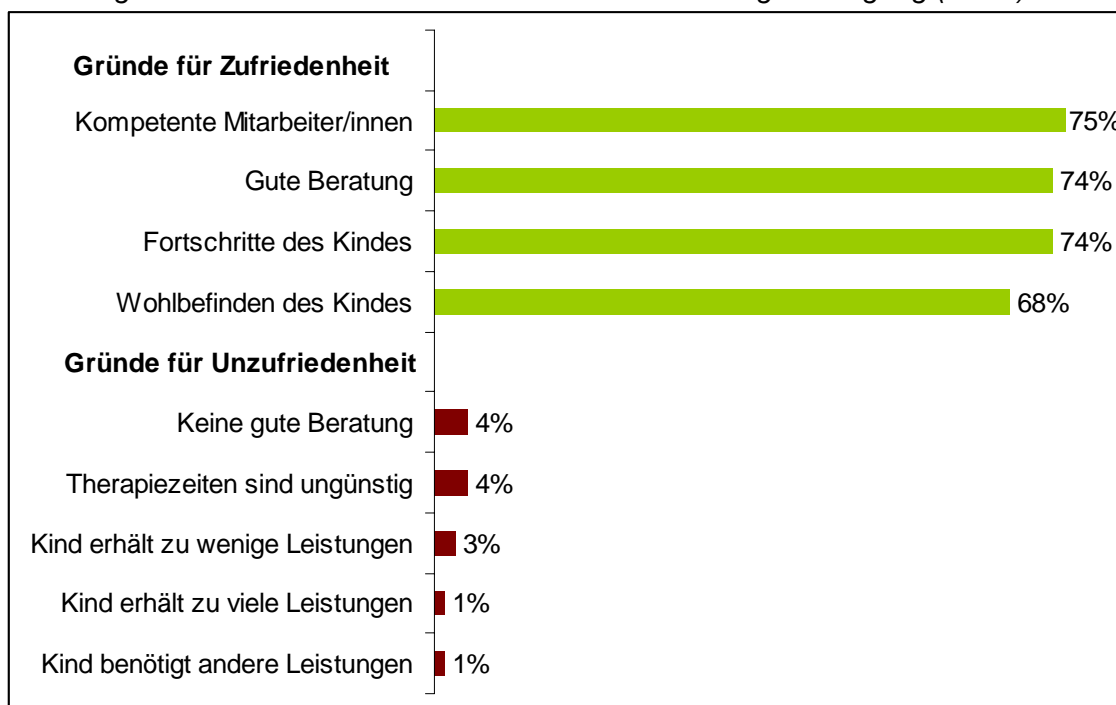


Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern / Erziehungsberechtigten in fünf Regionen

Die Eltern beurteilen die Leistungen, die sie und ihr Kind durch die Frühförderung erhalten, weit überwiegend (97%) positiv – und dies ebenfalls unabhängig von der Versorgungsstruktur in den untersuchten Regionen. Ausschlaggebende Faktoren für die positive Beurteilung sind das Wohlbefinden des Kindes bzw. die Fortschritte, die es macht, die Kompetenz der Frühförderer/innen bzw. Therapeuten/innen sowie die Beratung der Eltern bzw. ihre Beteiligung am Fördergeschehen. Auch die vorliegenden weiteren Befragungen zeigen ein sehr positives Bild, wobei ein enger Zusammenhang mit der Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter/innen besteht.

Kritikpunkte benannten mit gut 10% verhältnismäßig wenige Eltern. Die Kritikpunkte betreffen den Beratungsprozess, Art und Umfang der bewilligten Leistungen sowie eine schwierige Vereinbarkeit der Therapiezeiten mit der Tagesplanung.

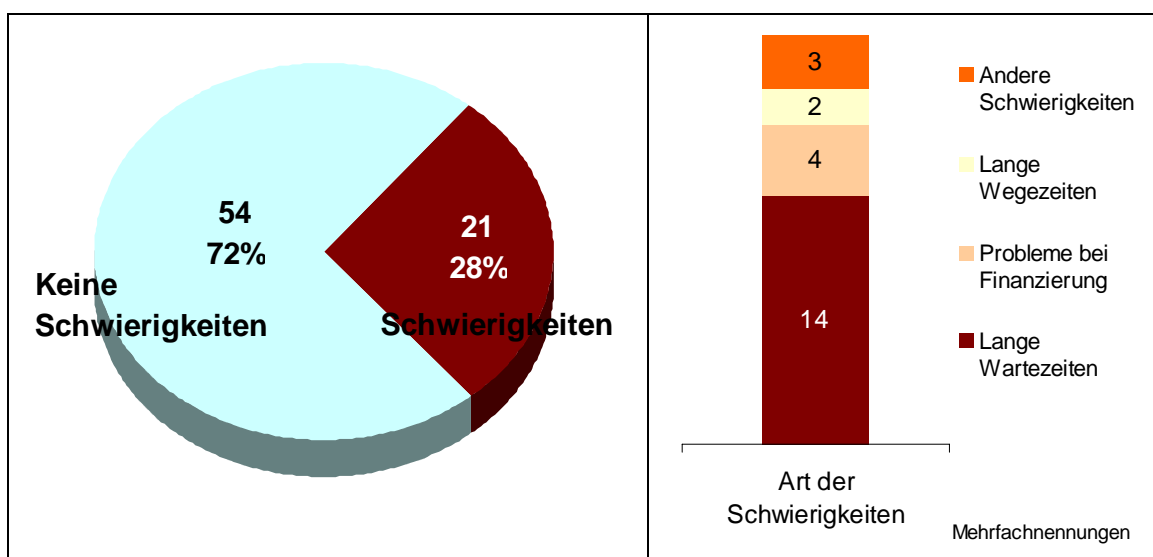
Abbildung 6: Gründe für die Zufriedenheit mit der Leistungserbringung (N=78)



Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern / Erziehungsberechtigten in fünf Regionen

Weitere Schwierigkeiten, die weniger das konkrete Leistungsgeschehen, sondern eher die strukturellen Rahmenbedingungen betreffen, nannten dagegen etwa 28% der befragten Eltern, wobei insbesondere lange Wartezeiten genannt wurden. So gaben 14 Eltern (18% aller Befragten) an, Schwierigkeiten mit Wartezeiten gehabt zu haben. Diese Aussage verdeutlicht insbesondere die Brisanz von Wartezeiten für die betroffenen Familien. So werden aus professioneller Sicht bereits verhältnismäßig kurze Wartezeiten als sehr belastend empfunden und sind damit problematisch.

Abbildung 7: Schwierigkeiten bei der Versorgung des Kindes und Art der Schwierigkeit



Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern / Erziehungsberechtigten in fünf Regionen

Dabei zeigte sich ein Nachteil von Hilfeplangesprächen, denn insbesondere hier wurden mehrfach lange Verfahrenszeiten angemerkt. In einem geschilderten Fall dauerte der Bewilligungsprozess ein Jahr.

„Leider konnte aufgrund der langen Wartezeit (ein Jahr ab Antragstellung!!) nicht schon früher mit der Förderung begonnen werden.“

Dies ist zwar nicht die Regel, aber dennoch nicht tragbar.

Probleme bei der Finanzierung betreffen insbesondere Familien, die privat versichert sind, oder sofern spezielle Formen der Therapie oder Förderung gewünscht werden.

Lange Wegezeiten können dann ein Problem darstellen, wenn die Frühförderung ambulant in der Einrichtung erbracht wird und die Anbindungen ungünstig sind.

Weitere Veränderungen, die aus Sicht der Eltern mit Blick auf die Förderung des Kindes wünschenswert wären, zeigen einen hohen Informationsbedarf seitens der Eltern.

„Es wäre schön, wenn es für Eltern mit behinderten Kindern mehr Beratungsmöglichkeiten gäbe. Da der Alltag mit kranken Kindern eh schon sehr anstrengend ist, fällt es mir oft schwer, mich auch noch über Hilfsangebote usw. zu informieren, u.a. weiß ich gar nicht, wo ich mich überhaupt informieren kann. Die Jugendämter sind dabei keine große Hilfe!!!“

Ein weiterer zentraler Punkt, der mehrfach benannt wurde, betrifft das Bildungssystem, wobei hier zum einen auf die Möglichkeiten des gemeinsamen Lernens in den Kindertageseinrichtungen abgestellt wird:

„Insgesamt halte ich mehr von einer guten Umgebung des Lernens, z.B. im Kindergarten. Das heißt mehr Erzieher, kleinere Gruppen, Weiterbildungszugang für Erzieher, ...“

Und zum anderen sorgen sich Eltern um die Weiterentwicklung bei Schuleintritt, wobei hier insbesondere auch das derzeitige Schulsystem kritisiert wird und auch Beratungsbedarf deutlich wird.

„Für die Zukunft wünsche ich meinem Kind kleinere Schulklassen. Im Verband mit 18-20 Schülern könnte ich der Einschulung gelassen entgegensehen. Da die Realität jedoch anders aussieht (Grundschule wohnortnah 28 Erstklässler), suchen wir jetzt schon Alternativen. Da wäre eine kompetente Unterstützung und Beratung wünschenswert.“

„Eltern von behinderten Kindern sollten in Bezug auf die weitere schulische Ausbildung von Fachleuten sehr gut beraten werden.“

Nicht erreichte Kinder

Von besonderem Interesse sind schließlich die Kinder, die trotz eines Förderbedarfs nicht erreicht werden konnten. Eine Annäherung an die Größenordnung hierzu können die Gesundheitsämter geben, denn ihre Ärztinnen und Ärzte untersuchen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung alle Kinder kurz vor der Einschulung. Die Gesundheitsämter in allen fünf Regionen wurden hierzu befragt mit einem recht einheitlichen Ergebnis: Der Anteil der Kinder, die trotz eines Förderbedarfs nicht erreicht werden, liege unter 5% aller Kinder eines Jahrgangs und sei tendenziell eher abnehmend. Gründe dafür seien insbesondere Öffentlichkeitsarbeit und Beratung, verbesserte Netzwerke sowie aufgebaute Präventionsketten.

6 Ergebnisse im Überblick

6.1 Inhaltliche Zusammenfassung

6.1.1 Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen

Die Frühförderung wurde seit ihren Anfängen in den 1950er Jahren in den Regionen Westdeutschlands vorangetrieben, wobei sich die einzelnen Fachdisziplinen größtenteils unabhängig voneinander und zunächst ohne nennenswerte Kooperationen entwickelt haben. Eine zentrale Weichenstellung für die Frühförderung ist in den „Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ zu erkennen. Diese Empfehlung steht in engem Zusammenhang mit der Aufnahme von heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in das Bundessozialhilfegesetz im Jahr 1974.

Der Aufbau der Frühförderung gestaltete sich von Anfang an in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, wobei es zunächst in nur wenigen Ländern Initiativen zur Umsetzung gab. Insgesamt oblag der Auf- und Ausbau der Frühförderung größtenteils Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die vielerorts Frühförderstellen eingerichtet und in den Folgejahren ein dichtes Netz von Frühförderstellen entwickelt haben. In der damaligen DDR wurde die Frühförderung als „rehabilitative Früherziehung“ bezeichnet und institutionalisiert in den flächendeckend eingerichteten Kindertageseinrichtungen erbracht.

Die Gesetzesgrundlage für die Komplexleistung ist das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Die Umsetzung stellt insofern einen besonderen Prüfstein für die Zielsetzung des SGB IX dar, als mit der Komplexleistung erhebliche Veränderungen bei der Koordinierung von Rehabilitationsleistungen und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger verbunden sind. Wie groß die Probleme dabei würden, zeigte sich bereits in den ersten Jahren: Eine gemeinsame Empfehlung, mit der eine Facharbeitsgruppe unter der Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) befasst war, scheiterte an verschiedenen unlösbaren Konflikten, die sich vornehmlich auf die Aufteilung der Kosten sowie auf die Herausnahme von Qualitätsstandards und -sicherung aus der Empfehlung bezogen.

In der Folge wurde im Jahr 2003 die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) erlassen. Die recht unkonkreten Formulierungen in der FrühV, verbunden mit einer weitreichenden Delegation der Ausgestaltung auf die Landesebene, wurden von zahlreichen Professionen kritisiert. Ein wichtiger Grund für die unspezifischen Regelungen waren die bereits bestehenden Strukturen vor Ort, die nicht gefährdet werden sollten.

Entsprechend wurde die Komplexleistung in den Ländern auf höchst unterschiedliche Weise umgesetzt. Hieran konnten auch Bemühungen um Klarstellungen und vermittelnde Gespräche seitens des Bundes nur wenig ändern. Bis heute gibt es kein flächendeckendes Angebot der Komplexleistung; darüber hinaus werden unter der Be-

zeichnung „Komplexleistung Frühförderung“ unterschiedliche Leistungsinhalte angeboten.

Veränderungen im Sozialrecht, die zur Beseitigung derzeit bestehender Schnittstellen zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe bei der Leistungsgewährung für behinderte Kinder und Jugendliche führen sollen, sind bezogen auf die Frühförderung nur in wenigen Ländern relevant. Dies gilt für Länder, in denen auch für Leistungen der Frühförderung je nach Art der Behinderung Sozialhilfe- oder Jugendhilfeträger zuständig sind. Ein Abschlussbericht der Arbeitsgruppe, die zur Erarbeitung von Lösungsansätzen zur Neuordnung des Verhältnisses von SGBXII und SGB VIII eingerichtet worden ist, wird bis Ende 2012 erwartet.

Schließlich steigen die Anforderungen an die Interdisziplinäre Frühförderung auch aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen. Erforderlich wird zunehmend eine engere Zusammenarbeit mit den Systemen der Erziehungshilfen. Die Verknüpfung dieser beiden Systeme ist in den Ländern und Kommunen ebenfalls unterschiedlich ausgestaltet.

6.1.2 Frühförderung im Spiegel der Statistik

Versorgungsquote

Laut Sozialhilfestatistik bezogen am Jahresende 2010 rd. 90.350 Kinder heilpädagogische Leistungen in Trägerschaft der Sozialhilfe. Werden die Kinder hinzugerechnet, die Leistungen in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) erhalten, und die derjenigen herausgerechnet, die sowohl Leistungen in einer Frühförderstelle als auch in einem SPZ erhalten, errechnet sich eine Gesamtzahl von rd. **112.000** Kindern, die Leistungen der Frühförderung erhalten. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von **2,3%**.

Kosten der Frühförderung

Die Träger der Sozialhilfe haben im Jahr 2010 insgesamt 913 Mio. Euro für heilpädagogische Leistungen für Kinder unter 7 Jahren erbracht, dies entspricht einer Steigerung um 1,1% seit 2007.

Zu den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Früherkennung und Frühförderung gehören Leistungen in SPZ, Leistungen der Frühförderung und Früherkennung nach §§ 30 i.V.m. 56 SGB IX sowie die Versorgung mit Heilmitteln nach § 124 SGB V (Physio- und Ergotherapie, Logopädie). In den Statistiken der GKV werden die Leistungen nicht exakt für die Gruppe der unter 7-Jährigen ausgewiesen: So beziehen sich die Werte für die Leistungen in SPZ auf Kinder bis 18 Jahre und die der Heilmittelversorgung auf Kinder bis unter 10 Jahre.

Seitens der GKV wurden für die benannten Leistungen (Heilmittel, SPZ und Frühförderung) im Jahr 2007 insgesamt rd. 685 Mio. Euro aufgewendet. Diese sind bis 2010 auf rd. 770 Mio. Euro um 12% gestiegen, was etwa der Steigerungsrate der Kosten für Heilmittel insgesamt in diesem Zeitraum entspricht. Die Ausgabensteigerungen für die einzelnen Leistungen für behinderte Kinder sind hierbei sehr unterschiedlich: So ist der Bereich Heilmittel für Kinder bis 10 Jahre im Vergleichszeitraum um nur 1% (von 521 Mio. Euro in 2007 auf 526 Mio. Euro in 2010) gestiegen, während sich gleichzeitig die Leistungen der Frühförderung und Früherkennung nach §§ 30 i.V.m. 56 SGB IX von 23

Mio. im Jahr 2007 auf 78 Mio. Euro in 2010 – bedingt vor allem durch den fortschreitenden Ausbau dieser Leistung – mehr als verdreifacht haben.

6.1.3 Umsetzung auf Landesebene

Die Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung auf Landesebene zeigt, dass insbesondere in den Ländern die Umsetzung der Komplexleistung Probleme bereitet, in denen die Frühförderung traditionell überwiegend heilpädagogisch mobil-aufsuchend erbracht wird. In drei dieser Länder wurden zwar Landesrahmenempfehlungen abgeschlossen, jedoch sind dort nur sehr wenige Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne der jeweiligen Rahmenempfehlung eingerichtet und bieten Komplexleistung an. In einem weiteren dieser Länder gestalten sich die Verhandlungen zwischen den Rehabilitationsträgern weiterhin schwierig. Andere Länder hatten bereits vor dem Erlass der Frühförderungsverordnung ein ausgebautes System der Interdisziplinären Frühförderung. Weitere Länder setzen die Komplexleistung ab 2001 infolge der Vorschriften des § 30 SGB IX um. Die höchst unterschiedliche Ausgestaltung auf Landesebene ist die Folge einer fehlenden Definition von Anforderungen an ihre Erbringung der Komplexleistung auf Bundesebene, denn in den Ländern wurde i.d.R. an bestehende Strukturen angeknüpft. Dabei ist das Ausmaß der Weiterentwicklung in Richtung einer interdisziplinär zu erbringenden Komplexleistung ebenfalls höchst unterschiedlich und reicht von einer weitgehenden Konstanz der Strukturen hin bis zur Einrichtung einer neuen Struktur.

6.1.4 Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Interdisziplinären Frühförderung

Maßnahmen auf Länderebene

In einigen Ländern werden derzeit Studien zur Evaluation der Komplexleistung Frühförderung durchgeführt oder wurden gerade abgeschlossen. Weitere Maßnahmen auf Länderebene zur Beförderung der Komplexleistung müssen in engem Zusammenhang zu dem auf Landesebene bestehenden Ausbau der Komplexleistung gesehen werden. In Ländern, in denen Komplexleistung erbracht wird, beziehen sie sich bspw. auf Veränderungen im Abrechnungsverfahren sowie auf inhaltliche Weiterentwicklungen. Zum Teil werden die bestehenden rechtlichen Strukturen zur Umsetzung der Komplexleistung vollständig neu überdacht. In Ländern, die Probleme bei der Umsetzung der Komplexleistung haben, werden oftmals nur geringe Handlungsspielräume auf Landesebene gesehen.

Erforderliche Maßnahmen aus Sicht der Länder

Aus Sicht der Länder sollten Maßnahmen auf Bundesebene ergriffen werden, wobei das detaillierte Meinungsbild hierzu nicht einheitlich ist. Überwiegend wird hier konkret eine Vereinbarung fester Fristen für die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf Bundesebene abgelehnt, nur zwei der Länder sprachen sich für eine solche Lösung aus. Die Implementierung einer Schiedsstelle durch die Bundesregierung lehnten sechs der Länder, die sich hierzu äußerten, ab, ebenso viele sprachen sich dafür aus.

Nach weitgehend einhelliger Meinung der Länder werden die Rehabilitationsträger ohne entsprechende gesetzliche Regelungen zu keiner verbindlichen gemeinsamen Er-

klärung kommen. Insbesondere werden verbindliche Regelungen zum Abrechnungsverfahren sowie zur Kostenteilung durch entsprechende rechtliche Vorgaben gefordert. Lediglich ein Land sieht die Chance einer gemeinsamen Empfehlung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, da durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention und die zwischenzeitlich gesammelten Erfahrungen auf Landesebene die Widerstände mittlerweile ggf. geringer als damals sein könnten.

Weitreichende verbindliche Vorgaben zur Umsetzung der Komplexleistung durch entsprechende gesetzliche Regelungen fordern insbesondere die Länder, in denen die Umsetzung Schwierigkeiten bereitet. Aus Sicht der anderen Länder, in denen die Komplexleistung Frühförderung umgesetzt wird, sollten bundeseinheitliche Regelungen den bisherigen Regelungen auf Länderebene nicht widersprechen.

6.1.5 Interdisziplinäre Frühförderung vor Ort

Im Rahmen des Projekts wurden Fallstudien in fünf ausgewählten Regionen durchgeführt. Die Ergebnisse beruhen auf der Analyse von persönlichen und telefonischen Interviews mit Expertinnen und Experten der Frühförderung, von kindbezogenen Aktenauswertungen sowie von Elternbefragungen. Die Fragen, die hier zu beantworten waren, beziehen sich auf die Akteure der Frühförderung, die Verhandlungsebenen und Abrechnungsverfahren, die verschiedenen Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen, das konkrete Leistungsgeschehen und die Vergütung der einzelnen Leistungskomponenten sowie auf die Versorgungssituation.

Beteiligte Akteure

Leistungen der Frühförderung erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder bis zum individuellen Schuleintritt. Sie sind die Leistungsberechtigten, wobei die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten einen wesentlichen Anteil an der Förderung ihres Kindes haben. Die Leistungsanbieter Interdisziplinärer Frühförderung sind in erster Linie die Frühförderstellen/ Interdisziplinären Frühförderstellen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren. In den Prozess der Leistungserbringung (inklusive der Diagnostik) sind je nach landesrechtlicher Ausgestaltung niedergelassene therapeutische Praxen, niedergelassene Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Ärzte/innen der Gesundheitsämter einbezogen. Die Rehabilitationsträger der Komplexleistung Frühförderung sind die Sozial- bzw. Jugendhilfeträger – teilweise in Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen der Gesundheitsämter – sowie die Krankenkassen. Schließlich spielen die Kindertagesstätten neben den niedergelassenen Ärzten/innen eine wesentliche Schlüsselrolle beim Erkennen des Förderbedarfs von Kindern.

Verhandlungsebenen und Kostenabrechnung

In den betrachteten Modellregionen wurden die Verhandlungen zu Leistungen und ihrer Vergütung auf Ebene der Einrichtung, auf örtlicher Ebene sowie z.T. auf Landesebene geführt. Nach Ansicht der Interviewpartner/innen habe eine vollständige Delegation auf die örtliche Ebene bei den Verhandlungen den Vorteil eines möglichen maximalen Interessenausgleichs, dem allerdings der Nachteil des zeitlichen und personellen Aufwands bei den Verhandlungen gegenüberstünde. Ein weiterer Nachteil sei die Abhängigkeit der Leistungserbringer von den Interessen, der Kompetenz und dem Wil-

len der jeweiligen Kommune, die ohne das Vorliegen von verbindlichen Qualitätsstandards erheblich sei. Landesweit einheitliche Rahmenbedingungen werden auch seitens anderer Regionen als positiv und hilfreich erachtet. In den untersuchten Regionen, in denen die Verhandlungen auf Landesebene geführt werden, sahen weder Leistungserbringer noch Rehabilitationsträger einen Anlass, dies prinzipiell zu verändern.

Die Kostenabrechnung zwischen den Rehabilitationsträgern kann entweder getrennt oder in Form gemeinsamer Kostenabrechnung mit pauschalierter Kostenteilung erfolgen. Die getrennte Kostenabrechnung habe den Vorteil, dass zwischen den Rehabilitationsträgern nur minimales Konfliktpotential bestehe, während sich bei der pauschalierter Kostenteilung die Rehabilitationsträger hierüber verständigen müssen. Hier scheint das Delegationsmodell von Vorteil, bei dem je nach vorliegendem Sachverhalt die Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern verhandelt wird. Die derzeitige Pauschalierung auf Landesebene mit einer Kostenteilung von 80% zu Lasten der Sozialhilfeträger und 20% zu Lasten der Krankenkassen wird dagegen als nicht sachgemäß kritisiert.

Bewilligungsverfahren

Für die Gewährung von Frühförderung bzw. von der Komplexleistung Frühförderung bedarf es neben dem Antrag auf Leistungsgewährung in der Regel einer ärztlichen Verordnung zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik, der Ergebnisse der Diagnostik sowie eines Förder- und Behandlungsplans. Diese Unterlagen stellen somit die entscheidende Grundlage für eine Bewilligung dar. Sofern die Diagnostik sowie die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans durch die Leistungserbringer durchgeführt werden, kann die Entscheidung für eine Leistungsgewährung entweder nach Aktenlage oder nach Durchführung eines Hilfeplangesprächs getroffen werden.

Die Akzeptanz der Entscheidungsergebnisse sowohl seitens der Leistungserbringer als auch der Rehabilitationsträger hängt dabei nicht vom gewählten System der Bewilligung ab. Entscheidend ist vielmehr die Transparenz des Verfahrens für alle Beteiligten. Ist diese gegeben, wird ein vereinfachtes Verwaltungsverfahren, bei dem bspw. die Krankenkassen den Entscheidungen des Sozialhilfeträgers ohne eigene Prüfung folgen, positiv beurteilt. Andernfalls ist eine fehlende Beteiligung an der Entscheidung hinderlich für ihre Akzeptanz. Dabei ist es unerheblich, ob faktisch keine Beteiligung erfolgt oder ob ein Sachverhalt seitens des zuständigen Rehabilitationsträgers fachlich nicht überprüft werden kann.

Leistungsgeschehen und Vergütung der Leistungen

Das Leistungsgeschehen im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung umfasst die Interdisziplinäre Diagnostik mit Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik sowie die Leistungen im Rahmen der Frühförderung.

Bezogen auf die Interdisziplinäre Diagnostik finden sich zum einen Modelle, bei denen alle Bestandteile der Diagnostik (heilpädagogische, psychologische, medizinisch-therapeutische und ärztliche) durch die Frühfördereinrichtung erfolgen. Zum anderen finden sich Varianten, bei denen die ärztliche Diagnostik in der Praxis des behandelnden Arztes stattfindet. Die unmittelbare Zusammenarbeit aller Professionen im Rahmen der Diagnostik wird von allen Beteiligten als zielführend und effizient beschrieben.

Die Sicherstellung des Austauschs zwischen den Professionen im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung ist neben der Interdisziplinären Diagnostik das entscheidende Element für die Komplexleistung Frühförderung, das diese Form der Leistung von einer additiven Leistungserbringung von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen unterscheidet. Strukturell haben hier die vollständig interdisziplinär besetzten Einrichtungen den Vorteil der Nähe der Professionen. Wird die Zusammenarbeit dann noch über regelhaft gesetzte Termine für Fallgespräche mit den an der Frühförderung eines Kindes beteiligten Akteuren organisiert, kann dies als ein optimiertes Verfahren bezeichnet werden. Schwieriger ist die Sicherstellung der Zusammenarbeit bei den Kooperationsmodellen, dies gilt insbesondere dann, wenn Kooperationsverträge mit einer Vielzahl von niedergelassenen Praxen eingegangen werden müssen.

Der Ort der Leistungserbringung (in der Einrichtung, in der Kita, zu Hause) hängt unmittelbar mit den Strukturen der Einrichtungen zusammen: Frühförderstellen mit Kooperationsmodell erbringen die heilpädagogischen Leistungen i.d.R. mobil-aufsuchend, die Leistungen der Einrichtungen, die nach dem Modell des Rehabilitationszentrums organisiert sind, werden dagegen weit überwiegend ambulant in diesen Einrichtungen erbracht.

Der quantitative Leistungsumfang, der pro Woche für ein Kind erbracht wird, steht wiederum in keinem Zusammenhang mit der implementierten Organisation der Interdisziplinären Frühförderung vor Ort; er hängt vielmehr mit den jeweils geschlossenen – inhaltlich sehr unterschiedlichen – Leistungsvereinbarungen zusammen.

Schließlich wurden verschiedene Formen der Leistungsbegrenzung identifiziert, die als jährliche kindbezogene Obergrenzen oder als jährliche Bewilligungsobergrenze formuliert werden. Zu unterscheiden ist hier zudem zwischen Obergrenzen, die die Funktion eines Richtwertes haben und Obergrenzen, die eine Leistungsbeschränkung implizieren.

Die Systematiken zur Berechnung der Vergütungssätze der Leistungen sind höchst unterschiedlich: So gibt es bspw. im Saarland vier Vergütungspauschalen – Maßnahme-pauschale, Diagnostikpauschale, Grundpauschale und Investitionsbetrag, während in anderen Ländern die Vergütung je Fördereinheit insgesamt verhandelt wird. Dabei können einzelne Leistungsbestandteile, wie z.B. für Diagnostik, für mobil/ aufsuchende Leistungen, für Leistungserbringung als Einzelleistung oder in der Gruppe, in eine Fördereinheit mit einberechnet werden oder diese werden getrennt ausgewiesen und vergütet; z.T. stehen für einzelne Bestandteile Landesmittel zur Verfügung. Aus diesen Gründen ist eine Vergleichbarkeit von konkreten Vergütungssätzen im Rahmen dieser Fallstudie nicht möglich.

Eine auskömmliche Vergütung der Leistungen stellt einen der zentralen Konfliktpunkte bei der Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung dar, wobei insbesondere die Diagnostik, Teamzeiten und z.T. die Finanzierung der mobil-aufsuchenden Frühförderung bzw. des offenen Beratungsangebots im Fokus stehen.

Feststellbar ist darüber hinaus, dass die Vergütung der medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung in den beiden Regionen, in denen Komplexleistung getrennt abgerechnet wird, als nicht auskömmlich bewertet wird.

In einigen Ländern werden diese Konflikte im Bereich der Finanzierung durch Finanzhilfen des Landes behoben oder zumindest geschmälert.

Versorgungssituation

Welche Kinder benötigen Frühförderung als Komplexleistung? Diese Frage wird i.d.R. ausschließlich mit Hilfe unterschiedlicher standardisierter Testverfahren zur Feststellung von Verzögerungen beantwortet. In einer der untersuchten Regionen ist die Teilhabe bzw. die drohende Gefährdung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft das entscheidende Kriterium zur Bewilligung von Komplexleistung. Zur Feststellung dessen wird über die Testung hinausgehend ein Verfahren, das an das ICF-Konzept angelehnt ist, verwendet (die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) liegt seit Herbst 2011 in deutscher Sprache vor).

Damit Kinder mit Frühförderbedarf möglichst frühzeitig erkannt werden, bedarf es eines gut funktionierenden Netzwerkes. So sind die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausärzte die entscheidenden professionellen Kräfte beim Erkennen eines Bedarfs, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern und die Fachkräfte in den Kitas die wichtigsten Hinweisgeber bei älteren Kindern.

Die Ursachen für einen Förderbedarf haben sich strukturell in Richtung unspezifische Diagnosen verändert. Als Gründe hierfür wurden Entwicklungen, die durch den medizinischen Fortschritt induziert sind (z.B. Frühgeborene), aber auch soziale / gesellschaftliche Veränderungen, Sucht- sowie psychische Erkrankungen der Eltern und übermäßiger Medienkonsum benannt. Geschätzt wird, dass mehr als die Hälfte (und z.T. bis zu 80%) der Kinder, die Komplexleistung erhalten, ein sozial schwieriges Umfeld haben. Nach Auswertung eines Jugendamtes erhielten 25% der Kinder Komplexleistung bei gleichzeitiger Leistung erzieherischer Hilfen nach SGB VIII in der Familie.

Die Einschätzung darüber, wie gut die Kinder mit komplexem Förderbedarf versorgt sind, hängt vor allem mit der Transparenz bei der Leistungsbewilligung zusammen. So werden bei fehlender Transparenz seitens der Rehabilitationsträger Über- bzw. Fehlversorgungen, ebenso wie eine interessengeleitete Verordnungspraxis seitens der niedergelassenen Ärzte/innen zumindest nicht ausgeschlossen.

Für die Eltern und Familien sind Wartezeiten vom aufkommenden Verdacht einer Entwicklungsverzögerung bis zum tatsächlichen Leistungsbeginn extrem belastend. Dies wurde noch einmal nachdrücklich im Rahmen der Elternbefragung deutlich. Wartezeiten können durch personelle Engpässe, zeitaufwändige Zugangsverfahren oder eng gesetzte jährliche Leistungsobergrenzen entstehen. Es gilt zu überprüfen, wie Verfahren ggf. beschleunigt werden können und inwieweit Obergrenzen, die zu einer Verzögerung des Leistungsbeginns führen, mit dem Leistungsrecht vereinbar sind.

Mit dem Leistungsgeschehen der Frühförderung sind die Eltern – unabhängig von der Versorgungsstruktur – weit überwiegend sehr zufrieden, was insbesondere mit dem Wohlbefinden und der Entwicklung des Kindes sowie mit der Kompetenz der Frühförderer/innen begründet wird. Deutlich wird aber auch ein hoher Informationsbedarf der Eltern sowie der Wunsch nach inklusiver Bildung durch ein verbessertes bzw. entsprechend ausgebautes Bildungs- und Schulsystem.

Besonders prekär ist es, wenn ein Förderbedarf von Kindern bis zur Schuleingangsuntersuchung unentdeckt bleibt. Der Anteil dieser Kinder an allen Kindern eines Jahrgangs liege derzeit (2011) unter 5% mit abnehmender Tendenz, so die befragten Gesundheitsämter der beteiligten Regionen.

6.2 Zuordnung der Ergebnisse zu den Evaluationsfragen

Im Ergebnis des Forschungsvorhabens sollten konkret Fragen zu folgenden Aspekten beantwortet werden:

- Wer sind die an der Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung beteiligten Akteure und was sind deren Interessen?
- Welche Parameter beeinflussen die Verhandlungen in welcher Weise und welche Entscheidungs- und Finanzierungsmuster haben förderliche bzw. hinderliche Auswirkungen auf die Umsetzung der Komplexleistung?
- Wie ist die Kostenabrechnung mit ggf. welcher Kostenteilung konkret ausgestaltet, wie wird sie beurteilt und welche Leistungen bleiben ggf. unvergütet?
- Wie hoch ist der Anteil der Kinder mit Komplexleistungsbedarf, wie gestaltet sich ihre Versorgungslage und welches sind entscheidende Faktoren für eine optimierte Versorgung?
- Welche rechtlichen, strukturellen und finanziellen Bedingungen befördern eine bestmögliche Versorgung von Kindern mit Komplexleistungsbedarf?

6.2.1 Beteiligte Akteure

Die konkrete Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt nach § 2 Abs. 2 FrühV auf Länderebene. Damit sind die entsprechenden Fachministerien der Länder zentrale Akteure für die Umsetzung der Komplexleistung, wobei die Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene in sehr unterschiedlicher Form wahrgenommen werden. Bereits vor der Einführung des SGB IX und des Erlasses der FrühV waren die Länder im Bereich der Frühförderung in unterschiedlichem Maß aktiv. So haben einige Länder recht früh begonnen, gemeinsame Rahmenbedingungen und Standards für die Frühförderung – auch interdisziplinäre Frühförderung – zu entwickeln und landesweit umzusetzen, in anderen Ländern gab es derartige Aktivitäten hingegen nicht.

Zuständige Ministerien der Länder

Seit Inkrafttreten der FrühV zur Umsetzung der Komplexleistung wurden die zuständigen Fachministerien der Länder in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichem Engagement aktiv, wobei eine Fortführung bereits bestehender Engagements konstatiert werden kann. In zahlreichen Ländern begleiten die Ministerien den Umsetzungsprozess moderierend. Nur wenige Länder beteiligen sich finanziell an einzelnen Leistungsbestandteilen der Komplexleistung.

Zentrale Akteure bei der Umsetzung der Komplexleistung sind die Leistungsanbieter sowie die Rehabilitationsträger.

Leistungsanbieter

Zu den Leistungsanbietern gehören nach §§ 3 und 4 FrühV die Interdisziplinären Frühförderstellen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren. Die Leistungsanbieter haben bei Einführung des SGB IX hohe fachliche Erwartungen, insbesondere auch hinsichtlich der Implementierung von einheitlichen Qualitätsstandards, an die Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung geknüpft. Diese ging über die Idee einer lediglich abgestimmten Finanzierung der beteiligten Rehabilitationsträger hinaus. Seit Beginn standen insbesondere Fragen zur Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei Diagnostik und Förderung einschließlich deren Finanzierung im Fokus. Gleichzeitig sollte der niedrigschwellige Zugang zur Frühförderung erhalten bleiben. Diese Erwartungen wurden jedoch aus verschiedenen Gründen nicht flächendeckend und nicht in vollem Umfang erfüllt. In einigen Ländern finden sich zu den gesetzten Konditionen keine oder nur wenige Anbieter zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung.

Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind die Sozial- bzw. Jugendhilfeträger sowie die Krankenkassen. Je nach landesrechtlichen Bestimmungen (nach § 10 SGB VIII) sind für die Leistungen der Frühförderung entweder ausschließlich die Sozialhilfeträger oder sowohl die Sozialhilfe- als auch die Jugendhilfeträger (§ 35a SGB VIII) beteiligt. Die Kostenträgerschaft der Frühförderung kann zudem örtlich oder überörtlich organisiert sein. Die öffentlichen Träger sehen sich in der Verantwortung, politische Direktiven umzusetzen. Diese sehen auf der einen Seite eine gute Versorgung der Kinder vor, auf der anderen Seite stehen sie in der Finanzverantwortung. So haben sich insbesondere die kommunalen Spitzenverbände gegen die Setzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards gewehrt. Zudem werden auf kommunaler Ebene – inzwischen auch im Bereich der Frühförderung – Möglichkeiten der Zugangssteuerung diskutiert bzw. es wurden Zugangswege dahingehend verändert, dass der Sozialhilfeträger bspw. die Eingangsdagnostik durch das Gesundheitsamt durchführen lässt.

Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und unterstehen dadurch keinem direkten politischen Einfluss. Die im ambulanten Bereich für Kinder traditionell erbrachten Leistungen umfassen Logopädie, Physio- sowie Ergotherapie. Diese Leistungen werden in niedergelassenen Praxen ambulant erbracht, eine mobil-aufsuchende Leistungserbringung ist nur in sehr begrenzten Ausnahmefällen möglich. Zudem handeln Krankenkassen üblicherweise Preise für Leistungen aus, die dann einheitlich gelten. Einrichtungsbezogene Vergütungsverhandlungen, wie sie sonst häufig auf kommunaler Ebene zu finden sind, sind hier unüblich.

Kinderärzte

Kinderärzte haben als verordnende Instanz eine Schlüsselstellung bei der Umsetzung der Frühförderung. Die Ärzte/innen entscheiden bei entsprechender Indikation, ob sie singuläre Heilmittel oder Komplexleistung Frühförderung verordnen. Dabei ist die Verordnung der Heilmittel im Gegensatz zur Verordnung der Komplexleistung budgetiert. Wurde den Ärzten vor einigen Jahren noch ein zu zögerliches Verordnen von Komplexleistungen vorgeworfen, so wird jetzt von Seiten einiger Sozialhilfeträger sowie nieder-

gelassener Therapeuten teilweise der Verdacht einer Verschiebung von singulären Heilmitteln hin zur Komplexleistung geäußert.

6.2.2 Fördernde und hemmende Einflüsse bei den Verhandlungen

Die Verhandlungen zur Leistungserbringung werden in einigen Ländern vollständig auf Landesebene geführt, in einigen werden Eckpunkte auf Landesebene gesetzt sowie die konkreten Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen dann auf örtlicher Ebene geführt. Und schließlich werden in einigen Ländern die Verhandlungen – ohne landesweit einheitliche Regelungen – vollständig auf örtlicher Ebene geführt. Im Fazit ist die Ebene, auf der die Verhandlungen geführt werden, nicht entscheidend für den Erfolg der Umsetzung: Entscheidend ist vielmehr, ob die relevanten Verhandlungspartner adäquat und gleichberechtigt einbezogen werden und ein tragfähiger Kompromiss zwischen den Interessen der Akteure gefunden werden kann.

Verhandlungen mit Leistungsanbietern

Seitens der Leistungsanbieter wird die Verhandlungsführung auf Landesebene dann begrüßt, wenn sie dort durchsetzungsfähig organisiert sind, andernfalls nicht. Werden Konditionen ausgehandelt, die aus Sicht einer Mehrheit der Leistungsanbieter nicht akzeptabel sind, wird diese Leistung nicht angeboten.

Als Vorteil der vollständigen Delegation auf die örtliche Ebene wird die maximal mögliche Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort benannt. Insbesondere aus Sicht der Leistungsanbieter wäre hier allerdings die Vereinbarung von Qualitätsstandards sinnvoll, da sich hierdurch ein langfristiges Absenken der allgemeinen Standards vermeiden ließe.

Verhandlungen zwischen den Rehabilitationsträgern

Verhandlungen zwischen den Rehabilitationsträgern werden insbesondere dann kontrovers geführt, wenn es darum geht, eine pauschale Kostenteilung zu vereinbaren. Aus diesem Grund sei einem getrennten Kostenabrechnungsverfahren aus Sicht eini-ger Rehabilitationsträger der Vorzug zu geben.

Auch bei diesen Verhandlungen ist nicht die Verhandlungsebene, sondern die Verhandlungsposition entscheidend für einen beiderseits tragfähigen Kompromiss. Werden die Verhandlungen auf örtlicher Ebene geführt, kann dies auch dazu führen, dass zwischen den Rehabilitationsträgern – verhandlungserfahrenen Vertretern, z.B. auf Seiten der Krankenkassen und kommunalen Vertretern ohne diese Erfahrung – ein Ungleichgewicht entsteht. In einem solchen Fall würden Verhandlungsgespräche ggf. gar nicht erst aufgenommen.

Wichtige Faktoren bei den Verhandlungen

Auf Seiten der Rehabilitationsträger ist die Sorge um schlecht steuerbare Ausgabenzuwächse der wesentliche Grund für eine entsprechend restriktive Haltung bei der Finanzierung von Leistungsbestandteilen oder gar für die Ablehnung an der Umsetzungsbeteiligung der Komplexleistung. Um diesen Vorbehalten entgegenwirken zu können, bedarf es insbesondere einer klaren und transparenten Verständigung darüber, welche Kinder Komplexleistung erhalten sollten und anhand welcher Kriterien

dies festgelegt werden soll. Die Frage der Zugangssteuerung erwies sich im Zuge der Projektumsetzung als zentrales Thema, und zahlreiche Verhandlungen, die in den Regionen angestrebt werden, in denen die Komplexleistung umgesetzt wird, befassen sich damit. Aus Sicht aller Beteiligten wurde die Zugangssteuerung dort am besten gelöst, wo ein entsprechendes transparentes Verfahren gemeinsam entwickelt und implementiert wurde.

6.2.3 Kostenabrechnung

Ausgestaltung der Kostenabrechnung / Kostenteilung

Die Kostenabrechnung erfolgt entweder getrennt oder die Rehabilitationsträger haben sich auf eine gemeinsame Kostenabrechnung mit pauschaler Kostenteilung verständigt. Eine getrennte Kostenabrechnung mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern bedeutet zwangsläufig, dass die Leistungserbringer die erbrachten Leistungen mit dem jeweiligen Kostenträger einzeln abzurechnen haben. Der Aufwand hierfür wird unterschiedlich bewertet.

Sofern eine pauschale Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern vereinbart wurde (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt), erfolgt diese mit Ausnahme Nordrhein-Westfalens auf Landesebene. Das jeweils auf Landesebene vereinbarte Teilungsverhältnis für die Komplexleistung in Interdisziplinären Frühförderstellen liegt zwischen 66% (Berlin) und 85% (Brandenburg) zu Lasten des Sozialhilfeträgers. Teilweise wurden einheitliche Teilungsverhältnisse über alle Bestandteile (Diagnostik und Fördereinheiten) der Komplexleistung vereinbart, teilweise wird in der Kostenteilung unterschieden zwischen Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren. Die Kostenteilung von 80% zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers und einem Anteil von 20% zu Lasten der Krankenkassen im Saarland wurde stark kritisiert; sie passe nicht mit der aktuellen Leistungsgewährung zusammen: danach müssten die Krankenkassen einen höheren Anteil bezahlen. Diese Auffassung teilen alle Beteiligten – einschließlich der befragten Krankenkassen.

Die Kostenteilung im vorliegenden Beispiel Nordrhein-Westfalens beträgt 65% zu Lasten der Sozialhilfeträger und 35% zu Lasten der Krankenkassen. Nach den Erfahrungen der Krankenkasse, die dort alle Verhandlungen zur Umsetzung der Komplexleistung für einen Landesteil Nordrhein-Westfalens führt, sei die ehemals formulierte Kostenteilung von 20% zu Lasten der Krankenkassen nicht adäquat; i.d.R. liege der Anteil der Krankenkassen zwischen 30% und 35%.

Abrechnungspraxis

Sofern bei pauschaler Kostenteilung die Abrechnung der Leistungen durch den Sozialhilfeträger erfolgt, wurde dies aus Sicht der Frühförderstellen als geeignet für die Abrechnung der Komplexleistung beurteilt. Seitens des Sozialhilfeträgers wird der erhebliche Aufwand zu seinen Lasten bemängelt. Die Bewertung einer Abrechnung mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern durch die Leistungserbringer ist unterschiedlich: sie wird teils als lang geübte Praxis, die keine Probleme bereite, bezeichnet und teils als aufwändig beurteilt.

Vergütung von Leistungen

Eine auskömmliche Leistungsvergütung ist einer der zentralen Konfliktpunkte bei der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung, wobei hier insbesondere die Diagnostik, Teamzeiten und zum Teil die Finanzierung der mobil-aufsuchenden Förderung sowie des offenen Beratungsangebots im Fokus stehen. Im Rahmen dieser Studie hat sich zudem gezeigt, dass die Vergütung der medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung in den beiden Regionen, in denen Komplexleistung getrennt abgerechnet wird, als unzureichend bewertet wird.

6.2.4 Versorgungssituation

Ob Kinder in den Regionen, in denen Komplexleistung angeboten wird, besser versorgt sind als in den Regionen ohne ein bestehendes Angebot der Komplexleistung, kann nicht pauschal beurteilt werden. Denn hierfür müsste zunächst einmal die Definition von Komplexleistung eindeutig sein: Wird eine Leistung nur dann als Komplexleistung definiert, wenn die Frühförderstelle personell und räumlich so ausgestattet ist, dass die Zusammenarbeit der Professionen tatsächlich „unter einem Dach erfolgt“ – oder auch dann, wenn die Interdisziplinarität durch verbindliche oder gar durch weniger verbindliche Kooperationen sichergestellt wird? Hier bestehen große Unterschiede zwischen den Ländern.

Fachlich besteht Einigkeit darüber, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Professionen das Merkmal der Komplexleistung bildet, das sie von einer additiven Leistungserbringung abhebt. Optimale organisatorische Strukturen zur Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit sind dabei gewiss durch das Modell des Rehabilitationszentrums gegeben, bei dem die Professionen auch räumlich eng zusammenarbeiten. In ländlichen Regionen ist es allerdings schwierig, eine solche Struktur zu implementieren, denn Versorgungsqualität hängt auch eng mit Wohnortnähe und Erreichbarkeit zusammen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in ländlichen Räumen muss sich entsprechend vermehrt über feste Kooperationen realisieren.

Diese Strukturen bilden die Basis für eine gute Versorgung der betroffenen Kinder. Entscheidend ist allerdings die Prozessqualität im Rahmen der Komplexleistung, die sich an der Intensität insbesondere des fallbezogenen interdisziplinären Austauschs manifestiert. Regelmäßig gesetzte interdisziplinäre Fallgespräche sind eine Möglichkeit der Qualitätssicherung.

Soweit die beschriebenen Strukturen und Prozesse im Rahmen der Komplexleistung nicht oder nur in Ansätzen gegeben sind, bedeutet dies nicht unmittelbar, dass die Kinder dort zwangsläufig gar nicht oder nur schlecht versorgt wären. Allerdings ist in diesen Fällen die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen nicht geregelt und wird damit dem persönlichen Engagement der Frühförderer/innen und der niedergelassenen Therapeuten/innen überlassen.

Die kontrovers geführte Debatte (z.B. in Niedersachsen) zeigt zudem, dass – zumindest aus Sicht von Frühförderer/innen – niedrige Standards für die Leistungen und in der Folge eine entsprechend geringe Vergütung der Leistungen dazu beitragen, die Versorgungssituation bei einer Umsetzung der Komplexleistung zu verschlechtern. Aus

diesem Grund haben sich dort zahlreiche Leistungsanbieter entschieden, die Frühförderung nicht als Komplexleistung zu erbringen.

Ob Kinder die Maßnahmen und Hilfen erhalten, die sie benötigen, hängt darüber hinaus auch von Organisation und Qualität des Eingangsverfahrens ab. Eine optimierte Versorgung der Kinder wird dann von allen Beteiligten bestätigt, wenn das Eingangsverfahren qualitativ gut und transparent gestaltet ist. In allen anderen Fällen werden Fehlversorgungen (sowohl Über- als auch Unterversorgung) zumindest von einer Seite der beteiligten Akteure nicht ausgeschlossen.

6.2.5 Erforderliche Strukturen

Im Rahmen des Projekts wurde deutlich, dass es an konkreten Definitionen bzw. qualitativen Standards für die Umsetzung der Komplexleistung fehlt. Auf welcher Ebene – Bundes- oder Landesebene bzw. fachliche Ebene – derartige Setzungen erfolgen sollten, wird allerdings unterschiedlich bewertet. Der Bundesgesetzgeber hat die FrühV nach gescheiterten Verhandlungen auf Ebene der BAR mit Rücksicht auf die bereits bestehenden Strukturen in den Ländern recht offen formuliert. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Komplexleistung Frühförderung in den Ländern in sehr unterschiedlicher Weise umgesetzt wird. Die im weiteren Verlauf erfolgten Klarstellungen seitens des Bundes haben hieran nichts geändert.

Neben der Diskussion darüber, wie die Komplexleistung konkret ausgestaltet sein sollte, besteht ebenfalls Unklarheit darüber, unter welchen Voraussetzungen ein Kind Leistungen der Komplexleistung benötigt bzw. es gibt dabei sehr unterschiedliche Herangehensweisen und Definitionen.

Diese beiden Aspekte bedürfen einer konkreten Regelung, wobei eine Zusammenschau beider Aspekte ggf. auch dazu führen mag, Widerstände gegen eine Setzung von Qualitätsstandards bei der Umsetzung der Komplexleistung bzw. die Sorge um explodierende Kosten abzubauen. Diese wurden bei den geführten Interviews deutlich.

Im Zusammenhang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene wurden zudem die Setzung von Fristen zur Umsetzung sowie die Implementierung eines Schiedsstellenverfahrens diskutiert. Eine Fristenlösung wurde seitens der Länder weit überwiegend abgelehnt. Bezogen auf die Implementierung einer Schiedsstelle waren sechs Länder dafür und ebenso viele explizit dagegen. Einigkeit besteht darüber, dass vorab festgelegt werden muss, welche Art von Fragen durch eine Schiedsstelle zu klären sind.

6.3 Handlungsempfehlungen

Abschließend soll der Handlungsbedarf skizziert werden, der sich aus der Untersuchung ergibt. Insbesondere hat sich herauskristallisiert, dass

- Anforderungen an die Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung sehr verschieden definiert sind,
- nicht einheitlich definiert ist, welche Faktoren die Gewährung der Komplexleistung auslösen,
- die Verantwortlichkeiten seitens der Rehabilitationsträger nicht klar definiert sind und
- die Einrichtung einer Schiedsstelle oder die Setzung von Fristen zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend sind.

6.3.1 Definition von Komplexleistung

Es bedarf einer klaren Definition von Komplexleistung, die über die bisherige hinausgeht und konkret auch Details zu erforderlichen Standards enthält. Bisher werden in den Ländern unter dem Begriff Komplexleistung z.T. qualitativ sehr verschiedene Leistungen verstanden. Die bisherigen Bemühungen um diesbezügliche Klarstellungen führten aufgrund ihrer wenig konkreten Ausgestaltung zu nur geringem Erfolg. Klärungsbedarf besteht dabei über die Leistungskomponenten, die die Komplexleistung ausmachen, über die Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie über erforderliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Dabei sollten insbesondere die organisatorische Ausgestaltung der Diagnostik (ist diese im Team, einschließlich der Ärzte/innen zu organisieren oder ist dies auch auf der Basis von schriftlichen Gutachten möglich?) sowie der erforderliche zeitliche Umfang hierfür in den Blick genommen werden.

Zudem sollte konkretisiert werden, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit sichergestellt werden muss, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen hierfür zu implementieren sind und welche Zeit für die Zusammenarbeit angesetzt werden muss.

6.3.2 Zugang zur Komplexleistung

Neben der fehlenden konkreten Definition von Komplexleistung wurde ebenfalls deutlich, dass Unsicherheit – insbesondere geäußert von Rehabilitationsträgern – darüber besteht, ob im Einzelfall Komplexleistung angezeigt ist oder ob nicht entweder singuläre medizinisch-therapeutische Leistungen oder singuläre heilpädagogische Leistungen ebenso zielführend sind. Diese Diskussion wird von Krankenkassen – vornehmlich bezogen auf den hohen Anteil der Logopädie als Auslöser für Komplexleistung – und von Sozialhilfeträgern – bezogen auf die Substitution medizinisch-therapeutischer Leistungen zu Lasten der Komplexleistung aufgrund fehlender Budgetierung – geführt.

Die Herbeiführung eines einheitlichen Verständnisses hierüber würde zu einer Versachlichung der Diskussion führen. Hinzuweisen ist dabei auf die zwischenzeitlich erschienene deutschsprachige Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY), die Grundlage für einen einheitlichen Rahmen zur Leistungsbeschreibung werden sollte.

6.3.3 Klärung der Finanzierung

Schließlich bestehen z.T. erhebliche Spannungen zwischen den Rehabilitationsträgern darüber, welche Bestandteile der Komplexleistung in welchem Umfang von den jeweiligen Rehabilitationsträgern zu übernehmen sind. Die Auslegungen seitens der Krankenkassen hierzu sind dabei regional unterschiedlich. Deshalb wird empfohlen, eine Klärung auf Bundesebene in gemeinsamer Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit herbeizuführen, die in entsprechende gesetzliche Vorgaben münden.

Bezogen auf die Anteile der Kostenübernahme bei pauschaler Kostenteilung bedarf es einer Korrektur. Die Kostenteilung von 80% zu Lasten der Sozialhilfeträger wird sowohl von Seiten der Sozialhilfeträger als auch von Krankenkassen als zu hoch eingeschätzt.

6.3.4 Einrichtung von Schiedsstellen, Setzung von Fristen

Klarere Vorgaben und Definitionen können erreicht werden, wenn auf Bundesebene entsprechende gesetzliche Regelungen vorgenommen werden. Dabei sollten die bisherigen Erfahrungen mit den verschiedenen Umsetzungsmodellen berücksichtigt werden und es bedarf einer gesicherten Datenbasis, um eine hohe Akzeptanz herbeizuführen.

Empfohlen wird ein moderierter Prozess mit dem Ziel, einen Konsens über die benannten Themen zu bilden und eine gemeinsame verbindliche Erklärung zu bewirken, die im Abschluss durch gesetzgeberische Maßnahmen manifestiert werden sollte. Der Unterschied zu den bisherigen Bemühungen liegt in der Verbindlichkeit. In diesen Prozess sollten die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Komplexleistung einfließen und es sollten die zuständigen Ministerien auf Länderebene als wichtige Vermittler sowie die für die Umsetzung entscheidenden Akteure einbezogen werden.

Die diskutierte Einrichtung von Schiedsstellen kann ohne Lösung der beschriebenen definitorischen Grundprobleme bei der Umsetzung der Komplexleistung nicht zur Klärung von Konflikten beitragen. Jede Schiedsstelle steht sonst vor der Frage, über welche Sachverhalte auf Basis welcher – justiziablen – Direktiven sie entscheiden kann. Die o.g. definitorischen Klarstellungen sind entsprechend die Voraussetzung für weitere Überlegungen in dieser Richtung. Es bedarf aus Gründen der Rechtssicherheit klarer Verantwortlichkeiten, Strukturen und Transparenz.

Dies gilt auch für die Setzung von Fristen: Vorrangig ist zu klären, welche Anforderungen an die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung zu stellen sind. Erst dann kann hierfür ein angemessener Zeitraum veranschlagt werden.

7 Literatur und Datenquellen

Arbeitsstelle Frühförderung in Bayern: <http://www.fruehfoerderung-bayern.de/>.

Arbeitsstelle Frühförderung Hessen: <http://www.asffh.de/html/asffh.htm>.

Arbeitsstelle Frühförderung. Institut für Sonderpädagogik der Universität München (Hrsg.) (1982): Pädagogische Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts der Bundesländer-Kommission für Bildungsplanung. München

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2010.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin:
<http://www.dgspj.de/index.php>.

Greving, H. (Hrsg.) (2007): Kompendium der Heilpädagogik, Band 1. Troisdorf: Bildungsverlag EINS. S.272-277.

IKJ – Institut für Kinder- und Jugendhilfe (2010): Viele Systeme – Eine Leistung: Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung in Hessen, Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Forschungsprojekt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums und der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., Landesvereinigung Hessen e.V. Zwischenbericht vom 11. Februar 2010.

ISG-Bericht (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Köln, 2008.

Finger, G. & Steinebach, C. (Hrsg.) (1992): Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg i.B.: Lambertus-Verlag

Frühförderstellen in Hamburg:
<http://www.hamburg.de/contentblob/123062/data/fruehfoerderstellen.pdf>.

LAG Frühe Hilfen in Hessen e.V. (2010): Flyer – Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren in Ihrer Nähe, Stand Juli 2010

Landesstelle Frühförderung in Thüringen:
<http://www.thueringen.de/de/tmsfg/soziales/behindertenpolitik/content.html>.

Landtag von Baden-Württemberg (2007): Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur Situation der Interdisziplinären Frühförderstellen und der Sozialpädiatrischen Zentren. Drucksache 14 / 931 vom 15.02.2007.

Maelicke, B. u.a. (2011): Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein - Zwischenbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, Mai 2011.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie in Rheinland-Pfalz:
Frühförderung:
<http://msagd.rlp.de/soziales/menschen-mit-behinderungen/fruehfoerderung>.

Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport im Saarland: Frühförderung: <http://www.saarland.de/73513.htm>.

Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport im Saarland: AFI: <http://www.saarland.de/SID-3E724395-0AC51911/73514.htm>.

Moos, M. und H. Müller (2007): Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35 a SGB VIII.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Familien, Frauen und Gesundheit (2003): Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern in Niedersachsen, Stand Juli 2003.

Pechstein, J. (1975): Sozialpädiatrische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder. Zur organisatorischen Lösung neuropsychopädiatrischer Aufgaben der Frühdiagnostik und Frühtherapie. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Pötter, G. (2011): Inklusion und Frühförderung im Land Brandenburg – erstes Impulspapier, 15.12.2011.

Sohns, A. (2000a): Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland: Handbuch der fachlichen und organisatorischen Grundlagen. Weinheim: Beltz

Sohns, A. (2000b): Rechtliche Grundlagen der Frühförderung. In: Frühförderung Interdisziplinär, Nr. 2, München/Basel: Reinhardt-Verlag

Sohns A. (2010): Frühförderung – Ein Hilfesystem im Wandel, Reihe: Praxis Heilpädagogik / Handlungsfelder.

Speck, O. (1998): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Ernst Reinhardt Verlag: München/Basel

Statistisches Bundesamt: Bruttoausgaben der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe der Berichtsjahre 2003 bis 2009 nach Hilfearten, Ort der Leistungserbringung sowie Art des Trägers.

Statistisches Bundesamt: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe am Jahresende 2003 bis 2009.

Statistisches Bundesamt: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil 1, 2008 und 2009.

Thüringisches Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG), Referat 23 Behindertenpolitik, Arbeitsstelle Frühförderung, 1. Januar 2012.

http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung2/referat23/fruehfoerderstellen_und_traeger_des_freistaates_thueringen.pdf

Thurmair, M.: Früherkennung und Frühförderung: 25 Jahre Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates – und was ist daraus geworden? In: Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung, 1998, Nr.2

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung in Baden-Württemberg:

<http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1305248/index.html>.

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung in Brandenburg:

<http://www.ffbra.de>.

Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Ländervereinigung Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (2010): Dominanz des Ökonomischen oder Primat des Fachlichen in der interdisziplinären Frühförderung, September 2010.

VIFF Thüringen (2010): Rundbrief der VIFF Landesvereinigung Thüringen an alle Frühförderstellen in Thüringen: Anmerkungen zum Abschluss einer Leistungsvereinbarung als „Interdisziplinäre Frühförderstelle“.

Weiß, H.; Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag