



INSTITUT FÜR
SOZIALFORSCHUNG
UND GESELLSCHAFTSPOLITIK

Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung
in Nordrhein-Westfalen

Evaluation
zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung
in Nordrhein-Westfalen

Abschlussbericht

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.

Dr. Heike Engel
Dr. Dietrich Engels

Unter Mitarbeit von:

Carolin Marotzke
Vivian Mühlheim



INSTITUT FÜR
SOZIALFORSCHUNG
UND GESELLSCHAFTSPOLITIK

Köln, im November 2012



Gliederung

	Seite
1 Glossar	5
2 Vorbemerkung	6
3 Aufgabenstellung	7
4 Evaluationsbausteine und Methoden	10
4.1 Angebote der Frühförderung in den Städten und Landkreisen	10
4.2 Schriftliche Befragung aller Einrichtungen der Frühförderung in NRW	11
4.3 Analysen in Zusammenarbeit mit ausgewählten IFF	12
4.4 Leistungsdaten	13
4.5 Interviews	15
5 Komplexleistung Frühförderung in NRW	16
5.1 Rahmenbedingungen	16
5.2 Angebotsstruktur in NRW	20
5.3 Einrichtungen der Frühförderung	25
6 Frühförderung und Komplexleistung in der Umsetzung	33
6.1 Zugang zu den Leistungen	34
6.2 Kinder im Leistungsbezug	51
6.3 Leistungsgeschehen	57
6.4 Beendigung der Leistung	65
7 Vereinbarte Leistungen und Vergütung	69
7.1 Art der Leistung	69
7.2 Vereinbarte Zeiten	72
7.3 Obergrenzen	73
7.4 Vereinbarungen zur Vergütung	73
8 Entwicklung der Fallzahlen und der Kosten	76
8.1 Sozialhilfeträger	76
8.2 Gesetzliche Krankenversicherungen	88
8.3 Versorgungslage und Kosten im Überblick	94
9 Bewertung der derzeitigen Strukturen	97
9.1 Perspektive der Eltern	97
9.2 Perspektive der Frühfördereinrichtungen	113
9.3 Perspektive der Rehabilitationsträger	124
9.4 Perspektive des ärztlichen Systems	134
10 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	139
10.1 Zentrale Ergebnisse	139
10.2 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	151
11 Verzeichnisse	156
11.1 Tabellenverzeichnis	156
11.2 Abbildungsverzeichnis	157

1 Glossar

a.a.O.	am angegebenen Ort
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FF	Frühförderung
FFS	Frühförderstelle
FrühV	Frühförderungsverordnung
FuB	Förder- und Behandlungsplan
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i.V.m.	in Verbindung mit
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
JFMK	Jugend- und Familienministerkonferenz
k.A.	keine Angabe
Kita	Kindertagesstätte
KK	Krankenkasse
KL	Komplexleistung
LAG FW	Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege
LRE	Landesrahmenempfehlung
NRW	Nordrhein-Westfalen
SGB	Sozialgesetzbuch
SoHiTr	Sozialhilfeträger
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
vdek	Verband der Ersatzkassen

2 Vorbemerkung

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. Darüber hinaus erließ das zuständige Bundesministerium die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV), die seit dem 01.07.2003 in Kraft ist. Die Rechtsverordnung konkretisiert in den §§ 5 und 6 die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Heilpädagogischen Leistungen, die in der Komplexleistung erbracht werden sollen. Die FrühV sieht vor, dass Näheres zu den Anforderungen an Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) auf Länderebene durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann.

In Nordrhein-Westfalen trat zum 1. April 2005 die bundesweit erste Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Kraft. Vertragspartner der Rahmenempfehlung sind die kommunalen Spitzenverbände einerseits und die Verbände der Krankenkassen andererseits. Diese sieht explizit Verhandlungen auf örtlicher Ebene vor: Die erforderliche Personalausstattung Interdisziplinärer Frühförderstellen (IFF) soll „im Einzelfall anhand der Einrichtungskonzeption zwischen den Vertragspartnern vor Ort abgestimmt werden“ (§ 4 der Rahmenempfehlung), und es ist „eine individuelle Abrechnungspauschale vor Ort zu ermitteln“, auf deren Grundlage die Kosten für die Komplexleistung zwischen den Rehabilitationsträgern pauschal aufgeteilt werden (§ 10 der Rahmenempfehlung).

Die Evaluation zu den Wirkungen der einzelnen Empfehlungen nach § 16 Abs. 4 der Rahmenempfehlung Nordrhein-Westfalen wurde im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege, der kommunalen Spitzenverbände, der Krankenkassen (-verbände) und des Landes NRW vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik durchgeführt.

Begleitet und gesteuert wurde die Evaluation durch einen Projektbeirat, in dem die Auftraggeber der Evaluation vertreten waren. Koordiniert wurde die Evaluation von der Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (LAG Freie Wohlfahrt) und hier federführend vom Paritätischen NRW als Projektträger.

Ebenso haben Frühfördereinrichtungen sowie im Rahmen der Vertiefungsstudie sehr intensiv Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF), örtliche Sozialhilfeträger, die Krankenkassen, Gesundheitsämter und niedergelassene Fachärzte/innen für Kinder und Jugendheilkunde an der Evaluation mitgewirkt.

Bei allen Akteuren bedanken wir uns herzlich für die Unterstützung!

3 Aufgabenstellung

Politisches Ziel ist es, die Komplexleistung Frühförderung systematisch weiter zu entwickeln.¹ Hierfür sind die vorliegenden Ergebnisse dieser Evaluation eine wichtige Informationsquelle, wobei Informationen benötigt werden

- zum Angebot der Komplexleistung Frühförderung in NRW,
- zum Zugang und zur Inanspruchnahme von Frühförderleistungen,
- zur Fall- und Kostenentwicklung sowie
- zur Bewertung der derzeitigen Strukturen.

Zum Angebot

Das Angebot der Komplexleistung Frühförderung ist in NRW auf örtlicher Ebene unterschiedlich ausgestaltet sowohl hinsichtlich der Verteilung der bereits eingerichteten Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) als auch bezüglich der Ausgestaltung jeder einzelnen IFF. Deshalb wurden zu diesem Themenkomplex die Angebotsstrukturen in der Frühförderung sowie die Steuerung der Angebotsentwicklung analysiert. Konkret wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Wie werden Frühförderstellen definiert, und wie viele Frühförderstellen gibt es insgesamt in NRW?
- Wie viele der Frühförderstellen sind anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) und bieten die Komplexleistung an?
- Wie sind die IFF bezogen auf die Anzahl und die Qualifikation der Fachkräfte ausgestaltet?
- In welchen kommunalen Gebietskörperschaften wird die Komplexleistung angeboten, und was sind die Gründe hierfür?
- In welchen kommunalen Gebietskörperschaften wird keine Komplexleistung angeboten, und was sind die Gründe hierfür?
- Wie erfolgt die Steuerung der Angebotsentwicklung durch die Krankenkassen und durch die Träger der Sozialhilfe?
- Gibt es Angebotsstrukturen der Frühförderung auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften, die den Ausbau des Angebots der Komplexleistung Frühförderung begünstigen bzw. hemmen? Welche sind dies?
- Wie sind die abgeschlossenen Vereinbarungen zu den Leistungen, zur Qualität und zur Vergütung ausgestaltet? Welche Unterschiede in welchen Bereichen bestehen?
- Nach welchen Kriterien sollten zukünftige Vereinbarungen abgeschlossen werden?

Zum Zugang / zur Inanspruchnahme

¹ NRWSPD – Bündnis 90/ Die Grünen NRW: Koalitionsvertrag 2012 bis 2017: Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten, S. 115f.

Die Eltern können durch verschiedene Akteure auf einen ggf. bestehenden Bedarf an Frühförderung aufmerksam gemacht werden. Dies können der Kinderarzt/ die Kinderärztin, Fachkräfte der Kindertagesbetreuung oder andere sein. Der konkrete Zugang zu den Leistungen der Frühförderung ist vor Ort unterschiedlich ausgestaltet, und bei der Komplexleistung ist eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erforderlich. Die Eingangsdiagnostik muss durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen die Kinderuntersuchung gem. § 26 SGB V durchführenden Arzt verordnet worden sein. Auf Grundlage der Eingangsdiagnostik wird ein Förder- und Behandlungsplan (FuB) erstellt; auf dessen Grundlage wird durch den Sozialhilfeträger über die Leistungsgewährung entschieden.

Zu diesem Themenkomplex stehen folgende Fragen im Fokus:

- Wer gibt den Hinweis darauf, dass ggf. eine Frühförderleistung notwendig sein könnte?
- Welche Stellen sind an der Eingangsdiagnostik beteiligt, und wie sind die Prozessabläufe gestaltet?
- Welche Instrumente werden zur individuellen Bedarfsfeststellung des Kindes angewendet?
- Wie sieht das Ergebnis der Eingangsdiagnostik bezogen auf Art und Umfang der Frühförderleistung aus?
- Kinder in welchem Alter, mit welchem Geschlecht und mit welchen Förderbedarfen erhalten das Angebot der Komplexleistung Frühförderung?
- Wie hoch ist der Anteil der Kinder, die die Komplexleistung Frühförderung erhalten, und wie hoch ist der Anteil der Kinder, die solitäre Frühförderung erhalten? Zu differenzieren ist hier jeweils nach dem Geschlecht.
Diese Auswertung sollte zudem – soweit dies möglich ist – differenziert nach den kommunalen Gebietskörperschaften erfolgen, weil ein enger Zusammenhang zu den jeweils vor Ort bestehenden Angebotsstrukturen wahrscheinlich ist.
- Wie viele Kinder erhalten trotz Bewilligung keine Leistungen der Frühförderung, und was sind die Gründe hierfür?
- In welcher Altersgruppe wird der Förderbedarf erkannt?

Das konkrete Leistungsgeschehen wird differenziert nach der Art der Frühförderung (Komplexleistung – solitäre Einzelleistungen) analysiert und beinhaltet folgende Aspekte:

- Welche direkten und indirekten Leistungen werden angeboten?
- Wo werden die Leistungen erbracht (zu Hause, in der Kita, in der Frühförderstelle)?
- Welche Profession (heilpädagogisch/ medizinisch-therapeutisch) hat welchen Anteil in der Förderung?
- Wie lange benötigen Kinder Frühförderleistungen, und was sind die Gründe für eine Beendigung?

- In welcher Form werden Eltern in die Förderung eingebunden, und wie viel Zeit wird hierauf verwendet?

Zur Fall- und Kostenentwicklung

Die Leistungen, die für Kinder mit Förderbedarf im Alter von 0 Jahren bis zur Einschulung von den Sozialhilfeträgern und Krankenkassen bezahlt werden, umfassen die Komplexleistung, solitäre heilpädagogische Maßnahmen sowie medizinisch-therapeutische Leistungen. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Komplexleistung. Folgende Fragestellungen wurden in den Blick genommen:

- Wie haben sich die Kosten seit Einführung der Komplexleistung entwickelt?
- Wie haben sich die Fallzahlen seit Einführung der Komplexleistung entwickelt?
- Sind bei den Fallzahlen unterschiedliche Entwicklungen für einzelne Zielgruppen (nach Alter, Geschlecht etc. unterschieden) erkennbar?
- Kosten in welcher Höhe für die Komplexleistung entfallen auf die beiden Rehaträger?

Zur Bewertung der derzeitigen Strukturen

In NRW dürfen nur anerkannte IFF die Komplexleistung erbringen, und der interdisziplinären Arbeit wird ein hoher Stellenwert eingeräumt: Vertraglich gesicherte Kooperationen sind zwar zugelassen, aber „virtuelle IFF“ mit einer großen Anzahl loser Kooperationen sind explizit ausgeschlossen (§ 4 LRE NRW).

Um diesen Anforderungen nachkommen zu können, müssen die Akteure der Frühförderung eng zusammenarbeiten; zum Teil müssen je nach vorheriger Organisation der Frühförderstellen andere Formen der Zusammenarbeit entwickelt und organisiert werden. Dieser vierte Themenkomplex befasst sich mit den Sichtweisen der verschiedenen Akteure im Gesamtsystem der Komplexleistung. Hierzu gehören die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten der betroffenen Kinder, die Leistungserbringer, die Rehabilitationsträger sowie die Ärzte/innen:

- Wie bewerten diese Akteure die Komplexleistung?
- Welche Verbesserungen haben sich aus ihrer Sicht bezogen auf das organisationale Handeln, auf die Zusammenarbeit, auf die Leistungserbringung sowie bezogen auf den Fördererfolg für das Kind ergeben?
- Welche Verbesserungspotentiale werden in den jeweiligen Bereichen gesehen?

4 Evaluationsbausteine und Methoden

Das Evaluationskonzept des ISG ist mehrstufig aufgebaut, wobei zunächst Grundlagendaten zum Angebot sowie zur Inanspruchnahme von Frühförderleistungen NRW-weit zusammengestellt und analysiert werden. In einem zweiten Schritt werden hierauf aufbauend vertiefende Analysen zu den Angebotsstrukturen der IFF sowie zu Leistungszugang und -erbringung durchgeführt. Die beteiligten Akteure mit ihren verschiedenen Perspektiven sind die Expertinnen und Experten, die die Frühförderung sowie die mit der Einführung der Komplexleistung einhergehenden Veränderungen qualifiziert bewerten und zu ihrer Weiterentwicklung entscheidende Hinweise beitragen können.

Im Rahmen des Projekts wurden die verschiedenen Akteure der Frühförderung je nach spezifischer Fragestellung einbezogen. Hierzu gehören Leistungserbringer (Frühförderstellen und Interdisziplinäre Frühförderstellen), Rehabilitationsträger (Träger der Sozialhilfe und Krankenkassen), Eltern bzw. Erziehungsberechtigte der betroffenen Kinder sowie die überweisenden Kinderärztinnen/-ärzte.

Zentrale Evaluationsbausteine sind die Angebotsstruktur vor Ort (4.1), die schriftliche Befragung aller Einrichtungen der Frühförderung in NRW (4.2), vertiefende Analysen in Zusammenarbeit mit den anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF), wie die Durchführung von kindbezogenen Fallstudien sowie der Elternbefragung (4.3), die Abfrage von Leistungsdaten bei den Rehabilitationsträgern (4.4) und schließlich die Interviews mit Rehabilitationsträgern sowie Fachärzten/innen für Kinder- und Jugendheilkunde (4.5).

4.1 Angebote der Frühförderung in den Städten und Landkreisen

Zur Analyse der bestehenden Angebote der Frühförderung in den Gebietskörperschaften Nordrhein-Westfalens wurde auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen. Hierzu gehören die Internetseiten der Landkreise und Städte, die Datenbanken der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Informationen der Krankenkassen(-verbände).

Unmittelbar nach Projektstart wurde eine umfassende Internetanalyse bei allen 53 Landkreisen und Städten in NRW durchgeführt. Hierbei wurden – soweit auf den jeweiligen Internetseiten vorhanden – die Angaben zu Einrichtungen der Frühförderung aufgenommen und in einer Adressdatenbank zusammengestellt.

Darüber hinaus wurde die Freie Wohlfahrtspflege gebeten, die Adressdateien „ihrer“ Frühförderstellen zur Verfügung zu stellen. Diese Daten wurden in die oben genannte Adressdatei eingepflegt. Ebenfalls aufgenommen wurden die Angaben der Krankenkassen(-verbände) zu den anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen.

Die Datenbank mit den bestehenden Strukturen wurde getrennt für 53 Landkreise und Städte ausgewiesen und den jeweiligen örtlichen Trägern der Sozialhilfe mit der Bitte um Überprüfung zugesendet. An dieser Abfrage hat sich die Hälfte der Sozialhilfeträger beteiligt.

4.2 Schriftliche Befragung aller Einrichtungen der Frühförderung in NRW

Die schriftliche Befragung wurde in einem mehrstufigen Verfahren vorbereitet: Ein erster Entwurf des Instruments wurde an vier Frühförderstellen mit der Bitte verschickt, diesen auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit hin kritisch zu prüfen. Nach Bearbeitung der Anmerkungen erhielt der Projektbeirat den Fragebogen ebenfalls zur kritischen Durchsicht.

Die Unterlagen für die schriftliche Befragung wurden Ende März 2012 an insgesamt 206 Frühfördereinrichtungen verschickt. Aufgrund von Fehladressen und nicht unmittelbar erkennbaren organisatorischen Einheiten, um die die Adressdatei im Verlauf bereinigt wurde, reduziert sich die Grundgesamtheit der Frühfördereinrichtungen auf landesweit 156. Insgesamt sind 79 Fragebögen eingegangen, das entspricht einer Rücklaufquote von **51%**.

Die folgende Tabelle zeigt den Rücklauf getrennt für die Landkreise und kreisfreien Städte, für die Regionen Rheinland und Westfalen-Lippe sowie getrennt nach Trägerschaft. Insgesamt haben sich anteilig etwas mehr Einrichtungen aus Städten und etwas mehr aus dem Rheinland beteiligt.

Deutlich unterschiedlich gestaltet sich die Beteiligung der Träger: So haben sich 61 der insgesamt 101 Frühförderstellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (62%) an der Befragung beteiligt, während sich lediglich 10 der insgesamt 43 durch die Kommunen benannten Einrichtungen in privater Trägerschaft (23%) beteiligten. Von den insgesamt 12 Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft beteiligten sich 6 (50%).

Die geringe Beteiligung der Einrichtungen in privater Trägerschaft kann auch daran liegen, dass sich unter den 46 Einrichtungen trotz Bereinigung weiterhin auch solche befinden, die keine Leistungen der Frühförderung erbringen.

Tabelle 1: Einrichtungen der Frühförderung: Beteiligung an der Befragung

	Grundgesamtheit	Beteiligung an der Befragung	
Insgesamt	156	79	51%
<i>darunter nach Gebietskörperschaft:</i>			
kreisfreie Städte	58	31	53%
Landkreise	98	48	49%
<i>darunter nach Region:</i>			
Rheinland	49	27	55%
Westfalen-Lippe	107	52	49%
<i>darunter nach Trägerschaft:</i>			
Freie Träger*	101	63	62%
Private Träger	43	10	23%
Öffentliche Träger	12	6	50%

*Träger der Freien Wohlfahrtspflege

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen des ISG

4.3 Analysen in Zusammenarbeit mit ausgewählten IFF

Im Rahmen der vertiefenden Analyse wurde mit insgesamt 21 Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF), die seit mindestens einem Jahr die Komplexleistung Frühförderung anbieten, intensiv zusammengearbeitet: Sie wurden gebeten, kindbezogene Aktenanalysen durchzuführen und bei der Organisation der Elternbefragung unterstützend zu wirken. Darüber hinaus wurden die IFF gebeten, dem ISG die Verträge zur Erbringung der Komplexleistung zuzusenden. Die IFF wurden im Rahmen von 2 Workshops in die Instrumentenentwicklung zu den beiden Erhebungsschritten einbezogen, und die Ergebnisse wurden gemeinsam mit ihnen kritisch reflektiert.

4.3.1 Auswahl der IFF und Organisation der Zusammenarbeit

Hierfür wurden die Interdisziplinären Frühförderstellen im Rahmen der schriftlichen Befragung gebeten anzugeben, ob sie bereit sind, an einer vertiefenden Studie teilzunehmen. Von diesen wurden die Einrichtungen kriteriengestützt in die vertiefende Studie einbezogen.

Nach Kenntnisstand vom Mai 2012 bieten in NRW insgesamt 56 Einrichtungen die Komplexleistung an, von diesen befinden sich 38 (68%) in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege, 11 (20%) in privater Trägerschaft und 7 IFF (13%) in öffentlicher Trägerschaft. An der vertiefenden Studie nehmen 20 Einrichtungen in freier Trägerschaft (95%) und eine in öffentlicher Trägerschaft (5%) teil. Eine IFF in privater Trägerschaft konnte trotz persönlicher Nachfrage leider nicht gewonnen werden.

Tabelle 2: Teilnahme der IFF nach Trägern

	Grundgesamtheit IFF (Einrichtungen)		Teilnahme an der Vertiefungsstudie	
Freie Träger	38	68%	20	95%
Private Träger	11	20%	-	0%
Öffentliche Träger	7	13%	1	5%
Zusammen	56	100%	21	100%

Quellen: Krankenkassen(-verbände), Freie Wohlfahrtspflege, schriftliche Befragung ISG

Des Weiteren kommen 10 der teilnehmenden IFF aus dem Rheinland und 11 aus Westfalen-Lippe. Dies entspricht in etwa der Verteilung der eingerichteten IFF in den beiden Landesteilen.

4.3.2 Kindbezogene Analyse

Ziel der kindbezogenen Analyse ist es, genauere Erkenntnisse über die Feststellung und den Bedarf der Kinder, die Komplexleistung benötigen, sowie über den Zugang zu den Leistungen, das Leistungsgeschehen selbst und die Gründe für die Beendigung zu erhalten. Hierfür wurden Daten von „Komplexleistungskindern“ in ein vorgegebenes Erhebungsraster übertragen.

Im Zuge der Entwicklung des Datenrasters wurde deutlich, dass die zu beantwortenden Fragen auf zwei verschiedene Situationen abzielen: die Eingangsphase im Rahmen der Komplexleistung (Zugangsverfahren, Ergebnis der Eingangsdiagnostik) und die Abschlussphase (Gründe der Beendigung). Damit beide Situationen abgebildet werden können, wurden zwei Datenraster entwickelt, die zum Leistungsgeschehen selbst dieselben Daten erheben. Sie unterscheiden sich durch spezifische Fragen zum Ergebnis des Eingangsverfahrens bzw. zum Ergebnis der Komplexleistung einschließlich der Gründe für die Beendigung.

Die Auswahl der Akten in den IFF wurde einheitlich organisiert: Für das Eingangsverfahren wurden Dokumentationen von 7 bis 8 Kindern herangezogen, bei denen am 30.11.2011 und dann fortlaufend in Tagen, Wochen, ggf. Monaten davor die Eingangsdiagnostik durchgeführt wurde. Zu verwendendes Kriterium war das Datum des Abschlusses des Förder- und Behandlungsplanes. Für die Abschlussphase wurden Dokumentationen von 7 bis 8 Kindern herangezogen, deren Bewilligungszeitraum am 30.06.2012 und fortlaufend in der Zeit davor ausläuft. Insgesamt konnten 133 Akten mit Angaben zum Eingangsverfahren und 157 Akten mit Angaben zur Beendigung ausgewertet werden.

4.3.3 Elternbefragung

Ziel der Befragung der Eltern/Erziehungsberechtigten ist die Bewertung der Komplexleistung aus ihrer Sicht. Der Entwicklung des Fragebogens wurde das Instrument „*Interdisziplinäre Frühförderung – Befragung zur Kundenzufriedenheit*“ des Sozialamtes der Stadt Dortmund zu Grunde gelegt. Die Fragebögen wurden in Absprache mit den IFF je nach Bedarf neben deutscher auch in türkischer, russischer bzw. englischer Sprache ausgegeben.

Die IFF haben insgesamt rd. 2.124 Fragebögen an die Eltern verteilt, und davon haben uns Eltern von 632 Kindern, die Komplexleistung erhalten, geantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 30% und entspricht den Erwartungen von angestrebten rund 600 Antworten.

4.3.4 Verträge der IFF

Aus den Verträgen der Interdisziplinären Frühförderstellen wurden Erkenntnisse zur Ausgestaltung der Vereinbarungen bezogen auf die Leistungen, die Qualität sowie auf die Vergütung gewonnen.

4.4 Leistungsdaten

Die Leistungsdaten der Rehabilitationsträger geben Aufschluss über Kosten und Fallzahlen für Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung mit einem Förderbedarf. Hierfür wurden Abfragen bei den Sozialhilfeträgern sowie bei den Krankenkassen durchgeführt.

4.4.1 Leistungsdaten der Sozialhilfeträger

Für die Abfrage bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt mit Vertreter/innen aus 6 Sozialämtern in NRW, jeweils 3 aus Landkreisen und kreisfreien Städten sowie ebenfalls jeweils 3 aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe. Die Arbeitsgruppe hat im Rahmen einer ersten Sitzung die Abfrage auf ihre praktische Umsetzung hin überprüft. Die daraufhin überarbeiteten Unterlagen wurden im Juni 2012 an die 53 örtlichen Träger der Sozialhilfe in NRW versendet, wobei die Abfrage von Landkreistag und Städtetag NRW vorbereitend begleitet wurde. Landesweit haben sich 41 der insgesamt 53 Sozialhilfeträger beteiligt, das entspricht einem Rücklauf von 77%. Die Beteiligungsrate liegt in Westfalen-Lippe (81%) etwas höher als im Rheinland (73%) und bei den Landkreisen (84%) höher als bei den kreisfreien Städten (68%). Zudem haben sich etwa gleich viele Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung (21 bzw. 75%) und ohne ein solches Angebot (20 bzw. 80%) an der Abfrage beteiligt.

Tabelle 3: Leistungsdaten der Sozialhilfeträger - Beteiligung

	Grundgesamtheit	Rücklauf	Anteil in %
Insgesamt	53	41	77%
<i>Nach Region:</i>			
Rheinland	26	19	73%
Westfalen-Lippe	27	22	81%
<i>Nach Gebietskörperschaft:</i>			
Kreisfreie Städte	22	15	68%
Landkreise	31	26	84%
<i>Nach Angebot:</i>			
Mit Angebot der Komplexleistung	28	21	75%
Ohne Angebot der Komplexleistung	25	20	80%

Die Ergebnisse der Abfrage der Sozialhilfeträger sind aufgrund der hohen Rücklaufquoten – auch innerhalb der jeweiligen Differenzierungen – repräsentativ. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe im November 2012 diskutiert.

4.4.2 Leistungsdaten der Krankenkassen

Die Abfrage der Leistungsdaten bei den Krankenkassen wurde durch die für Frühförderung zuständigen Krankenkassen im Rheinland und in Westfalen-Lippe organisiert. Sie erwies sich insgesamt als relativ schwierig, da die einzelnen Krankenkassen zum Teil über unterschiedliche Systeme der Datenerfassung verfügen. Die erforderlichen Daten wurden aus den Angaben der AOKen und der Ersatzkassen zusammengestellt und das ISG hat je einen Datensatz für das Rheinland und für Westfalen-Lippe erhalten. Die AOK und die Ersatzkassen haben bezogen auf ihr Finanzvolumen zusammen einen

Marktanteil von 73%, sodass die Angaben für die Berechnungen im Rahmen dieser Evaluation vollauf genügen.

4.5 Interviews

Die Sichtweisen und Bewertungen der verschiedenen Akteure wurden von den Eltern im Rahmen der Elternbefragung und von den Leistungserbringern im Rahmen der schriftlichen Befragung und im Rahmen der Workshops eingeholt. Zudem wurden die Rehabilitationsträger sowie Ärzte im Rahmen von telefonischen Interviews durchgeführt.

Bei den Rehabilitationsträgern standen dabei Gründe für den derzeitigen Stand des Angebots der Komplexleistung, eine Bewertung der derzeitigen Strukturen und zukünftige Erfordernisse bei der Weiterentwicklung der Komplexleistung im Vordergrund. Hierfür wurden leitfadengestützte Interviews mit Sozialhilfeträgern in insgesamt 16 Kommunen sowie mit den beiden für die Frühförderung zuständigen Vertreter/innen der Krankenkassen durchgeführt.

Die 16 Interviewpartner auf Seiten der Sozialhilfeträger wurden kriteriengestützt ausgewählt, mit der gewünschten Verteilung:

- 9 Gesprächspartner/innen aus Landkreisen und 7 aus kreisfreien Städten,
- 8 aus dem Rheinland und 8 aus Westfalen-Lippe sowie
- 8 mit bestehendem und 8 mit bislang fehlendem Angebot der Komplexleistung

Diese Verteilung konnte in allen Punkten erfüllt werden. Interviews wurden geführt mit Sozialhilfeträgern aus Aachen, Bielefeld, Bochum, Borken, Duisburg, Düsseldorf, Hochsauerlandkreis, Kleve, Köln, Mönchengladbach, Münster, Oberbergischer Kreis, Paderborn, Recklinghausen, Unna und Viersen.

Die Verhandlungen zur Komplexleistung werden in den beiden nordrhein-westfälischen Landesteilen jeweils zentral von einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband geführt: Im Rheinland von der AOK Rheinland/Hamburg und in Westfalen-Lippe vom Verband der Ersatzkassen (vdek). Die übrigen gesetzlichen Krankenkassen schließen sich den abgeschlossenen Verträgen an. Aus diesem Grund wurde mit den Vertreter/innen der federführenden Krankenkassen je ein Interview für das Rheinland und für Westfalen-Lippe geführt.

Die Ärzte/innen verordnen die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik und haben damit für den Zugang zur Komplexleistung eine Schlüsselstellung. Ihre Beurteilung des Systems der Komplexleistung ist nicht zuletzt aus diesem Grund von erheblicher Bedeutung. Im Rahmen der Evaluation wurde insgesamt mit 11 Ärztinnen und Ärzten ein telefonisches Interview geführt.

5 Komplexleistung Frühförderung in NRW

Nordrhein-Westfalen hat als erstes Bundesland eine Landerahmenempfehlung nach der Frühförderungsverordnung zur Umsetzung der Komplexleistung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder verabschiedet. Allerdings enthält die Landesrahmenempfehlung keine konkreten Vorgaben zum Leistungsgeschehen und sieht eine Delegation der konkreten Vereinbarungen zur Umsetzung der Komplexleistung an die örtliche Ebene vor. Im Ergebnis entwickelten die Regionen in NRW in den Folgejahren unterschiedliche Geschwindigkeiten in der Umsetzung der Komplexleistung.

Auf der Grundlage eines Überblicks der gesetzlichen Vorgaben und weiteren politischen Bemühungen auf Bundesebene sowie in NRW (5.1) wird die derzeitige Angebotsstruktur der Frühförderung und der Komplexleistung in NRW (5.2) dargelegt.

5.1 Rahmenbedingungen der Frühförderung als Komplexleistung

Kinder mit einem komplexen Bedarf an heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen sollen diese Leistungen in abgestimmter Form und ohne Schwierigkeiten, die in Unstimmigkeiten zwischen den beiden Rehabilitationsträgern begründet sind, erhalten – dies wird mit der „Komplexleistung“ angestrebt. Die rechtliche Grundlage der Komplexleistung ist auf Bundesebene angesiedelt, hier gab es weitere Bemühungen, die Umsetzung zu befördern (5.1.1). In den Ländern wird die Komplexleistung in sehr verschiedener Weise umgesetzt, und auch NRW geht einen eigenen Weg (5.1.2).

5.1.1 Komplexleistung auf Bundesebene

Das² Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001³ ist in Kraft seit dem 1. Juli 2001. Das SGB IX stellt eine funktionale Klammer der einzelnen Leistungsgesetze dar mit dem Ziel, Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger zu fördern und die Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation zu überwinden. Die Umsetzung des § 30 SGB IX zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder stellte dabei einen besonderen Prüfstein 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.

Mit den Vorschriften der §§ 30 und 56 SGB IX hat der Gesetzgeber die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geregelt. Danach sollen die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung im Zusammenhang mit

² Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch BMAS (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 Sozialforschung 419, S. 16ff.

³ BGBl. I S. 1046 vom 22. Juni 2001.

heilpädagogischen Leistungen 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. Dies wurde bereits bei der Einführung vielfach kritisiert⁴ und führt bis heute zu erheblichen Unterschieden in der Umsetzung der Komplexleistung. Eine gemeinsame Empfehlung unter der Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Umsetzung der Komplexleistung scheiterte – insbesondere aufgrund der Aufteilung bei der Kostenteilung und der Herausnahme von Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen.⁵

Zur Konkretisierung der Komplexleistung erließ das zuständige Bundesministerium die „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“⁶, die seit dem 1. Juli 2003 in Kraft ist.

Diese bleibt in den Details unbestimmt und sieht in § 2 Satz 3 FrühV vor, dass Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann. Durch diese vorsichtigen Formulierungen soll vermieden werden, bereits bestehende Strukturen vor Ort zu gefährden. Vielmehr sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, an diese mit entsprechenden landesspezifischen Regelungen anzuknüpfen.

Nach einer schleppenden Umsetzung der Frühförderungsverordnung auf Landesebene wurde im Jahr 2007 eine erste Stellungnahme des BMAS und des BMG zur Durchsetzung der Komplexleistung verfasst. Auf Initiative des BMAS wurde zudem mit Fachreferenten und Fachreferentinnen aller 16 Länder ein Konsenspapier erarbeitet, das eine Klärung zahlreicher strittiger Punkte enthielt.⁷ 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. Hierbei ging es unter anderem um die Definition der Komplexleistung, der Leistungsinhalte, der Abgrenzung der Zuständigkeit i.V.m. der Kostenteilung, des leistungsberechtigten Personenkreises und von Kooperationen.

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 erheblichen strukturellen Unterschiede wurden im

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ BGBL I, S. 998 vom 30. Juni 2003.

⁷ Vgl. Sohns (2010): a.a.O., S. 86ff.

Forschungsbericht „Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung“⁸ deutlich.

5.1.2 Komplexleistung in Nordrhein-Westfalen

Am 1. April 2005 trat in Nordrhein-Westfalen die Landesrahmenempfehlung (LRE) zur Frühförderung in Kraft.⁹ Damit ist Nordrhein-Westfalen das erste Bundesland, das eine landesweit einheitliche Empfehlung verabschiedet und damit die Umsetzung der Frühförderungsverordnung des Bundes begonnen hat. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend wurde die konkrete Umsetzung der Komplexleistung an die örtliche Ebene delegiert. Durch die Landesrahmenempfehlung geregelt sind

- *der leistungsberechtigte Personenkreis:* Das Angebot der Komplexleistung richtet sich an behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und kann von Geburt an bis zum Schuleintritt in Anspruch genommen werden (§ 3 LRE).
- *die Anforderungen:* Eine Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) benötigt neben entsprechenden räumlichen und sächlichen Ausstattungen einen fest angestellten Personalstamm, um den Anforderungen an die Interdisziplinarität gerecht zu werden. Möglich ist, durch verbindliche Kooperationsverträge die Vielfalt der Leistungserbringung sicherzustellen. Die Schaffung von "virtuellen" IFF ist hierbei auszuschließen (§ 4 LRE).
- *die Rolle der Sozialpädiatrischen Zentren:* Sofern ermächtigte SPZ auch Komplexleistung nach der FrühV erbringen wollen, müssen sie den Anforderungen einer IFF nach § 4 genügen (§ 5 LRE).
- *die Delegation:* Die Komplexleistung nach § 30 SGB IX i.V.m. der FrühV kann erbracht werden, wenn die Voraussetzungen nach der Landesrahmenempfehlung erfüllt sind und entsprechende Entgeltvereinbarungen auf örtlicher Ebene geschlossen wurden (§6 LRE).
- *die Leistung:* Komplexleistung umfasst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie heilpädagogische Leistungen, wobei die Zusammenstellung der Leistungselemente individuell festgelegt wird (§ 7 LRE).
- *die Kostenteilung:* Krankenkassen und Sozialhilfeträger einigen sich je Einrichtung (IFF) auf einen pauschalen Kostenteilungssatz.

Die Regelungen der Landesrahmenempfehlung in NRW haben im bundesweiten Vergleich einige Besonderheiten. Hierzu gehören die recht hohen Anforderungen an eine IFF mit einem entsprechenden personellen, räumlichen und sächlichen Konzept und die

⁸ BMAS (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 Sozialforschung 419.

⁹ Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühverordnung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24.06.2003.

Einbeziehung der Sozialpädiatrischen Zentren in das Anerkennungsverfahren zur IFF. In anderen Ländern sind offene Kooperationen zwischen heilpädagogisch besetzten Frühförderstellen und niedergelassenen therapeutischen Praxen zur Erbringung der Komplexleistung zugelassen. Und SPZ können in anderen Ländern Komplexleistung ohne weitere Anerkennungsverfahren erbringen.

Die in NRW weit reichende Delegation an die örtliche Ebene wird im bundesweitem Vergleich ebenfalls eher selten praktiziert. Als extremes Gegenbeispiel ist hier Bayern zu nennen, wo ein Landesrahmenvertrag (inklusive zeitliche und Vergütungsvereinbarungen) abgeschlossen wurde, der in allen Regionen Bayerns umgesetzt wurde.

Schließlich ist eine pauschale Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern in den Ländern nicht die gängige Praxis. Wenn aber eine pauschale Kostenteilung vorgesehen ist, so wurde der Satz der Kostenteilung einheitlich festgelegt, was in der Folge z.T. zu erheblichen Problemen führte. Eine pauschale Kostenteilung auf Einrichtungsebene gibt es nur in NRW.

Aufgrund der mannigfaltigen Unklarheiten in der Landesrahmenempfehlung bestanden große Unsicherheiten, wie die Komplexleistung konkret umgesetzt werden kann. Daraufhin hat die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) gemeinsam mit den Krankenkassen (-verbänden) NRW und einzelnen Kommunen (Dortmund, Aachen, Gütersloh, Köln) in zahlreichen Sitzungen in 2006 einen (Muster-) Vertrag zur Erbringung der Komplexleistung FF auf örtlicher Ebene verhandelt. Dieser sollte dann als Muster für die weiteren Verhandlungen in NRW dienen.

Nach diesen Verhandlungen hatten im Jahr 2007 die ersten IFF ihre Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung. Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass die Delegation an die örtliche Ebene mit Vorteil, die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen zu können, auch zu abwartendem Verhalten insbesondere auf Seiten von Sozialhilfeträgern bzw. von Frühförderstellen vor Ort führte. Die Krankenkassen sind hier anders aufgestellt: Für GKVen führt in den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe jeweils eine Krankenkasse stellvertretend alle Verhandlungen zur Komplexleistung.

Um die Umsetzung der Komplexleistung in NRW weiter zu befördern und Hürden abzubauen, wurde auf Initiative der LAG FW ein „Runder Tisch“ Frühförderung eingerichtet. Zur ersten Sitzung hat der Paritätische NRW am 28. Mai 2008 eingeladen.

Beim Runden Tisch waren von Anfang an die Vertreter/innen der Freien Wohlfahrtspflege, die KK-Verbände NRW, vertreten durch vdek für WL und AOK Rhl./HH für Rheinland, sowie die kommunalen Spitzenverbände mit je einem Vertreter / einer Vertreterin des Städtetages und des Landkreistages dabei. Seit Anfang 2012 nimmt zudem ein Vertreter des Fachverbandes VIFF NRW regelmäßig am Runden Tisch teil.

Situation in 2012

Im Jahr 2012 gibt es große Unterschiede bei der Umsetzung der Komplexleistung vor Ort und zwischen den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe. Diese

betreffen das Angebot der Komplexleistung in der Fläche¹⁰, aber auch die Gestaltung der Verhandlungen vor Ort, die Verhandlungsergebnisse sowie die Regelungen zur Kostenteilung.

Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes sollen vertiefenden Aufschluss über die derzeitige Situation und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Komplexleistung geben. Dies sieht der Koalitionsvertrag unter dem Titel "Früh und konsequent fördern: Eine erfolgreiche Inklusionskette schaffen" sowie der Aktionsplan der Landesregierung – „Eine Gesellschaft für alle“ vor. Ziel ist es, einheitliche Standards zur Dauer und zu den Inhalten von Diagnostik und Fördereinheiten in der ‚Komplexleistung Frühförderung‘ festzulegen, Anforderungen an die Qualifikation der Fachkräfte und das Leistungsentgelt zu definieren und eine Schiedsstelle für einen verbindlichen Konfliktlösungsmechanismus einzurichten.¹¹

5.2 Angebotsstruktur in NRW

In diesem ersten Schritt zu den Angeboten der Frühförderung in NRW werden die Einrichtungen und ihre Verteilung in den Blick genommen. Konkret wurde untersucht, wie viele Einrichtungen Leistungen der Frühförderung insgesamt und wie viele Einrichtungen die Komplexleistung erbringen. Dargestellt werden die regionale Verteilung sowie die Trägerstruktur der Einrichtungen.

5.2.1 Allgemeine Angebote der Frühförderung

Für die Analyse der Angebotsstruktur im Bereich der Frühförderung wurden in einem ersten Schritt die Internetauftritte der Städte und Landkreise ausgewertet. Angaben zu entsprechenden Angeboten finden sich auf den Internetseiten von insgesamt 34 Landkreisen und kreisfreien Städten, was einem Anteil von 64% bezogen auf alle 53 Gebietskörperschaften in NRW entspricht. Diesbezügliche Unterschiede zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es nicht.

Die vorgefundenen Informationen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Dichte. So wird in der Regel allgemein über Möglichkeiten der Frühförderung informiert, oftmals – aber nicht immer – sind darüber hinaus die Adressen von Frühförderstellen und weiteren Einrichtungen der Frühförderung oder der allgemeinen Heilpädagogik veröffentlicht.

Die zusammengetragenen Informationen wurden den Sozialhilfeträgern in den Landkreisen und Städten zugesandt mit der Bitte, diese auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. An dieser Abfrage haben sich 26 Gebietskörperschaften (49%) beteiligt mit einer leicht höheren Beteiligung der Landkreise (52%) als der kreisfreien Städte (45%).

Diese Ergebnisse zu den Angeboten wurden weitergehend mit den Angaben der Freien Wohlfahrtspflege sowie mit Angaben der Einrichtungen selbst im Rahmen der

¹⁰ Zum heutigen Angebot s. Abschnitt 4.2.

¹¹ NRWSPD – Bündnis 90/ Die Grünen NRW: Koalitionsvertrag 2012 bis 2017 Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten, S. 115 f.

schriftlichen Befragung (s. Abschnitt 5.3) abgeglichen. Schließlich wurden die Frühfördereinrichtungen in privater Trägerschaft, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben und die keine anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle sind, gesondert überprüft.

Während die Angaben zu den Frühfördereinrichtungen in freier und öffentlicher Trägerschaft als gesichert gelten, bleiben trotz der Abklärungsbemühungen bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft Unsicherheiten. Diese hängen mit der Frage zusammen, welche Einrichtungen als Frühfördereinrichtungen zu definieren sind: Im Rahmen der Evaluation sollen die Anbieter einbezogen werden, die mit den Sozialhilfeträgern einen Vertrag nach §§ 53ff SGB XII zur Erbringung von Frühförderleistungen abgeschlossen haben. Vor Ort werden darüber hinaus in Einzelfällen Leistungen der Frühförderung von heilpädagogischen Praxen erbracht und nach §§ 53ff SGB XII abgerechnet. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Praxen ohne einen Vertrag nach §§ 53ff SGB XII dennoch als Frühfördereinrichtung angegeben wurden.

Nach dieser Datengrundlage erbringen in NRW insgesamt 156 Einrichtungen Leistungen der Frühförderung, von denen sich 59 (37%) in kreisfreien Städten und 99 (63%) in Landkreisen befinden. Im Rheinland werden Leistungen der Frühförderung von 50 Einrichtungen angeboten, dies entspricht einem Anteil von knapp einem Drittel aller Einrichtungen in NRW. In Westfalen-Lippe bieten insgesamt 108 Einrichtungen Frühförderleistungen an.

Tabelle 4: Einrichtungen aller Frühförderstellen im Überblick

	Anzahl	Anteil
Zusammen	156	100%
<i>Darunter nach Gebietskörperschaft:</i>		
kreisfreie Städte	58	37%
Landkreise	98	63%
<i>Darunter nach Region:</i>		
Rheinland	49	31%
Westfalen-Lippe	107	69%

Quellen: Freie Wohlfahrtspflege, Träger der Sozialhilfe

Die Verteilung von Einrichtungen der Frühförderung in den Gebietskörperschaften lassen keine Aussagen über die Versorgungssituation zu, weil hierin keine Angaben zur Größe der jeweiligen Einrichtungen enthalten sind. Es geht in dieser ersten Darstellung vielmehr um eine allgemeine strukturelle Darstellung.

Eine Betrachtung der Trägerlandschaft zeigt für die Frühförderung mit 101 Frühförderstellen (65% aller Einrichtungen) eine klare Dominanz der Freien Träger, 43 Einrichtungen (28%) befinden sich in privater und 12 (8%) in öffentlicher Trägerschaft (s. Tabelle 5).

Die Verteilung nach der Gebietskörperschaft zeigt bezogen auf das Verhältnis der privaten Träger zu den öffentlichen leichte Verschiebungen: So sind in Landkreisen und kreisfreien Städten die Anbieter in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege in etwa gleich

hoch. Allerdings sind in den Landkreisen anteilig mehr private Anbieter vertreten als in Städten, wo Frühförderung verhältnismäßig häufiger in öffentlicher Trägerschaft angeboten wird.

Tabelle 5: Alle Einrichtungen der Frühförderung nach Trägerschaft

	Freie Träger*		Private Träger		Öffentliche Träger		Zusammen
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Insgesamt	101	65%	43	28%	12	8%	156
<i>Darunter nach Gebietskörperschaft:</i>							
kreisfreie Städte	36	62%	14	24%	8	14%	58
Landkreise	65	66%	29	30%	4	4%	98
<i>Darunter nach Region:</i>							
Rheinland	35	71%	7	14%	7	14%	49
Westfalen-Lippe	66	62%	36	34%	5	5%	107

* Träger, die in der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind.

Quellen: Freie Wohlfahrtspflege, Träger der Sozialhilfe

Die Trägerstruktur unterscheidet sich in den beiden Regionen Rheinland und Westfalen-Lippe ebenfalls leicht voneinander: Im Rheinland sind mit 66% aller Einrichtungen die Frühfördereinrichtungen überdurchschnittlich häufig in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege, in Westfalen-Lippe ist dies bei 60% der Einrichtungen der Fall. Hier erbringen dagegen anteilig recht viele Einrichtungen Leistungen der Frühförderung (35%) in privater Trägerschaft, im Rheinland sind dies (15%). Frühfördereinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft sind dagegen mit einem Anteil von 11% eher im Rheinland zu finden als in Westfalen (2%).

5.2.2 Angebote der Komplexeleistung Frühförderung vor Ort

In Nordrhein-Westfalen sind nach derzeitigem Kenntnisstand (Mai 2012) insgesamt 56 anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) eingerichtet, davon 23 (41%) in kreisfreien Städten und 33 (59%) in Landkreisen sowie 31 (55%) im Rheinland und 25 (45%) in Westfalen-Lippe.

Tabelle 6: IFF im Überblick

	Anzahl	Anteil
Zusammen	56	100%
<i>Darunter nach Gebietskörperschaft:</i>		
kreisfreie Städte	23	41%
Landkreise	33	59%
<i>Darunter nach Region:</i>		
Rheinland	31	55%
Westfalen-Lippe	25	45%

Quellen: Krankenkassen(-verbände), Freie Wohlfahrtspflege

Von den 56 IFF befinden sich 38 (68%) in freier, 11 (20%) in privater und 7 (13%) in öffentlicher Trägerschaft. In den kreisfreien Städten befinden sich die IFF anteilig häufiger in öffentlicher Trägerschaft, während sich die IFF in den Landkreisen anteilig häufiger in privater Trägerschaft befinden.

Des Weiteren befinden sich im Rheinland 21 IFF (68%) in freier und jeweils 5 (16%) in privater sowie in öffentlicher Trägerschaft. In Westfalen befinden sich mit 17 IFF ebenfalls 68% in freier Trägerschaft, 6 (23%) sind in privater Trägerschaft und 2 (8%) in öffentlicher Trägerschaft.

Tabelle 7: Verteilung der IFF nach Trägerschaft

	Freie Träger*		Private Träger		Öffentliche Träger		Zusammen
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Insgesamt	38	68%	11	20%	7	13%	56
<i>Darunter nach Gebietskörperschaft:</i>							
kreisfreie Städte	16	70%	3	13%	4	17%	23
Landkreise	22	67%	8	24%	3	9%	33
<i>Darunter nach Region:</i>							
Rheinland	21	68%	5	16%	5	16%	31
Westfalen-Lippe	17	68%	6	24%	2	8%	25

* Träger, die in der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind.

Quellen: Krankenkassen(-verbände), Freie Wohlfahrtspflege

Um die Versorgungssituation bezogen auf die Komplexleistung Frühförderung vor Ort bewerten zu können, bedarf es einer ortsbezogenen Darstellung der eingerichteten IFF, die weniger auf die absolute Anzahl der IFF in NRW abstellt, sondern darauf, in wie vielen Gebietskörperschaften mindestens eine IFF eingerichtet ist.

In Nordrhein-Westfalen gibt es 23 kreisfreie Städte und 31 Landkreise (einschließlich der Städtereion Aachen). In 12 kreisfreien Städten (55% aller kreisfreien Städte in NRW) und in 15 Landkreisen (48% aller Landkreise in NRW) ist mindestens eine IFF

eingerrichtet. Bezogen auf die jeweiligen Anteile besteht zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen nur ein geringfügiger Unterschied. Des Weiteren sind in den 12 kreisfreien Städten mit einem Angebot der Komplexleistung insgesamt 23 IFF eingerichtet, dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von 1,92. In den Landkreisen ist diese Anzahl mit 2,2 IFF je Landkreis mit Komplexleistungsangebot etwas höher. Auch dieser Unterschied ist nicht erheblich und aufgrund der Größe einiger Landkreise plausibel.

Tabelle 8: Versorgungssituation in den Gebietskörperschaften (GKS)

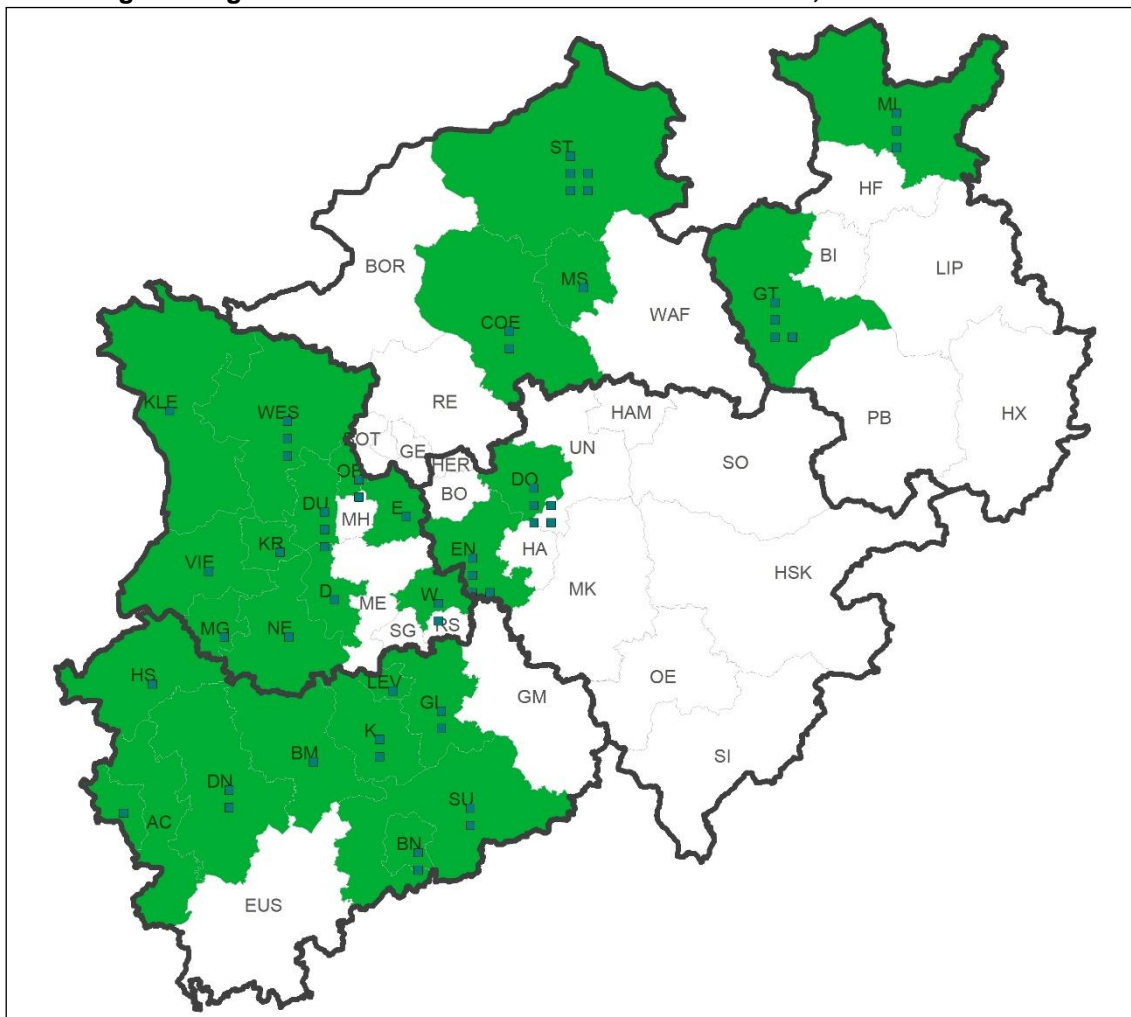
	Anzahl GKS	GKS mit mindestens einer IFF		Eingerichtete IFF	
		Anzahl	Anteil	insgesamt	je GKS
Insgesamt	53	27	51%	56	2,07
<i>darunter nach Gebietskörperschaft:</i>					
Kreisfreie Städte	22	12	55%	23	1,92
Landkreise	31	15	48%	33	2,20
<i>darunter nach Region:</i>					
Rheinland	26	20	77%	31	1,55
Westfalen-Lippe	27	7	26%	25	3,57

Quellen: Krankenkassen(-verbände), Freie Wohlfahrtspflege

Eine differenzierte Betrachtung von Rheinland und Westfalen-Lippe zeigt dagegen erhebliche Unterschiede: So ist im Rheinland in 20 Gebietskörperschaften (77%) mindestens eine IFF eingerichtet, während in Westfalen-Lippe dies in 7 Gebietskörperschaften (26%) der Fall ist.

Wenn aber eine kreisfreie Stadt oder ein Landkreis in Westfalen Komplexleistung anbietet, dann mit deutlich mehr eingerichteten IFF (durchschnittlich 3,57 je Gebietskörperschaft) als im Rheinland (1,55 IFF je Gebietskörperschaft).

Die folgende Abbildung zeigt die regionale Verteilung der IFF in NRW: die dunkel hinterlegten Flächen geben an, in welchen kreisfreien Städten und Landkreisen Interdisziplinäre Frühförderstellen eingerichtet sind. Die Quadrate zeigen, wie viele IFF in den jeweiligen Gebietskörperschaften eingerichtet sind.

Abbildung 1: Eingerichtete IFF in den Städten und Landkreisen, Stand November 2012

Quellen: Krankenkassen(-verbände), Freie Wohlfahrtspflege

5.3 Einrichtungen der Frühförderung

Informationen zu den Einrichtungen der Frühförderung bezogen auf die Art des Angebots, auf die Größe, die Professionen und Zusatzqualifikationen wurden im Rahmen der schriftlichen Erhebung bei allen Frühfördereinrichtungen in NRW zusammengetragen. Konkret wurden einbezogen

- *Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)*, die Komplexleistung (und häufig auch solitäre Leistungen) anbieten.

An der Befragung haben sich insgesamt 32 IFF beteiligt. Von diesen bieten 9 IFF ausschließlich Komplexleistung an, die übrigen 23 bieten sowohl Komplexleistung als auch solitäre Leistungen an.

- *Frühförderstellen*, die interdisziplinär oder rein heilpädagogisch besetzt sind und keine Komplexleistung anbieten.

An der Befragung haben sich insgesamt 44 Frühförderstellen beteiligt.

- *Heilpädagogische Praxen* mit einer Vereinbarung nach § 75 SGB XII zur Erbringung der Frühförderung

An der Befragung haben sich insgesamt 3 heilpädagogische Praxen beteiligt.

Im Folgenden werden die Frühförderstellen, die die Komplexleistung nicht anbieten, und die heilpädagogischen Praxen unter dem Begriff „Frühfördereinrichtungen *ohne* Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung“ zusammengefasst. Des Weiteren werden dargestellt die „Frühfördereinrichtungen *mit* Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung“, die auch solitäre heilpädagogische Leistungen erbringen. Die Bezeichnung IFF wird ausschließlich in Verbindung mit der Komplexleistung verwendet. Durch diese Differenzierung liegt gemäß dem Auftrag der Evaluation der Fokus auf der Komplexleistung. Hierzu abgegrenzt werden solitäre Leistungen von Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung von Komplexleistung und mit Anerkennung.

5.3.1 Größe der Einrichtungen

Die folgende Tabelle zeigt getrennt für die beiden Einrichtungsformen (mit und ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung) die Größe der Einrichtungen bezogen auf fest angestellte Mitarbeiter/innen und Kooperationen, jeweils als Anzahl der Personen sowie als Vollzeitstellen. Dargestellt wird jeweils, wie viele Einrichtungen Angaben zu den jeweiligen Punkten machten (Nennungen), der angegebene kleinste und größte Wert sowie die mittlere Größe. Für diese Darstellung wurde der Median gewählt, der eine der Größe nach geordnete Reihung genau in der Hälfte teilt; 50% der Einrichtungen sind maximal so groß wie der angegebene Wert und die anderen 50% sind mindestens so groß.

Die Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung sind größer als die Einrichtungen ohne Anerkennung. Sie haben mindestens 7 fest angestellte Personen mit mindestens 2 Vollzeitstellen, die Hälfte der Einrichtungen hat mindestens 16 fest angestellte Personen und mindestens 9,2 Vollzeitstellen. Demgegenüber verfügt die kleinste Frühfördereinrichtung ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung über eine Person mit einer Teilzeitstelle, die größte dieser Einrichtungen hat 32 fest angestellte Personen und 27,5 Vollzeitstellen. Die Hälfte dieser Einrichtungen hat mindestens 9 fest angestellte Personen. Damit sind sie durchschnittlich etwas mehr als halb so groß wie die Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung.

Tabelle 9: Anzahl der Beschäftigten

	Einrichtungen mit Anerkennung KI				Einrichtungen ohne Anerkennung KI			
	Nennungen	kleinster Wert	größter Wert	Mittelwert (Median)	Nennungen	kleinster Wert	größter Wert	Mittelwert (Median)
	Fest angestellte Mitarbeiter/innen							
Anzahl Personen	32	7	138	16	46	1	32	9
in Vollzeitstellen	31	2,0	89,1	9,2	45	0,4	27,5	4,5
	Vertraglich gebundene Kooperationen							
Anzahl Personen	25	1	18	4	9	1	10	2
in Vollzeitstellen	21	0,1	3,5	0,8	6	0,2	2,1	2,0

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Nicht alle Einrichtungen haben zusätzlich Kooperationsvereinbarungen. Dies kommt wesentlich häufiger bei den Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung vor; 25 der insgesamt 32 (knapp 80%) Einrichtungen gaben Kooperationspartner an. Von den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung waren dies nur 9 von 47 (rd. 20%).

5.3.2 In den Einrichtungen vertretene Professionen

In den Frühfördereinrichtungen sind Mitarbeiter/innen verschiedener Professionen aus dem pädagogischen sowie aus dem therapeutischen Bereich beschäftigt. Hinzu kommen können Ärzte/innen, Psychologen/innen, Verwaltungspersonal sowie unterstützende Kräfte, wie Fahrdienst, Azubis, Hilfskräfte, BFD (Bundesfreiwilligendienst) etc.

Die jeweiligen Einrichtungen unterscheiden sich in der Personalstruktur, sowohl bezogen auf die Größe als auch auf die Professionen. Im Folgenden wird zunächst dargestellt, wie viele Personen in den Einrichtungen beschäftigt sind und um wie viele Vollzeitstellen es sich dabei handelt. Anschließend wird dargelegt, welche Professionen von den Einrichtungen beschäftigt werden, um abschließend das zahlenmäßige Verhältnis der Berufsgruppen untereinander darzustellen.

Da in diesem Fragekomplex zur Personalstruktur nicht zwischen Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (alle Leistungen der Frühförderung) und IFF (ausschließlich Komplexleistung) unterschieden wird, erfolgen die Ausführungen durchgängig getrennt für Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung. Zudem wird zwischen fest angestelltem Personal und vertraglich gebundenen Kooperationen unterschieden; lose bzw. gelegentliche Kooperationen in Einzelfällen wurden hier ausgeschlossen.

Für eine erste Annäherung an die jeweils beschäftigten Professionen wird zunächst dargestellt, in wie vielen Einrichtungen die benannten Professionen beschäftigt sind bzw. vertraglich gebundene Kooperationen bestehen. Für eine vereinfachte Lesbarkeit wurden Gruppen von Professionen farblich zusammengefasst: Als heilpädagogische

Professionen werden zusätzlich zu den explizit benannten Rehabilitationspädagogen/innen, Diplom-Heilpädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen, Musik- und Lerntherapeuten/innen aufgenommen (andere pädagogische/therapeutische Ausbildung).

(Heil-)pädagogische Fachkräfte

Unter den (heil-)pädagogischen Fachkräften sind in allen oder zahlreichen Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung Heilpädagogen/innen (100% der Einrichtungen), Motopäden/innen (88%) sowie Sozialpädagogen/innen (81%) beschäftigt. In den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung sind dies Heilpädagogen/innen (91%) sowie Sozialpädagogen/innen (64%), Motopäden/innen spielen hier keine so große Rolle. Diplom-Pädagogen sind unabhängig von der Einrichtungsart in weniger als der Hälfte beschäftigt.

28% der Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung haben Sprachheilpädagogen/innen fest angestellt und weitere 13% arbeiten in Kooperationen mit ihnen zusammen. Die übrigen Professionen wurden deutlich seltener angegeben.

Medizinisch-therapeutische Fachkräfte

Die Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung müssen entsprechend ihres Konzepts medizinisch-therapeutisches Personal fest anstellen oder vertraglich gebundene Kooperationen abschließen. 81% dieser Einrichtungen haben Physiotherapeuten/innen fest angestellt, 28% verfügen (z.T. zusätzlich) über Kooperationsvereinbarungen. Drei Viertel der Einrichtungen beschäftigen Ergotherapeuten/innen in festen Verträgen und 44% Logopäden/innen. Hinzu kommen Kooperationsverträge mit diesen Professionen.

Etwa die Hälfte der Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung beschäftigt Logopäden/innen, die anderen beiden dagegen Berufsgruppen eher selten. Kooperationen sind in diesem Bereich nicht üblich.

Tabelle 10: In den Einrichtungen vertretene Professionen

	Einrichtungen mit Anerkennung KI				Einrichtungen ohne Anerkennung KI			
	Feste Anstellung		Kooperation		Feste Anstellung		Kooperation	
(Heil-)pädagogische Fachkräfte								
Heilpädagogen	32	100%	1	3%	43	91%	3	6%
Motopäden	28	88%	1	3%	12	26%	1	2%
Sozialpädagogen	26	81%	1	3%	30	64%		
Dipl.Pädagogen	14	44%	1	3%	22	47%	1	2%
Sprachheilpädagogen	9	28%	4	13%	8	17%	1	2%
Sonderpädagogen	4	13%			3	6%		
Erzieher	3	9%			6	13%		
Andere pädagogische/ therapeutische Ausbildung	6	19%			9	19%	1	2%
Medizinisch-therapeutische Fachkräfte								
Physiotherapeuten	26	81%	9	28%	9	19%		
Ergotherapeuten	24	75%	6	19%	6	13%		
Logopäden	14	44%	10	31%	23	49%	1	2%
Ärzte / Psychologen								
Ärzte	13	41%	15	47%	3	6%	2	4%
Psychologen	22	69%	7	22%	11	23%		
Verwaltung / Unterstützung								
Verwaltungsfachangestellte	19	59%			16	34%		
Bürokräft	16	50%	1	3%	16	34%		
Leitung	2	6%			2	4%		
Fahrdienst	3	9%			1	2%		
Hilfskräfte / Azubi / BFD	4	13%			3	6%		

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Ärzte/innen und Psychologen/innen

41% der Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung gaben an, über fest angestellte Ärzte/innen zu verfügen und knapp die Hälfte arbeitet hier mit Kooperationen. Psychologen/innen werden von knapp 70% der Einrichtungen fest angestellt beschäftigt und etwas mehr als ein Fünftel arbeitet mit Psychologen/innen in Form von Kooperationsverträgen zusammen.

Unter den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung gaben 3 an, Ärzte/innen fest angestellt zu haben und weitere 2 verfügen über diesbezügliche Kooperationen. In knapp einem Viertel der Einrichtungen arbeiten zudem fest angestellte Psychologen/innen.

Verwaltung, Unterstützung

Im Vergleich verfügen die Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung verhältnismäßig häufiger über Personal im Bereich der Verwaltung sowie bei unterstützenden Diensten. Ein Zusammenhang besteht zwischen der gesamten

personellen Größe von Einrichtungen und dem Verwaltungsaufwand. Dies kann aber auch einen ersten Hinweis auf einen höheren Verwaltungsaufwand durch Komplexleistung geben.

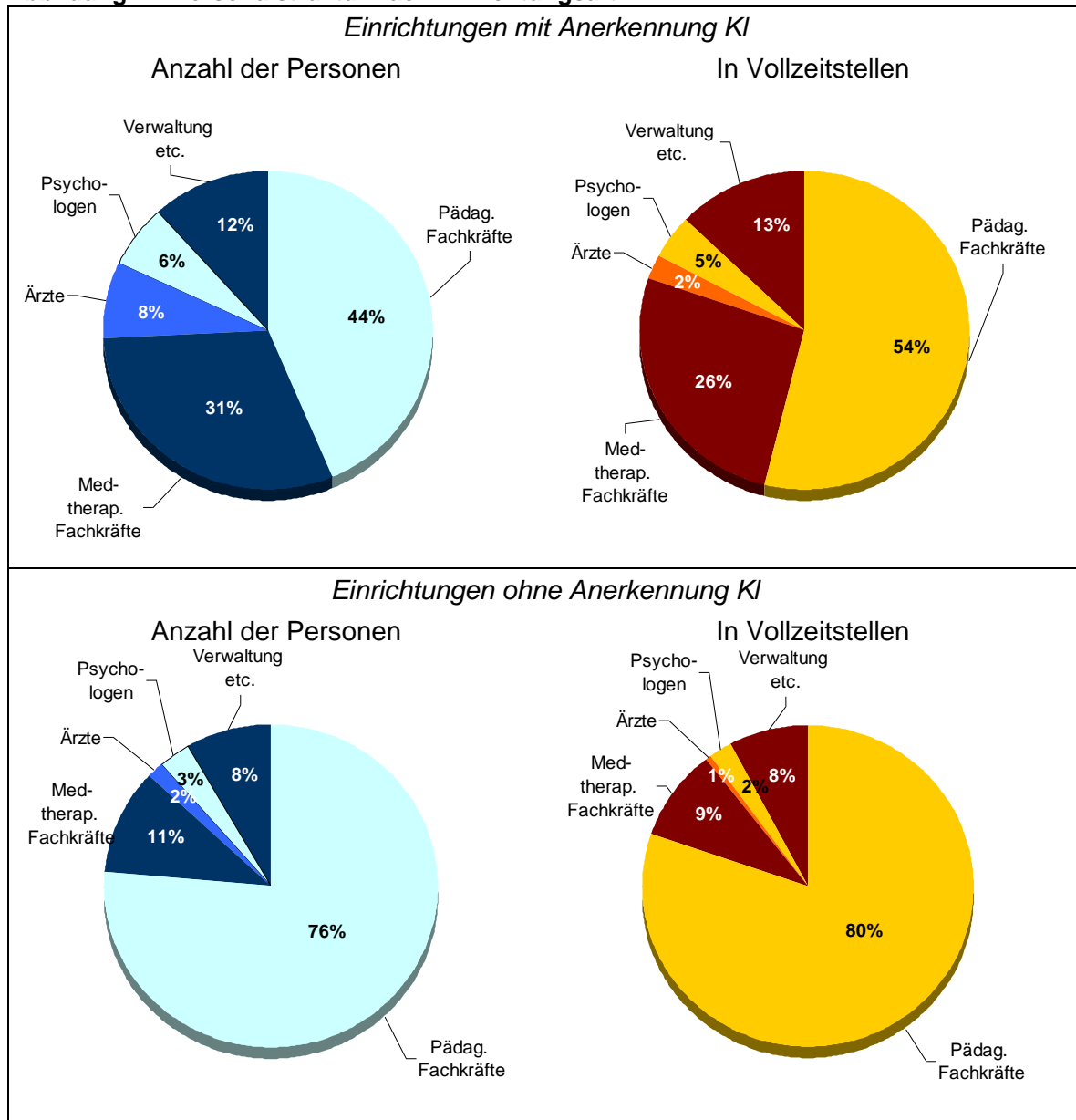
5.3.3 Personalstruktur

Die Frühförderung umfasst heilpädagogische Leistungen, ggf. psychologische Leistungen. Sofern Komplexleistung nicht angeboten wird und ein Kind über die heilpädagogische Leistung hinausgehend medizinisch-therapeutische Leistungen benötigt, ist hierfür eine ärztliche Verordnung notwendig. Die Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung bieten zum Teil medizinisch-therapeutische Leistungen an. Wird die Komplexleistung erbracht, erhalten die Kinder heilpädagogische, medizinisch-therapeutische, psychologische und ärztliche Leistungen durch die Einrichtung.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich die Personalstruktur der Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung erheblich von denen der ohne Anerkennung unterscheidet. Die Abbildung der Personalstruktur erfolgt dabei, indem die fest angestellten Mitarbeiter/innen und die vertraglich gebundenen Kooperationspartner/innen zusammengerechnet werden.

44% der für die Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung tätigen Personen sind (heil-)pädagogische Fachkräfte, 31% sind medizinisch-therapeutische Fachkräfte, der Anteil der Ärzte/innen und der Psychologen/innen liegt jeweils unter 10%. Verwaltung und unterstützende Dienste machen 12% des gesamten Personals aus. Werden die Vollzeitstellen herangezogen, zeigt sich eine Verschiebung in der Verteilung pädagogischer und medizinisch-therapeutischer Fachkräfte: Über die Hälfte der als Vollzeit berechneten Stellen ist mit pädagogischen und etwa ein Viertel mit medizinisch-therapeutischen Fachkräften besetzt. Die Ärzte/innen machen nach dieser Berechnung nur 2% des zeitlichen Leistungsvolumens aus, die Psychologen/innen 5%. Der Anteil der Verwaltung und anderen Dienste liegt schließlich bezogen auf Vollzeitstellen mit 13% etwas höher als dies beim Anteil bezogen auf Personen der Fall ist.

Abbildung 2: Personalstruktur nach Einrichtungsart



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung ist der Anteil der (heil-)pädagogischen Fachkräfte 76% erheblich höher und 11% der Beschäftigten sind dem medizinisch-therapeutischen Bereich zuzuordnen. Ärzte/innen und Psychologen/innen machen jeweils nur einen kleinen Anteil aus und die Verwaltung sowie unterstützende Dienste 8% am gesamten Personal. Bezogen auf Vollzeitstellen verschiebt sich die Personalstruktur weiter in Richtung pädagogischer Fachkräfte, sie machen 80% des zeitlichen Volumens aus, mit 9% entfallen auf den medizinisch-therapeutischen Bereich nun 2 Prozentpunkte weniger, auch bei den Ärzten/innen und den Psychologen/innen sind hier die Anteile geringer als bezogen auf die Anzahl der Personen. Keine Unterschiede sind im Bereich der Verwaltung zu verzeichnen.

Die beschriebenen Daten geben einen ersten Hinweis auf die Personalstruktur je nach Einrichtungstyp. Da aber die Frühfördereinrichtungen mit einer Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung häufig auch solitäre heilpädagogische Leistungen erbringen, kann hieraus nicht direkt auf die Personalstruktur bei der Komplexleistung geschlossen werden. Werden nur die Einrichtungen herangezogen, die ausschließlich die Komplexleistung erbringen, so entfallen je 36% der Vollzeitstellen auf die heilpädagogischen und die medizinisch-therapeutischen Leistungen, 3% auf ärztliche und 10% auf psychologische Leistungen. Der Anteil an der Verwaltung beträgt hier 16%. Diese Daten sind aufgrund der geringen Anzahl der IFF, von denen die Daten in dieser Form vorliegen, nicht repräsentativ, sondern geben lediglich einen Hinweis darauf, dass sich die Relationen zwischen den Professionen bei den IFF noch einmal hin zu mehr medizinisch-therapeutischen Leistungen und einem höheren Verwaltungsanteil verschieben.

5.3.4 Zusatzqualifikationen

Diesen Punkt abschließend wurden die Einrichtungen danach gefragt, welche Zusatzqualifikationen die Mitarbeiter/innen haben. Zwei Drittel der Mitarbeiter/innen verfügen über eine Zusatzqualifikation. Dieses Ergebnis ist unabhängig davon, ob die Frühfördereinrichtung eine Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung hat.

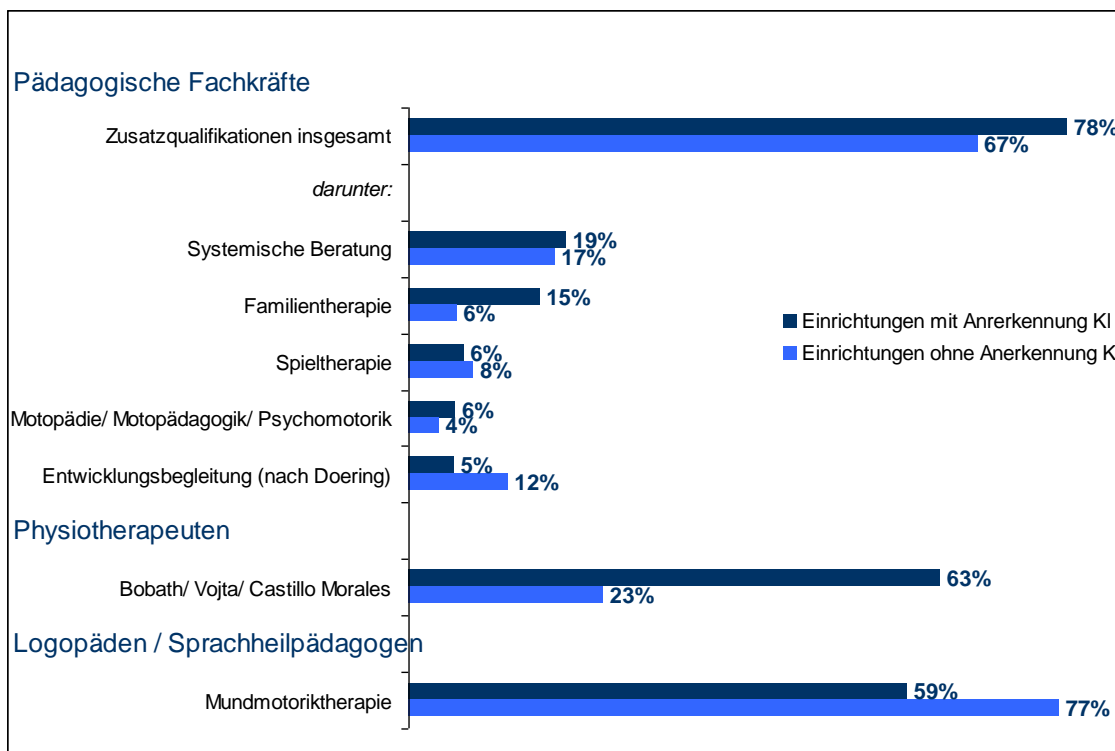
Eine Betrachtung einzelner Zusatzqualifikationen zeigt Unterschiede für Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und Einrichtungen ohne Anerkennung. Die folgende Abbildung stellt getrennt für die pädagogischen Fachkräfte sowie für die Physiotherapeuten/innen und die Logopäden/innen bzw. Sprachheiltherapeuten/innen den jeweiligen Anteil der Mitarbeiter/innen mit Zusatzqualifikationen an allen Mitarbeiter/innen der entsprechenden Fachrichtung.

Im Ergebnis verfügen 78% der pädagogischen Fachkräfte in den Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung über eine pädagogische Zusatzqualifikation; in den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung sind dies zwei Drittel. In den Zeilen darunter sind die am häufigsten genannten Qualifikationen einzeln aufgelistet.

Weiterhin verfügen in Einrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung 63% der Physiotherapeuten/innen über eine Zusatzqualifikation im physiotherapeutischen Bereich, unter den Physiotherapeuten/innen in den Einrichtungen ohne Anerkennung ist dies ein knappes Viertel.

Über die Zusatzqualifikation Mundmotoriktherapie verfügen dagegen mit 77% anteilig mehr Logopäden/innen bzw. Sprachheilpädagogen/innen in den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung als in den Einrichtungen mit Anerkennung (59%).

Abbildung 3: Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen – Anteil an jeweils beschäftigten Mitarbeiter/innen der entsprechenden Fachrichtung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Insgesamt kann in beiden Einrichtungstypen ein recht hohes Maß an Fachkräften mit Zusatzqualifikationen konstatiert werden. Keine Aussagen können allerdings darüber getroffen werden, wie die Zusatzqualifikationen im Einzelnen qualitativ ausgestaltet sind.

6 Frühförderung und Komplexleistung in der Umsetzung

In diesem Kapitel wird Fragen der konkreten Ausgestaltung von Frühförderleistungen – und insbesondere der Komplexleistung – nachgegangen. Beginnend mit der Ausgestaltung des Zugangs zu den Leistungen werden anschließend die „Frühförderkinder“ näher beschrieben. Das Leistungsgeschehen sowie die Beendigungsphase der Frühförderung / der Komplexleistung werden in den beiden letzten Abschnitten dargestellt.

Die folgenden Aussagen beruhen auf Angaben aus der schriftlichen Befragung aller Frühfördereinrichtungen in NRW. Hinzugenommen werden punktuell Ergebnisse der kindbezogenen Analyse von „Komplexleistungskindern“.

6.1 Zugang zu den Leistungen

Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik im Rahmen der Komplexleistung bedarf einer ärztlichen Verordnung und wird nach § 7, Abs. 1FrühV¹² von einer IFF oder einem SPZ durchgeführt, in NRW regelhaft von den IFF oder als Sonderfall vom SPZ in Zusammenarbeit mit der IFF. Eine Kommune in Westfalen-Lippe weicht von dieser Verfahrensweise ab: Hier wird die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik im Auftrag des Sozialhilfeträgers ausschließlich durch das Gesundheitsamt durchgeführt.

Das Ergebnis der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik wird im Förder- und Behandlungsplan verschriftlicht und dem Sozialhilfeträger einschließlich des Antrags auf Leistungsbewilligung zugesendet. Der Förder- und Behandlungsplan (FuB) wird zum Teil ausschließlich durch die Sachbearbeitung nach Aktenlage geprüft und bewilligt bzw. abgelehnt. Andere Modelle sehen eine Prüfung des FuB durch das Gesundheitsamt als Fachinstanz (ebenfalls überwiegend nach Aktenlage) vor, bevor der Antrag – versehen mit einer entsprechenden Empfehlung des Gesundheitsamtes – vom Sozialhilfeträger bewilligt/ abgelehnt wird. Die Krankenkassen haben diesem Bewilligungsverfahren zugestimmt und folgen den Entscheidungen der Sozialhilfeträger ohne eigene weitere Prüfungen.

Das Eingangsverfahren für heilpädagogische Frühförderung sieht keine ärztliche Verordnung und keine Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik unter ärztlicher, pädagogischer, medizinisch-therapeutischer und psychologischer Beteiligung vor. Auch hier differieren die Verfahren vor Ort, wobei überwiegend Anamnese und Diagnostik in den Frühförderstellen durchgeführt werden. Die Sozialhilfeträger als in diesem Fall alleinig zuständige Kostenträger entscheiden über Anträge entweder nach Aktenlage oder das Gesundheitsamt ist dazwischengeschaltet. In einigen Kommunen ist das Gesundheitsamt bzw. eine Fachstelle des Gesundheitsamtes für Anamnese und Diagnostik verantwortlich.

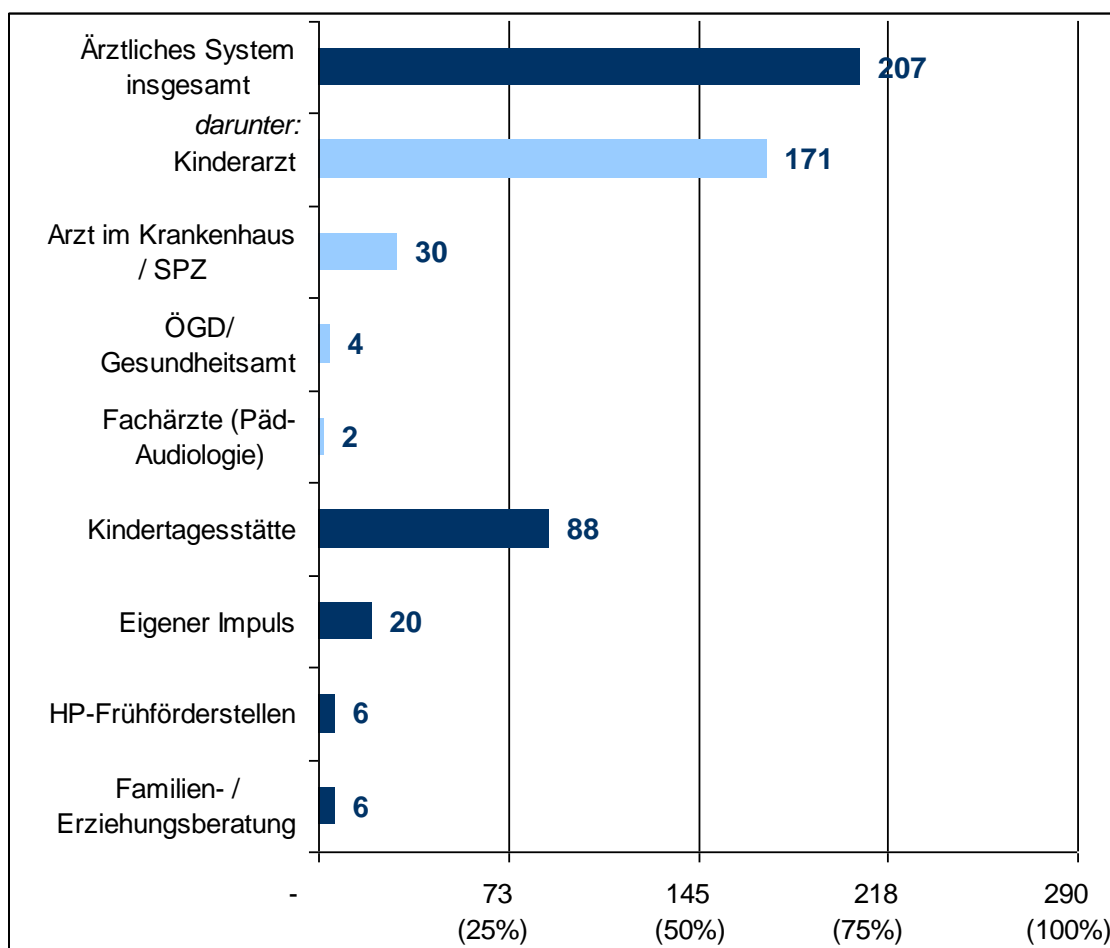
Bevor aber ein Eingangsverfahren eingeleitet werden kann, bedarf es eines Impulses seitens der Eltern, eine Frühfördereinrichtung aufzusuchen. Zu dieser Frage liegen Ergebnisse von Kindern im Komplexleistungsbezug vor. Die Eingangsdiagnostik stellt das Kernstück im Zugangsverfahren dar und ist für die Komplexleistung recht engmaschig geregelt. Für die Komplexleistung liegen darüber hinausgehend Angaben zur Dauer des Eingangsverfahrens vor. Dem Ergebnis der Eingangsdiagnostik aus Sicht der diagnostizierenden Stelle mit entsprechenden Empfehlungen folgen die Bewilligung bzw. Ablehnung durch den Sozialhilfeträger und schließlich die Inanspruchnahme.

¹² § 7, Abs.1 FrühV: Die Interdisziplinären Frühförderstellen und die Sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinäre entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des §14 des Neunten Busches Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vor.“

6.1.1 Impuls zur IFF zu kommen

Der Zugang zur Komplexleistung erfordert eine Interdisziplinäre Eingangsdagnostik auf ärztliche Verordnung. Die Eltern können jedoch auch durch andere Institutionen oder Freunde auf einen möglichen Förderbedarf ihres Kindes hingewiesen werden. Laut der Aktenanalyse von 290 Kindern, haben Eltern von 207 Kindern (knapp drei Viertel) einen Arzt/ eine Ärztin als Impulsgeber zum Aufsuchen einer IFF angegeben, hierunter sind mit 171 Angaben (rd. 60%) überwiegend die Kinderärzte/innen und mit 30 Angaben (10%) die Ärzte/innen im Krankenhaus bzw. im SPZ zu benennen. Ein ebenfalls sehr wichtiger Impulsgeber sind die Kindertageseinrichtungen, diese gaben Eltern von 88 Kindern (30%) an. 20 Eltern (7%) kamen aus eigenem Impuls und je 6 auf Anraten einer heilpädagogischen Frühförderstelle bzw. einer Familien- bzw. Erziehungsberatungsstelle.

Abbildung 4: Impulsgeber zum Aufsuchen einer IFF – dokumentierte Angaben von Eltern



Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Darüber hinaus wurden andere Impulsgeber angegeben. Hierzu gehören niedergelassene therapeutische Praxen unterschiedlicher Fachrichtung (3 Eltern), das Jugendamt (2) oder Spielkreise (2). Von insgesamt 5 Kindern hatten die Eltern keine Impulsgeber angegeben.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass für den Zugang zur Komplexleistung das ärztliche System der entscheidende Impulsgeber ist: Knapp drei Viertel der Eltern gaben dies an. Der zweite wesentliche Impulsgeber sind die Kindertageseinrichtungen. Die übrigen machen zusammen nur etwa 10% aus.

6.1.2 Eingangsdagnostik

Beteiligung an der Eingangsdagnostik

Bei den IFF werden entsprechend der Frühförderungsverordnung und ihres Auftrages alle Bestandteile der Diagnostik durch die Einrichtung erbracht. In einer rheinischen Stadt sind Interdisziplinäre Eingangsdagnostik, die durch das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der städtischen Kliniken durchgeführt wird, und die Erbringung der Komplexleistung in der IFF getrennt; eine weitere Ausnahme sind die IFF in einem westfälischen Kreis, wo die Eingangsdagnostik vollständig im Gesundheitsamt des Kreises stattfindet, was so nicht mit § 7, Abs.1 FrühV vereinbar ist.

Das Eingangsverfahren zur Bewilligung von solitären heilpädagogischen Leistungen ist in einigen Städten und Landkreisen in NRW durch das Gesundheitsamt bzw. eine Fachstelle des Gesundheitsamtes organisiert. Daher ist der Anteil der Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, die eine Eingangsdagnostik durchführen, insgesamt niedriger als dies bei den IFF der Fall ist. 74% der Einrichtungen ohne Anerkennung erbringen heilpädagogische Diagnostik und je nach personeller Besetzung wird von 30% dieser Einrichtungen eine medizinisch-therapeutische Diagnostik durchgeführt. Psychologische und ärztliche Diagnostik werden von diesen Einrichtungen eher seltener erbracht.

Tabelle 11: Diagnostische Leistungen

Art der Diagnostik:	IFF (N=33)		Einrichtungen ohne Anerkennung KL (N= 46)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Heilpädagogisch	32	97%	34	74%
Medizinisch-therapeutisch	31	94%	14	30%
Psychologisch	29	88%	9	20%
Ärztlich	32	97%	8	17%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die Einrichtungen wurden weitergehend nach den an der Diagnostik beteiligten Berufsgruppen befragt: Im Rahmen der heilpädagogischen Diagnostik sind Heilpädagoginnen und Heilpädagogen mit Abstand die am häufigsten vertretene Berufsgruppe, gefolgt von Sozialpädagoginnen (-pädagogen). Diplom-Pädagoginnen (-pädagogen) sind in den IFF häufiger an der Diagnostik beteiligt als Motopädinnen bzw. Motopäden. Dieses Verhältnis ist in den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung andersherum. Sonderpädagoginnen (-pädagogen) sind im Rahmen der

Eingangsdagnostik nur selten vertreten, andere Berufsgruppen wie die Diplom-Rehabilitationspädagoginnen (-pädagogen) ebenfalls.

An der medizinisch-therapeutischen Diagnostik im Rahmen der Eingangsdagnostik seitens der IFF sind in der Regel alle drei Berufsgruppen beteiligt, dieser Bereich der Diagnostik wird in den Frühfördereinrichtungen verhältnismäßig selten durchgeführt, wobei nur geringfügige Unterschiede zwischen den drei Berufsgruppen festgestellt werden können.

Die psychologische Diagnostik findet durch Psychologen/innen statt. Als andere Berufsgruppe wurde „Sozialpädagogin mit psychotherapeutischer Ausbildung“ benannt.

An der ärztlichen Diagnostik seitens der IFF sind in der Regel Fachärztinnen/-ärzte für Kind und Jugendheilkunde beteiligt, Psychiaterinnen/Psychiater nur selten und andere Spezialisten, wie z.B. Ärzte/innen für Pädaudiologie/Phoniatrie oder Neuropädiater/innen ebenfalls selten. Sofern eine ärztliche Diagnostik seitens Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung durchgeführt wird, geschieht dies ebenfalls in der Regel durch Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde.

Die folgende Tabelle zeigt die an der Eingangsdagnostik beteiligten Berufsgruppen im getrennt für die IFF und die Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung.

Tabelle 12: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen

An der Diagnostik Beteiligte	IFF (N=33)		Einrichtungen ohne Anerkennung KL (N= 46)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<i>Heilpädagogische Diagnostik:</i>				
Heilpädagogen	32	97%	33	72%
Sozialpädagogen	22	69%	21	46%
Dipl.-Pädagogen	14	44%	11	24%
Motopäden	10	31%	17	37%
Sonderpädagogen	2	6%	1	2%
Andere	1	3%	4	9%
<i>Medizinisch-therapeutische Diagnostik:</i>				
Logopäden/ Sprachheilpädagogen	30	94%	9	20%
Ergotherapeuten	30	94%	8	17%
Physiotherapeuten	29	91%	7	15%
<i>Psychologische Diagnostik:</i>				
Psychologen	29	91%	9	20%
<i>Ärztliche Diagnostik:</i>				
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde	32	97%	8	17%
Psychiater	2	6%	1	2%
Andere Fachrichtungen	2	6%	3	7%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

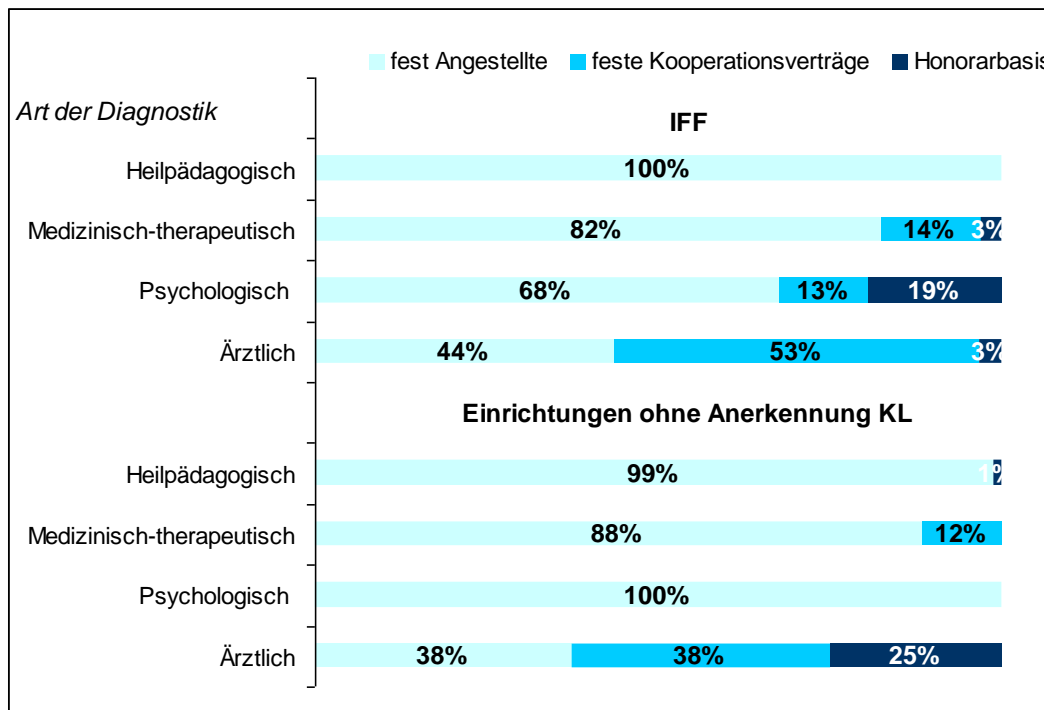
Organisation der Diagnostik

Die Organisation der Diagnostik erfolgt je nach Bereich der Diagnostik (heilpädagogisch, medizinisch-therapeutisch, psychologisch, ärztlich) in unterschiedlicher Weise. Diese einzelnen Bereiche der Diagnostik können durch eigenes fest angestelltes Personal, von Fachkräften mit festen Kooperationsverträgen oder von Fachkräften auf Honorarbasis durchgeführt werden. Deutlich wird, dass die heilpädagogische Diagnostik sowohl von IFF als von Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung durch eigene fest angestellte Fachkräfte durchgeführt wird.

In den IFF wird die medizinisch-therapeutische Diagnostik zu 82% von fest angestellten Fachkräften erbracht und zu 14% von Fachkräften mit festen Kooperationsverträgen. Von Fachkräften auf Honorarbasis wird die medizinisch-therapeutische Diagnostik dagegen nur selten durchgeführt. Diese Situation stellt sich bei der psychologischen Diagnostik anders dar: Hier arbeitet jede fünfte IFF mit Psychologen/innen auf Honorarbasis zusammen. Davon abgesehen wird auch die psychologische Diagnostik überwiegend

von fest angestellten Fachkräften durchgeführt (68%). Bei der ärztlichen Diagnostik überwiegt dagegen das Modell der festen Kooperation (53%).

Abbildung 5: Organisation der Diagnostik nach Bereich der Diagnostik – Angaben in %



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Sofern Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung Diagnostikleistungen erbringen, erfolgt dies – mit Ausnahme der ärztlichen Diagnostik – in der Regel durch eigenes fest angestelltes Personal. Sofern eine ärztliche Diagnostik durchgeführt wird (8 Einrichtungen), erfolgt diese zu gleichen Anteilen durch fest angestellte Ärzte/innen oder durch Kooperationsärzte/innen. Zwei Einrichtungen (25%) arbeiten hier mit Ärzten/innen auf Honorarbasis zusammen.

Ärztliche Diagnostik bei der Komplexleistung

Sofern die ärztliche Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung durch Kooperation sichergestellt wird, stellt sich die Frage, mit Ärzten und Ärztinnen welchen Systems regelmäßig kooperiert wird. Am häufigsten wird mit Ärzten/Ärztinnen des Gesundheitsamtes kooperiert (9 IFF gaben dies an) gefolgt von Ärzten/Ärztinnen in Sozialpädiatrischen Zentren oder Krankenhäusern (5 IFF). Kooperationen mit niedergelassenen Praxen benannten 4 IFF und andere Fachärzte/-ärztinnen (insbesondere HNO) 3.

Tabelle 13: Kooperationen mit Ärzten/Ärztinnen im Rahmen der Komplexleistung

	Nennungen	Durchschnittliche Anzahl von Kooperationen mit ...	
		Ärzten	Praxen
Gesundheitsamt	9	1,4	
SPZ / Krankenhaus	5	1,6	
Niedergelassene Praxen	4	7,0	5,0
Andere Fachärzte/innen	3	k.A.	

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Bei Kooperationen mit dem Gesundheitsamt, dem SPZ oder einer Klinik wird mit durchschnittlich 1 bis 2 Ärzten/Ärztinnen kooperiert. Bei Kooperationen mit niedergelassenen Praxen vor Ort wird durchschnittlich mit 7 Ärzten/Ärztinnen in 5 Praxen kooperiert.

Ort der Diagnostik bei der Komplexleistung

Bei 21 der 33 IFF erfolgt die Diagnostik vollständig in der Einrichtung, bei Bedarf werden gesonderte Teile der Diagnostik auch woanders durchgeführt. Ein Drittel der IFF organisiert einzelne Bestandteile der Diagnostik außerhalb der Einrichtung und eine IFF gab an, dass ärztliche Eingangsdagnostik in der Einrichtung, die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik jedoch durch den Kinderarzt durchgeführt wird.

Tabelle 14: IFF: Ort der Diagnostik

	IFF (N=33)	
	Anzahl	Anteil
Alle Bestandteile in der Einrichtung	21	64%
Einzelne Bestandteile woanders	11	33%
Anders	1	3%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

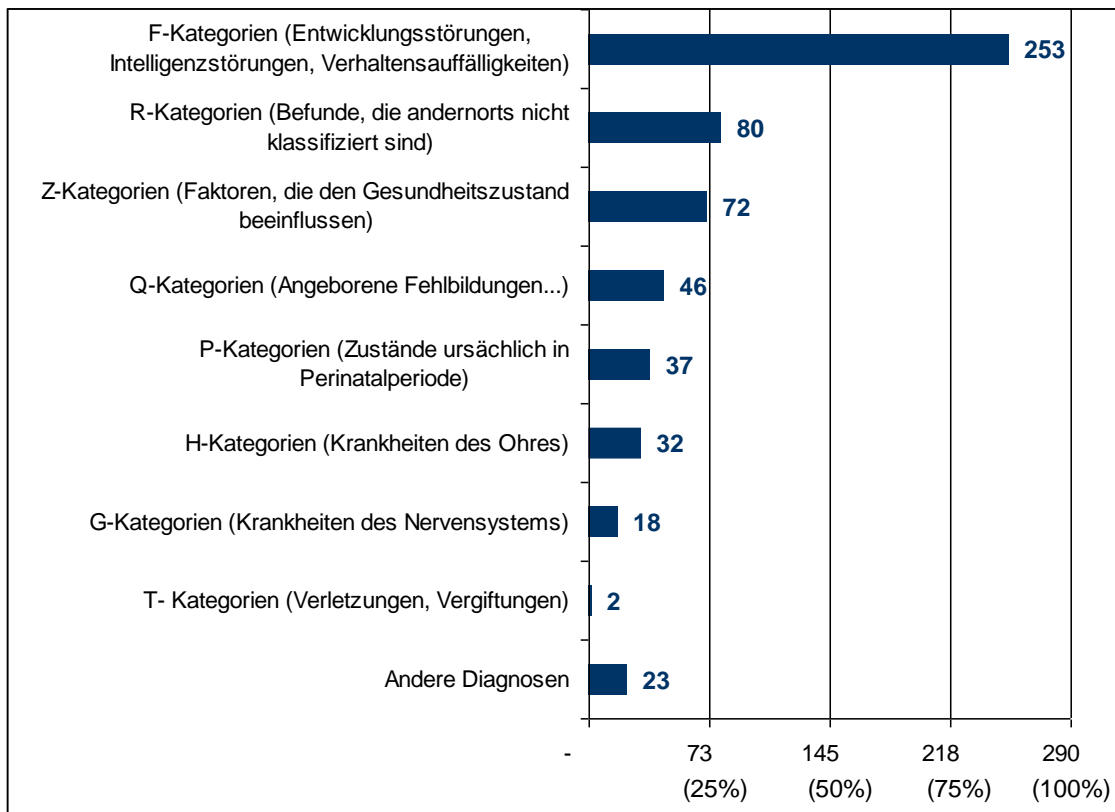
9 der 11 IFF, die einzelne Bereiche der Diagnostik an anderen Orten durchführen, gaben an, dass die ärztliche Diagnostik woanders durchgeführt wird, wenige gaben an, dass einzelne Bestandteile in der heilpädagogischen (4 Nennungen), der medizinisch-therapeutischen (3 Nennungen) bzw. der psychologischen Diagnostik (3 Nennungen) woanders durchgeführt wird.

Ergebnis der Diagnostik bei der Komplexleistung

Bei der durchgeführten Aktenanalyse wurden die IFF gebeten, die je Kind aufgelisteten Diagnosen anzugeben. Die Kinder haben in der Regel eine Doppeldiagnose in dem Sinne, dass verschiedene Kategorien der ICD-10-Klassifikation angegeben sind. Mit Ausnahme der Kinder mit Diagnosen der P-Kategorie haben nahezu alle Kinder eine

Diagnose im Bereich der Entwicklungsstörung, Intelligenzstörung, Verhaltensauffälligkeit (F-Kategorie), gepaart mit Diagnosen in weiteren Kategorien. Die folgende Abbildung zeigt in Abstufung, welche Diagnosen bei den 290 Kindern gestellt wurden.

Abbildung 6: Im Rahmen der Eingangsdiagnostik benannte Diagnosen nach ICD-10



Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Zu den Diagnosen merkten die beteiligten IFF an, dass sie insbesondere bei belasteten Familiensituationen, zum Teil mit Gewalterfahrung, vorsichtig agieren und entsprechende, für den Sozialhilfeträger als bewilligende Instanz wichtige, Hinweise in Textform beschreiben, aber ggf. nicht als Diagnose verschlüsseln.

Bei 70% der einbezogenen Kinder wurde eine umfeldbezogene Diagnostik durchgeführt, die vornehmlich als familiäres Umfeld und seltener auf die Lebenssituation des Kindes im weiteren Umfeld bezogen definiert wurde. Häufig benannt wurden Familienstand/-situationen: allein Erziehende, Paarproblematiken, Trennungen /Scheidungen, Migrationshintergrund etc. sowie bei etwa 15% der Kinder problematische bzw. belastete Familiensituationen. In diesem Zusammenhang wurden allgemeine Belastungen, bereits installierte Erziehungshilfen sowie psychische Beeinträchtigungen bzw. Belastungen von Elternteilen benannt. Bei einer Reihe der Kinder wurde explizit ausgeführt, dass die familiäre Situation unterstützend wirke.

6.1.3 Ergebnis des Eingangsverfahrens

Anhand der Ergebnisse der Eingangsdiagnostik wird entschieden, ob ein Antrag auf Bewilligung von Leistungen gestellt wird. Im Rahmen dieser Evaluation wurden

ausschließlich die IFF gefragt, wie häufig sie die Komplexleistung nicht empfehlen und ob bzw. welche Leistungen stattdessen empfohlen werden. Für eine Einordnung der Größenverhältnisse wird zunächst dargestellt,

- wie viele Kinder im Jahr 2011 insgesamt eine Leistung erhielten,
- bei wie vielen Kindern die Komplexleistung nicht empfohlen wurde,
- bei wie vielen Kindern Leistungen abgelehnt wurden und
- in wie vielen Fällen die Leistung zwar bewilligt, aber nicht in Anspruch genommen wurde.

Unterschieden werden dabei Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, wobei solitäre Leistungen und die Komplexleistung zusammen betrachtet werden. Eine weitere, gesonderte Rubrik bildet die IFF, bei der ausschließlich die Komplexleistungsfälle betrachtet werden.

Die Struktur des Ergebnisses unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen nur unwesentlich: Über 90% der Kinder, die eine Diagnostik durchlaufen haben, erhalten eine Leistung in der Frühfördereinrichtung. Ablehnungen erfolgen in 4% bis 5% der Fälle und eine Nichtinanspruchnahme bewilligter Leistungen in 2%.

Tabelle 15: Ergebnis des Eingangsverfahrens für alle Kinder im Jahr 2011

	Einrichtungen ohne Anerkennung KL		Einrichtungen mit Anerkennung KL (alle Leistungen)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Anzahl der Kinder, die ein Eingangsverfahren durchlaufen haben	5.760	100%	5.877	100%
<i>darunter:</i>				
Inanspruchnahme	5.389	94%	5.459	93%
Ablehnungen	239	4%	282	5%
Keine Inanspruchnahme	132	2%	136	2%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die IFF wurden zusätzlich gebeten anzugeben, bei wie vielen Kindern sie nach Abschluss der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik die Komplexleistung nicht empfohlen haben. Von den benannten 5.073 Kindern, die im Jahr 2011 eine Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchlaufen haben, erhielten in diesem Jahr 4.083 (80%) die Komplexleistung, bei 683 dieser Kinder (13%) wurde keine Empfehlung zur Komplexleistung ausgesprochen. Im Rahmen des Workshops wurde hierzu von den teilnehmenden IFF angemerkt, dass bereits vor Beginn einer Interdisziplinären Eingangsdiagnostik auch andere Fördermöglichkeiten ausgelotet würden, sofern sich bereits zu diesem Zeitpunkt

deutlich abzeichnet, dass eine Komplexleistung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bewilligt werden wird.

Tabelle 16: Ergebnis des Eingangsverfahrens für „Komplexleistungskinder“ im Jahr 2011

	IFF (ausschließlich Komplexleistung)	
	Anzahl	Anteil
Anzahl der Kinder, die die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchlaufen haben	5.073	100%
<i>darunter:</i>		
Inanspruchnahme	4.083	80%
Keine Empfehlung der Komplexleistung	683	13%
Ablehnungen	185	4%
Keine Inanspruchnahme	122	2%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Ablehnungen und nicht erfolgte Inanspruchnahme entsprechen im Verhältnis den Ergebnissen der anderen Leistungen (s. Tabelle 15).

Im Folgenden werden die Empfehlungen, die Ablehnungen und die nicht erfolgte Inanspruchnahme im Detail dargestellt.

Empfehlungen

Bezogen auf die Empfehlungen wurden ausschließlich die IFF befragt. Diese wurden gebeten anzugeben, bei wie vielen Kindern, die die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchlaufen haben, keine Empfehlung zur Komplexleistung gegeben wurde. Die zwischen den IFF bestehenden Unterschiede werden dargestellt anhand von Kategorien, die die Größenordnungen abbilden, bei denen eine Komplexleistung nicht empfohlen wurde.

Insgesamt wurde bei 683 Kindern keine Empfehlung zur Komplexleistung gegeben und keine der IFF gab an, dass alle diagnostizierten Kinder eine Empfehlung zur Komplexleistung erhalten hätten. Eine Betrachtung der Kategorien zeigt, dass in etwa einem Viertel der IFF mit weniger als 5% recht selten keine Empfehlung zur Komplexleistung ausgesprochen wurde, und bei 15% der IFF liegt dieser Anteil der „Nichtempfehlung“ zwischen 5% und 10%. Bei über der Hälfte der IFF liegt der Anteil der diagnostizierten Kinder ohne Empfehlung zur Komplexleistung bei über 10%, darunter gaben 10 der IFF (38%) an, dass sie bei 20% der diagnostizierten Kinder und mehr keine Empfehlung zur Komplexleistung geben.

Tabelle 17: Empfehlung zur Komplexleistung – Anteil an allen diagnostizierten Fällen in %

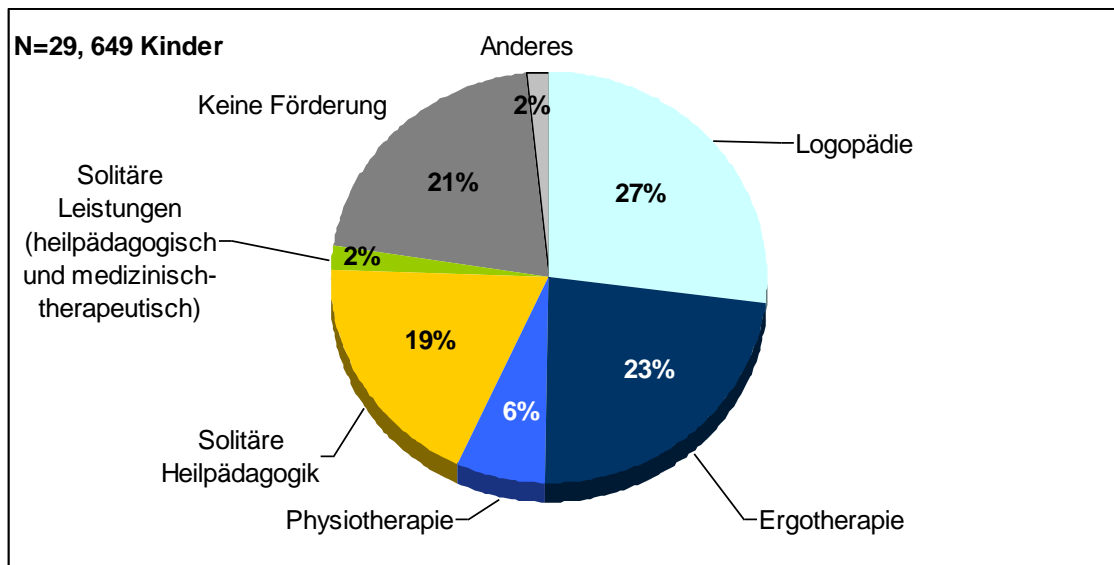
	Empfehlung der Komplexleistung	
<i>Anzahl Antworten</i>	26	
alle diagnostizierten Kinder erhalten eine Empfehlung	-	
<i>Keine Empfehlung:</i>		
0,01% bis unter 5 %	6	23%
5% bis unter 10%	4	15%
10% bis unter 20%	6	23%
20% und mehr	10	38%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühförderereinrichtungen durch das ISG

Diese Ergebnisse geben erste Hinweise auf eine unterschiedliche Verfahrensgestaltung in den Regionen, die sowohl die Sozialhilfeträger als auch die Einrichtungen betreffen. So können bspw. die unterschiedlichen Ergebnisse bei den Bewilligungen daher rühren, dass Einrichtungen überdurchschnittlich häufig Komplexleistung empfehlen. Es ist aber genauso gut möglich, dass in einer Region relativ wenige Kinder mit wesentlichen Einschränkungen eine ärztliche Verordnung zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik erhalten und diese Kinder in der Regel die Komplexleistung benötigen.

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik wurde bei insgesamt 683 Kindern die Komplexleistung nicht empfohlen, von 649 Kindern liegen Angaben darüber vor, ob und ggf. welche anderen Leistungen in diesen Fällen empfohlen wurden. Bei über der Hälfte dieser Kinder (rd. 360) werden solitäre medizinisch-therapeutische Leistungen empfohlen. In der Zusammenschau mit den zu Beginn dieses Abschnitts dargestellten Ergebnissen bedeutet dies, dass bei rd. 7% der insgesamt 5.073 Kinder, die eine Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchlaufen, eine solitäre medizinisch-therapeutische Maßnahme empfohlen wurde.

Bei etwa einem Fünftel der Kinder wird solitäre Heilpädagogik und bei ebenfalls einem Fünftel keine Förderung empfohlen. Die solitäre Leistungserbringung von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen oder andere Leistungen wie Erziehungsberatung oder andere psychologischen Hilfen werden nur verhältnismäßig selten empfohlen.

Abbildung 7: Keine Empfehlung zur Komplexleistung – andere Empfehlungen

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Als ein Grund, warum solitäre heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen seitens einer IFF *empfohlen* werden, wurden enge kindbezogene Obergrenzen angegeben. Insbesondere schwerstmehrfach behinderte Kinder mit einem hohen Förderbedarf können in diesen Kommunen im Rahmen der Komplexleistung nicht adäquat versorgt werden, vielmehr wird hier notgedrungen auf eine solitäre Leistungserbringung ausgewichen.

In anderen Kommunen wird die Komplexleistung in jedem Fall für Kinder mit einer (drohenden) Behinderung und problematischer familiären Situation gewährt. Bei gut funktionierenden Familienstrukturen werden je nach individuellem Bedarf ggf. solitäre Leistungen beider Fachrichtungen empfohlen.

6.1.4 Dauer des Eingangsverfahrens bei der Komplexleistung

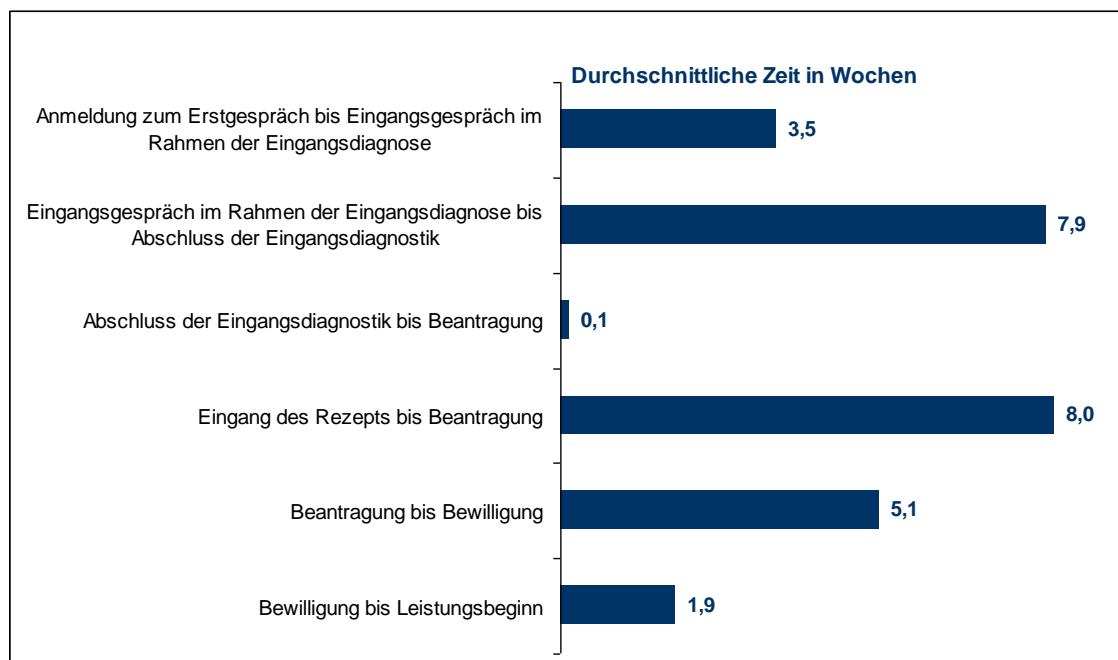
Das Eingangsverfahren der Komplexleistung bedarf zahlreicher Schritte und dauert recht lange. Im Rahmen der Aktenanalyse von 290 Kindern im Komplexleistungsbezug wurde für jedes Kind angegeben, an welchem Tag

- die Anmeldung erfolgte,
- das Erstgespräch im Rahmen der Eingangsdiagnose geführt wurde,
- die Eingangsdiagnostik abgeschlossen war,
- das Rezept des Arztes einging,
- die Beantragung erfolgte,
- ggf. eine Fallkonferenz durchgeführt wurde
- die Bewilligung und schließlich
- der Leistungsbeginn erfolgte.

Aus diesen Daten konnte die durchschnittliche Dauer der einzelnen Schritte im Eingangsverfahren berechnet werden. Insgesamt dauert das Eingangsverfahren von der Anmeldung zum Erstgespräch bis zum Leistungsbeginn durchschnittlich 18 Wochen. Wie viel Zeit für die einzelnen Schritte benötigt wird, zeigt die folgende Abbildung. Durchschnittlich vergehen von der Anmeldung zum Erstgespräch bis zum Erstgespräch im Rahmen der Eingangsdiagnostik 3,5 Wochen, für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik selbst werden 7,9 Wochen im Durchschnitt benötigt. Abschluss der Eingangsdiagnostik und Beantragung erfolgen fast zeitgleich. Die Dauer vom Eingang des ärztlichen Rezepts bis zur Beantragung korrespondiert mit Dauer vom Beginn der Eingangsdiagnostik (auf ärztliche Verordnung) bis zur Beantragung.

Von der Beantragung der Komplexleistung bis zur Bewilligung durch den Sozialhilfeträger vergehen im Durchschnitt 5,1 Wochen. Liegt die Bewilligung vor, wird im Durchschnitt binnen zwei Wochen mit der Komplexleistung in der IFF begonnen.

Abbildung 8: Komplexleistung – Dauer einzelner Komponenten im Eingangsverfahren



Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

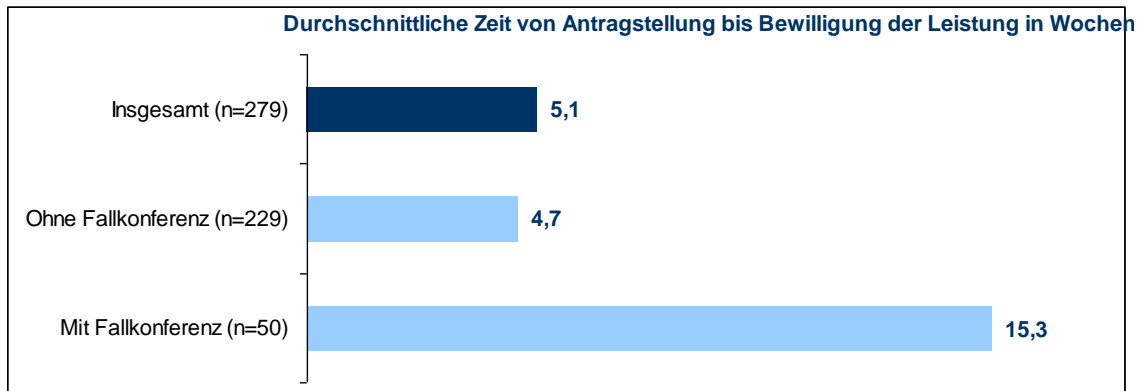
Die IFF wiesen darauf hin, dass sich die einzelnen Zeitkomponenten vor Ort sehr unterschiedlich darstellen und dass bürokratische Hürden (z.B. durch zahlreiche von Eltern zu leistende Unterschriften) zu nicht unerheblichen Verzögerungen im Prozess führen können.

Vor diesem Hintergrund wurde die Zeit von der Beantragung bis zur Bewilligung und die Zeit von der Bewilligung bis zum Leistungsbeginn im Detail untersucht:

In einer Kommune der an der Vertiefungsstudie teilnehmenden IFF werden zudem im Zuge des Bewilligungsverfahrens Fallkonferenzen durchgeführt. Eine getrennte Auswertung der Verfahren mit und ohne Fallkonferenz zeigen, dass dieses Instrument zu einer

erheblichen Verlängerung der Bewilligungsdauer führt: Sofern im Bewilligungsverfahren keine Fallkonferenzen durchgeführt werden, beträgt der Zeitraum von Antragstellung bis Bewilligung durchschnittlich knapp 5 Wochen, werden aber Fallkonferenzen durchgeführt, vergehen von der Antragstellung bis zur Bewilligung durchschnittlich 15,3 Wochen.

Abbildung 9: Komplexleistung – Beantragung bis Bewilligung nach Art des Verfahrens

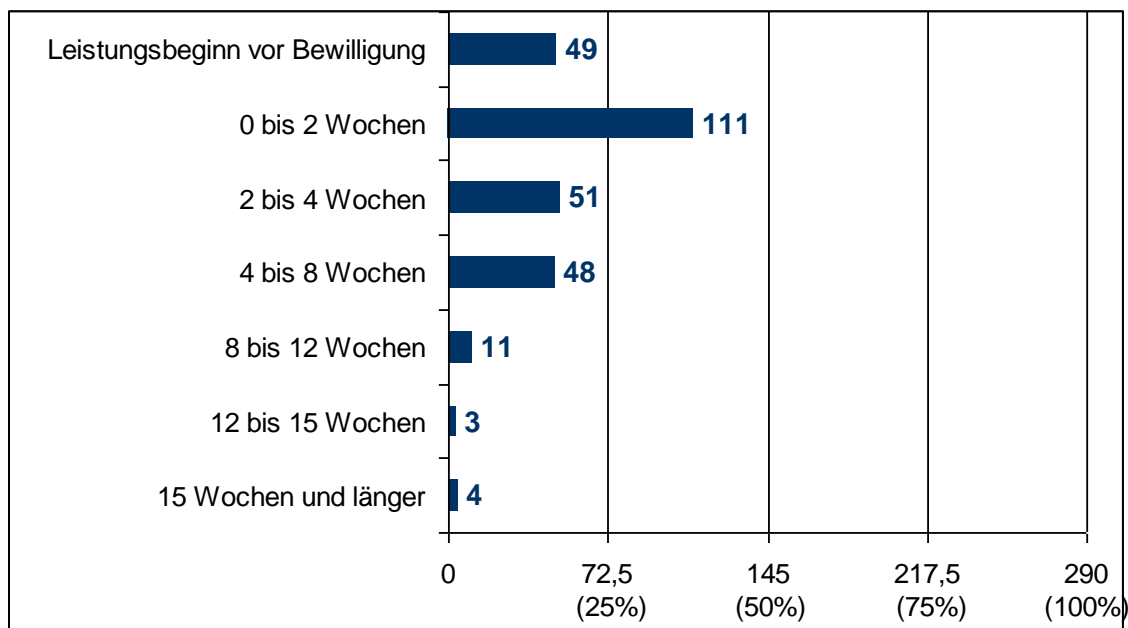


Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Dieses Ergebnis zeigt eindeutig, dass Fallkonferenzen im Zuge des Bewilligungsverfahrens eine erhebliche Verzögerung im gesamten – ohnehin recht langwierigen – Eingangsprozess verursachen.

Die Zeit vom Tag der Bewilligung bis zum Leistungsbeginn variiert ebenfalls. Die folgende Abbildung zeigt, dass zum Teil (bei 49 Kindern) ein Leistungsbeginn vor der Bewilligung erfolgte. Einige IFF können so – auf eigenes Risiko – verfahren. Voraussetzung hierfür ist eine Absprache mit dem Sozialhilfeträger, dass die Leistung bei Bewilligung ab Leistungsbeginn rückwirkend bezahlt wird. Darüber hinaus bedarf es einer guten Abschätzung über die Wahrscheinlichkeit, dass ein Antrag bewilligt wird.

In den meisten Fällen beginnen die Leistungen binnen zwei Wochen nach Bewilligung, es kommt aber auch nicht selten vor, dass sich der Leistungsbeginn verzögert: bis zu vier Wochen bei 51 Kindern und bei weiteren 48 Kindern bis zu 8 Wochen (das entspricht jeweils knapp 20% der dokumentierten Fälle). Längere Zeiträume bis zum Leistungsbeginn sind eher die Ausnahme.

Abbildung 10: Komplexleistung – Bewilligung bis Leistungsbeginn

Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Im Rahmen der Diskussion mit IFF wurde hierbei als ein Problem der Zwang zu hoher Auslastung genannt. Aus diesem Grund sind ab Frühjahr oftmals keine Kapazitäten mehr vorhanden, weitere Kinder in die Komplexleistung aufzunehmen.

6.1.5 Ablehnungen

Laut Angaben der befragten Einrichtungen wurden im Jahr 2011 insgesamt Anträge von 521 Kindern abgelehnt, was einem Anteil von rd. 5% an allen gestellten Anträgen entspricht. Vor Ort unterscheidet sich die Bewilligungspraxis, wie die Verteilung der benannten Ablehnungsquoten zeigt. Diese wurden in fünf Kategorien unterteilt: Keine Ablehnung im Jahr 2011, eine geringe Ablehnungsquote von unter 5%, mittlere Ablehnungsquoten von 5% bis unter 10% bzw. 10% bis unter 20% und hohe Ablehnungsquoten von 20% und mehr.

Verteilungen der Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (Betrachtung aller Leistungen) und der IFF (ausschließlich Komplexleistung) sind nahezu identisch. Allerdings unterscheiden sie sich von der Verteilung der Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung: mit einem Anteil von 44% der Einrichtungen gab ein erheblich größerer Anteil an, dass es im Jahr 2011 keine Ablehnung von Anträgen gegeben habe. Auf der anderen Seite gibt es einen größeren Anteil von Einrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung / IFF (16%), die Ablehnungsquoten von 20% und mehr zu verzeichnen haben.

Tabelle 18: Im Jahr 2011 abgelehnte Anträge – Anteile nach Kategorien

	Einrichtungen ohne Anerkennung KL		Einrichtungen mit Anerkennung KL (alle Leistungen)		IFF (ausschließlich Komplexleistung)	
<i>Anzahl der Antworten</i>	32		25		25	
keine Ablehnung	8	25%	11	44%	11	44%
0,01% bis unter 5%	12	38%	6	24%	7	28%
5% bis unter 10%	6	19%	2	8%	2	8%
10% bis unter 20%	3	9%	2	8%	1	4%
20% und mehr	3	9%	4	16%	4	16%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

6.1.6 Inanspruchnahme

Bisweilen werden Leistungen der Frühförderung zwar bewilligt, aber nicht in Anspruch genommen. Dies kommt insgesamt bei 268 oder 2% der Kinder vor, die ein Eingangsverfahren durchlaufen haben. Zwischen den Einrichtungen bestehen allerdings auch hier zum Teil erhebliche Unterschiede: So gab eine Reihe von Einrichtungen an, dass im Jahr 2011 alle Kinder, deren Antrag auf eine Leistung bewilligt wurde, diese auch in Anspruch genommen haben. Vereinzelt gaben Einrichtungen dagegen an, der Anteil der trotz Bewilligung nicht in Anspruch genommenen Leistungen an allen bewilligten Anträgen liege bei 10% und mehr.

Von den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung gab mit 25 Nennungen nur gut die Hälfte an, ob und ggf. wie häufig bewilligte Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. 7 (28%) der Einrichtungen verzeichnete keinen Fall einer Nichtinanspruchnahme und weitere 10 (40%) eine in geringem Maß (die Quote liegt unter 5%). Mittlere Quoten zwischen 5% und 10% verzeichneten 6 dieser Einrichtungen (24%). Höhere Quoten sind die Ausnahme.

Zwischen den 26 Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, die diese Frage beantworteten, berichteten ebenfalls 7 von keinem Fall, bei dem eine bewilligte Leistung nicht in Anspruch genommen wurde. Die Hälfte der Einrichtungen verzeichnete eine geringe Quote von unter 5% und etwa jede fünfte Einrichtung eine mittlere Quote der Nichtinanspruchnahme. Auch hier sind höhere Quoten eher die Ausnahme. Die gesondert ausgewiesenen Ergebnisse für die Komplexleistung unterscheiden sich hiervon nur geringfügig.

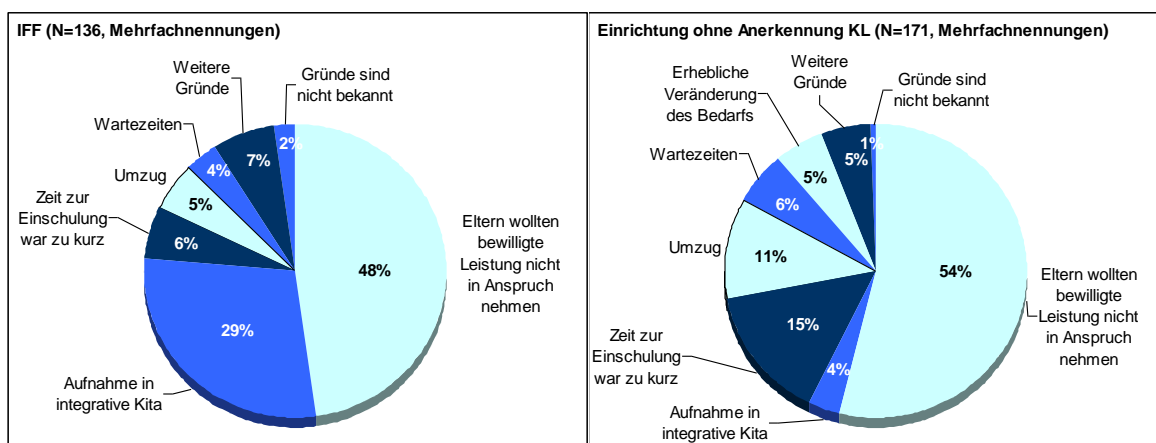
Tabelle 19: Fehlende Inanspruchnahme trotz Bewilligung im Jahr 2011

	Einrichtungen ohne Anerkennung KL		Einrichtungen mit Anerkennung KL (alle Leistungen)		IFF (ausschließlich Komplexleistung)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Anzahl der Einrichtungen	25		26		26	
Vollständige Inanspruchnahme	7	28%	7	27%	8	31%
Keine Inanspruchnahme bei:						
0,01% bis unter 5 %	10	40%	13	50%	12	46%
5% bis unter 10%	6	24%	5	19%	4	15%
10% und mehr	2	8%	1	4%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Bewilligte Leistungen können aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch genommen werden. Die befragten Einrichtungen wurden gebeten zu schätzen, welche Gründe für jeweils wie viele Kinder im Jahr 2011 zutrafen. Die Angabe von mehreren Gründen je Kind war dabei möglich.

Abbildung 11: Gründe für Nicht-Inanspruchnahme von bewilligten Leistungen



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Schließlich wurden die IFF gefragt, ob es systematische Unterschiede bei den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme zwischen solitären Leistungen der Frühförderung und der Komplexleistung gäbe. 7 (21%) der IFF bestätigten systematische Unterschiede. Sie betreffen

- die Zeit:
 - „Lange Wartezeit“;
 - „Zeit bis zur Einschulung zu kurz“.
- die Eltern:
 - „Eltern müssten für Komplexleistung mehrmals pro Woche kommen; daher kommt es zu Absagen“;
 - „Eltern entscheiden sich gegen Komplexleistung, möglicher Grund: Kind ist bereits in einer Praxis therapeutisch eingebunden“.

- Weitere benannte systematische Unterschiede:
 - „Komplexleistung von Kinderärzten und Familien weniger in Anspruch genommen, da Fördermengen und Kostenteilungen nicht den realen Bedarfen entsprechen. Kinder mit hohem therapeutischen Bedarf bleiben solitär“;
 - “Zuweisender Arzt befürchtet Machtverlust durch Komplexleistung, gibt die ‚interessanten‘ Fälle aus der Hand“.

6.2 Kinder im Leistungsbezug

Am Jahresende 2011 erhielten laut Angaben der befragten Frühfördereinrichtungen 10.124 Kinder Leistungen der Frühförderung, von diesen erhielten über die Hälfte (53%) solitäre heilpädagogische Leistungen, 4.083 Kinder (40%) erhielten die Komplexleistung und mit 7% erhielten relativ wenige Kinder heilpädagogische und medizinisch-therapeutische solitäre Leistungen. In den Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung erhielten knapp drei Viertel der Kinder die Komplexleistung und jedes fünfte Kind (21%) erhielt heilpädagogische Leistungen. Mit 5% ist der Anteil der Kinder mit heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen solitären Leistungen relativ gering.

Tabelle 20: Kinder nach Art der Leistung in den Einrichtungen am Jahresende 2011

	Insgesamt		Einrichtungen mit Anerkennung KI		Einrichtungen ohne Anerkennung KI	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Alle Leistungen	10.124	100%	5.495	100%	4.629	100%
Komplexleistung	4.083	40%	4.083	74%		
Solitäre heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	712	7%	261	5%	451	10%
Ausschließlich heilpädagogische Leistungen	5.329	53%	1.151	21%	4.178	90%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

In den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung erhielten 90% der Kinder heilpädagogische Leistungen und 10% heilpädagogische und medizinisch-therapeutische solitäre Leistungen. Zu beachten ist, dass hier das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen abgebildet wird. Rückschlüsse auf den Anteil der Kinder, die neben den heilpädagogischen Leistungen zusätzlich medizinisch-therapeutische Leistungen in Praxen erhalten, können hieraus nicht gezogen werden.

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit der soziodemografischen Beschreibung der Kinder anhand der Merkmale Alter und Geschlecht sowie Migrationshintergrund und belastete Familiensituationen.

6.2.1 Alter und Geschlecht

Mädchen und Jungen

Die Geschlechterverteilung unter den Kindern mit Frühförderbedarf weist laut der Zahlen des Bundesamtes für Statistik¹³ ein Verhältnis von zwei Dritteln Jungen und einem Drittel 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.¹⁴

Dieses Verhältnis von Jungen und Mädchen bestätigt sich auch in den Ergebnissen dieser Befragung: Von den Kindern im Leistungsbezug sind knapp zwei Drittel Jungen und gut ein Drittel Mädchen. Die Verteilung ist mit geringen Variationen unabhängig vom Einrichtungstyp und von der Art der Leistung.

Tabelle 21: Geschlecht der Frühförderkinder

	Mädchen		Jungen	
<i>Alle Leistungen zusammen</i>				
Einrichtungen mit Anerkennung KI	1.644	34%	3.153	66%
Einrichtungen ohne Anerkennung KI	1.945	36%	3.443	64%
<i>Komplexleistung</i>	1.073	34%	2.045	66%
<i>Solitäre heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen</i>	215	38%	344	62%
<i>Ausschließlich heilpädagogische Leistungen</i>	1.297	36%	2.320	64%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Alter der Kinder

Kinder erhalten Frühförderleistungen im Alter von 0 Jahren bis zur Einschulung. Unabhängig von der Art der Leistung und vom Einrichtungstyp beginnt das Gros der Kinder mit der Frühförderung im jungen Kindergartenalter zwischen 3 bis unter 5 Jahren (45%, 43% bzw. 51%). Geringfügige Unterschiede können zwischen den Kindern in die

¹³ Bundesamt für Statistik, Fachserie 13, Reihe 2.3

¹⁴ BMAS (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 März 2012, S. 25 ff.

Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung tendenziell etwas eher (12% im Säuglingsalter, 27% im Kleinkindalter), als dies bei den solitären Leistungen in Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung der Fall ist (8% im Säuglingsalter, 24% im Kleinkindalter). In diesen Einrichtungen erhielt ein Viertel der Kinder Leistungen der solitären Frühförderung ab dem späten Kindergartenalter. Dies ist im Vergleich die höchste Quote.

Bezogen auf den Leistungsbeginn im Kindergartenalter zeigen sich auch Unterschiede zwischen solitären Frühförderleistungen in Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und der Komplexleistung: Über die Hälfte der „Komplexleistungskinder“ ist bei Leistungsbeginn im jungen Kindergartenalter (51%) und weitere 18% im späteren Kindergartenalter. Bei solitärer Leistungserbringung beginnen mit 43% verhältnismäßig weniger Kinder im jungen Kindergartenalter mit der Frühförderung und entsprechend verhältnismäßig mehr Kinder im späten Kindergartenalter 25%.

Der Förderbeginn im Kindergartenalter wird durch die bundesweite Studie zur Frühförderung¹⁵ bestätigt. Zur Begründung heißt es in dieser Studie, dass die Erzieherinnen die Kinder in Gruppenkonstellationen sehen und hier zahlreiche Auffälligkeiten und Schwierigkeiten erst offensichtlich werden. Zudem werden zahlreiche Schwierigkeiten durch eine verzögerte oder fehlende Sprachentwicklung deutlich. Diese werden aber erst im Alter von 3 bis 4 Jahren sichtbar.

¹⁵ BMAS (2012): a.a.O.

Tabelle 22: Alter der Frühförderkinder bei Förderbeginn

	Solitäre Leistungen der Frühförderung				Komplexeleistung	
	Einrichtungen ohne Anerkennung KI		Einrichtungen mit Anerkennung KI		IFF	
<i>Zugrunde liegende Gesamtzahl</i>	4.034	100%	1.235	100%	3.790	100%
Säuglingsalter	473	12%	101	8%	255	7%
Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	1.076	27%	291	24%	919	24%
Frühes Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	1.816	45%	537	43%	1.943	51%
Spätes Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	669	17%	306	25%	673	18%
Weniger als ein Jahr Zeit bis zur Einschulung						
<i>Zugrunde liegende Gesamtzahl</i>	1.663	100%	609	100%	3.060	100%
Anzahl laut Nennungen	238	14%	92	15%	286	9%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Explizit wurde zusätzlich gefragt, bei wie vielen Kindern bei Beginn der Frühförderung weniger als ein Jahr bis zur Einschulung verblieb. Einige der Einrichtungen gaben hierzu keine Informationen, sodass die Basis (zugrunde liegende Gesamtzahl), auf die Bezug genommen wird, hier geringer ist. Weniger als 1 Jahr Zeit für Frühförderung bis zur Einschulung verblieb für 14% bzw. 15% der Kinder bei der solitären Frühförderung, bei den „Komplexeleistungskindern“ lag dieser Anteil mit 9% darunter. Dies liegt vermutlich insbesondere daran, dass die Komplexeleistung verhältnismäßig häufiger bewilligt und durchgeführt wird, wenn mehr als ein Jahr bis zur Einschulung verbleibt.

6.2.2 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund von Kindern wurde im Rahmen der schriftlichen Befragung entsprechend der Abfrage im Mikrozensus definiert. Hiernach besteht ein Migrationshintergrund dann, wenn mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft ist. Bundesweit beträgt der Anteil der Kinder von 0 bis unter 7 Jahren mit Migrationshintergrund an allen Altersgleichen 34%, in Nordrhein-Westfalen beträgt dieser Anteil 42%.¹⁶

Angaben zum Migrationshintergrund liegen nicht aus allen Einrichtungen vor, weshalb in diese Analyse nur die Angaben einbezogen wurden, die sowohl für alle Kinder als auch für die Kinder mit Migrationshintergrund vorliegen. Die erste Spalte der folgenden

¹⁶ Statistisches Landesamt NRW: Daten des Mikrozensus für das Jahr 2010.

Tabelle gibt an, von wie vielen Einrichtungen Angaben vorliegen. Die zweite Spalte gibt für alle Leistungen nach Einrichtungstyp und für die Leistungsarten jeweils die benannte Anzahl Kinder mit Migrationshintergrund an. Die beiden letzten Spalten geben an, wie hoch der Anteil der Förderkinder mit Migrationshintergrund an allen Förderkindern ist, zunächst ohne Gewichtung und in der letzten Spalte gewichtet anhand des Anteils der Kinder von 0 bis unter 7 Jahren mit Migrationshintergrund in NRW.

Gut ein Drittel der Frühförderkinder haben einen Migrationshintergrund, wobei der Anteil dieser Kinder bei solitären heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Kombinationsleistungen mit einem Anteil von 33% vergleichsweise niedriger und bei den „Komplexleistungskindern“ mit (39%) am höchsten ist.

Wird in die Berechnung der Bevölkerungsanteil von Kindern mit Migrationshintergrund einbezogen, so beträgt der relative Anteil dieser Kinder gut 40%, bei den „Komplexleistungskindern“ 46%.

Tabelle 23: Frühförderkinder mit Migrationshintergrund

	Nennungen	Anzahl laut Angaben	Anteil an allen Förderkindern	
			ungewichtet	gewichtet nach Anteil in der Bevölkerung
<i>Alle Leistungen zusammen</i>				
Einrichtungen mit Anerkennung KI	25	1.385	36%	43%
Einrichtungen ohne Anerkennung KI	37	1.481	38%	45%
Komplexleistung (IFF)	20	857	39%	46%
Solitäre heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	15	177	33%	39%
Ausschließlich heilpädagogische Leistungen	31	913	35%	42%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

6.2.3 Belastete Familiensituation

Schließlich wurden die Frühfördereinrichtungen gebeten anzugeben, wie viele Kinder im Jahr 2011 in Familien mit so schwerwiegenden Belastungsfaktoren lebten, dass die Familie zusätzliche Hilfen (z.B. seitens des Jugendamtes) erhielt oder aus Sicht der Frühförderung hätte erhalten sollen.

Die folgende Tabelle ist analog zu Tabelle 23 aufgebaut mit dem Unterschied einer hier nicht erforderlichen zusätzlichen Gewichtung der Anteile. Laut der Angaben lebt ein Drittel oder mehr der Frühförderkinder in Familien mit schwerwiegenden Belastungsfaktoren. Bei den „Komplexleistungskindern“ liegt dieser Anteil mit 41% höher als bei den anderen Leistungsformen.

Tabelle 24: Frühförderkinder aus Familien mit schwerwiegenden Belastungsfaktoren

	Nennungen	Anzahl laut Angaben	Anteil an allen Frühförderkindern
<i>Alle Leistungen zusammen</i>			
Einrichtungen mit Anerkennung KI	24	1.313	37%
Einrichtungen ohne Anerkennung KI	34	1.280	37%
Komplexleistung (IFF)	18	726	41%
Solitäre heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	13	142	36%
Ausschließlich heilpädagogische Leistungen	30	715	33%

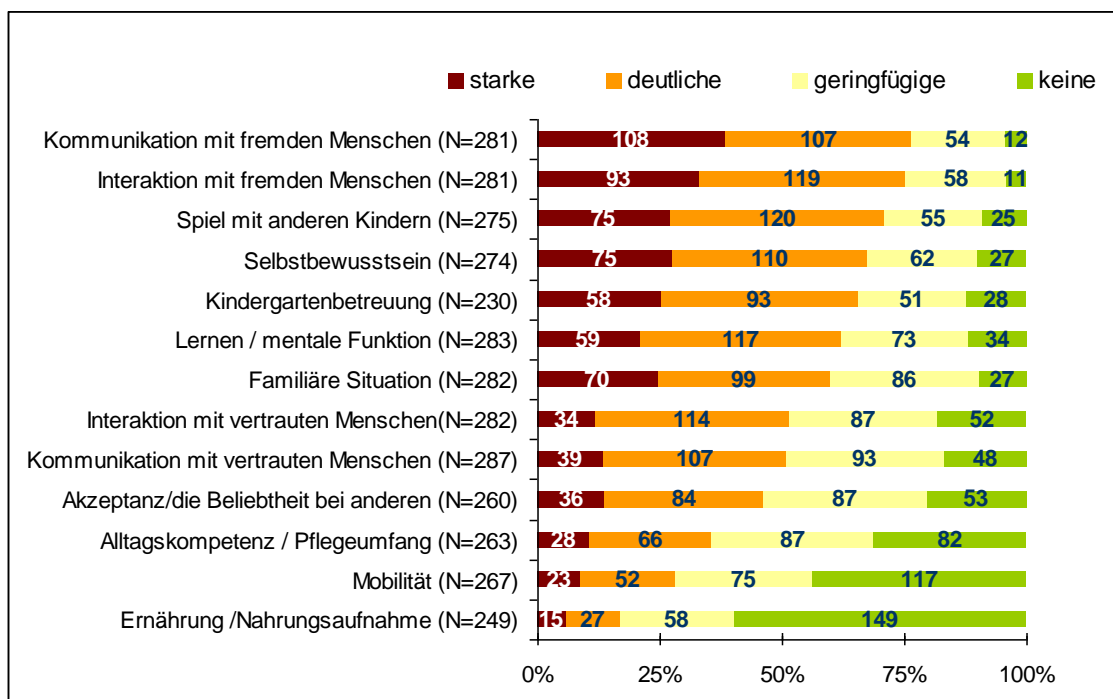
Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Hier zeigt sich bereits, dass Frühförderung und insbesondere die Komplexleistung für Kinder in Familien mit schwerwiegenden Belastungsfaktoren eine wichtige Leistung darstellt. Bestätigt wurde dies im Rahmen der Interviews mit den Rehabilitationsträgern (s. Kapitel 8).

6.2.4 „Komplexleistungskinder“ – Auswirkungen der Probleme auf die Teilhabe

Welche Auswirkungen haben die Entwicklungsverzögerungen bzw. Behinderungen der Kinder auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft? Dieser Frage wurde bezogen auf das einzelne „Komplexleistungskind“ (kindbezogene Analyse) nachgegangen. Bei drei Viertel der Kinder hat ihre (drohende) Behinderung starke oder deutliche Auswirkungen auf die Kommunikation bzw. Interaktion mit fremden Menschen. Hieran schließen sich starke oder deutliche Auswirkungen auf das Spiel mit anderen Kindern, das Selbstbewusstsein und die Kindergartenbetreuung an.

Abbildung 12: Auswirkungen der Probleme des Kindes auf die Teilhabe



Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Deutlich wird zudem, dass bei über der Hälfte der Kinder ihre (drohenden) Behinderung starke oder deutlich Auswirkungen auf die familiäre Situation hat und bei etwa der Hälfte auf die Interaktion bzw. Kommunikation mit vertrauten Menschen.

Eine erhebliche Belastung von Familien zeigt sich zudem darin, dass bei der Hälfte aller in die Analyse einbezogenen Kinder die familienbezogene Teilhabe deutlich oder stark eingeschränkt ist (Isolationstendenzen / im schlimmsten Fall soziale Isolation)

Diese Ergebnisse unterstreichen die hohe Bedeutung der Elternarbeit, denn insbesondere eine verbesserte Interaktion und Kommunikation mit vertrauten oder fremden Menschen kann nicht allein durch Förderung in einer IFF erreicht werden. Hier bedarf es in entscheidendem Maß die Eltern, die selbst oftmals durch (drohende) Behinderung ihres Kindes belastet sind. Dies wird im Übrigen auch von den Eltern selbst beschrieben (vgl. hierzu Abschnitt 9.1).

6.3 Leistungsgeschehen

6.3.1 Ort der Leistung

Die Leistungen der Frühförderung werden in der Einrichtung als ambulante Leistungen oder mobil-aufsuchend zu Hause bzw. in der Kindertagesstätte (Kita) erbracht. An anderen Orten (z.B. in niedergelassenen Praxen) findet die Frühförderung nur in Ausnahmefällen statt.

Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung erbringen solitäre Leistungen der Frühförderung in 44% der Fälle ambulant (in der

Frühförderstelle) und in 54% mobil-aufsuchend (36% zu Hause und in 18% in der Kindertageseinrichtung). Die solitären Leistungen von Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung werden demgegenüber anteilig häufiger ambulant (59% der Fälle) und seltener mobil-aufsuchend (21% zu Hause und 20% in der Kita) erbracht.

Die Komplexleistung wird bei knapp vier Fünfteln aller Kinder in der IFF durchgeführt, eine mobil-aufsuchende Leistungserbringung erfolgt bei etwa jedem fünften Kind (bei 13% zu Hause und 9% in der Kita).

Tabelle 25: Ort der Leistung

	Solitäre Leistungen der Frühförderung				Komplexleistung	
	Einrichtungen ohne Anerkennung KI		Einrichtungen mit Anerkennung KI		IFF	
<i>Zugrunde liegende Gesamtzahl</i>	4.629	100%	945	100%	3.866	100%
In der Frühförderstelle	2.057	44%	561	59%	3.004	78%
Zu Hause	1.649	36%	198	21%	506	13%
In der Kita	847	18%	185	20%	335	9%
Andere Orte	77	2%	2	0%	21	1%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Eine deutliche Steigerung des Anteils von Kindern, die solitäre Frühförderleistungen in der Frühfördereinrichtung erhalten, ist von den Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung zu den Einrichtungen mit einer Anerkennung zu verzeichnen. Dies liegt vermutlich daran, dass die Einrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung interdisziplinär besetzt sind. Während nämlich heilpädagogische Leistungen traditionell häufiger mobil-aufsuchend erbracht werden, erfolgt die Erbringung medizinisch-therapeutischer Leistungen weit überwiegend ambulant, also in der Einrichtung oder Praxis.

Die noch höhere Quote der ambulanten Leistungserbringung bei der Komplexleistung ergibt sich aus dem Ergebnis der Verhandlungen. So wird die Komplexleistung seitens der Krankenkassen und Sozialhilfeträger als eine Rehabilitationsleistung definiert, die ein organisatorisches Zusammenspiel von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen erfordert, das in der gewünschten Form am besten in einem (Rehabilitations-)Zentrum geleistet werden kann. Aus diesem Grund soll die Komplexleistung eher in Ausnahmefällen mobil-aufsuchend erbracht werden. Die entsprechenden Anteile einer mobil-aufsuchenden Leistungserbringung werden in die Kalkulation der Fördereinheiten einbezogen.

Hieran anknüpfend wurde im Rahmen der kindbezogenen Analyse der Ort der Leistung differenziert nach der Art der Leistung dokumentiert. In der folgenden Abbildung ist getrennt für je Fachrichtung dargestellt, bei wie vielen Kindern die Leistungen jeweils an welchem Ort erbracht wurden.

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Kinder jeweils die Leistungen an welchem Ort erhalten. Von den insgesamt 275 Kindern, zu denen Angaben zum Ort der heilpädagogischen Leistungserbringung vorliegen, erhalten 117 Kinder (43%) die Leistung in der IFF und weitere 89 Kinder (32%) sowohl in der IFF als auch zu Hause und/oder in der Kita. 35 Kinder (13%) erhalten die heilpädagogischen Leistungen ausschließlich zu Hause und 25 Kinder (9%) ausschließlich in der Kita. 9 Kinder erhalten die Leistungen sowohl zu Hause als auch in der Kita und nicht in der IFF (Kombinationen ohne IFF).

Diese Verteilung sieht bei den medizinisch-therapeutischen Leistungen etwas anders aus: Hier erhält mit 63% der Kinder ein deutlich höherer Anteil der Kinder die Leistungen ausschließlich in der IFF, weitere 6% erhalten sie ausschließlich in einer niedergelassenen Praxis. Die Anteile der übrigen Leistungsorte sind entsprechend vergleichsweise niedriger. Psychologische und ärztliche Leistungen werden in der Regel in der IFF erbracht.

Tabelle 26: Komplexleistung – Ort der Leistungserbringung nach Art der Leistung

Ort der Leistungserbringung:	Art der Leistung							
	heilpädagogisch		medizinisch-therapeutisch		psychologisch		ärztlich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ausschließlich in IFF	117	43%	168	63%	56	90%	95	98%
Kombination: IFF und andere	89	32%	39	15%	5	8%	1	1%
Ausschließlich zu Hause	35	13%	22	8%		0%		0%
Ausschließlich in Kita	25	9%	16	6%	1	2%	1	1%
Ausschließlich in Praxis		0%	16	6%		0%		0%
Kombinationen ohne IFF	9	3%	7	3%		0%		0%
Zusammen	275	100%	268	100%	62	100%	97	100%

Quelle: Kindbezogene Analyse

6.3.2 Benötigte Zeit für mobil-aufsuchende Leistungserbringung

Die Einrichtungen wurden zudem gebeten anzugeben, wie viel Zeit sie bei mobil-aufsuchender Frühförderung im Durchschnitt für die Wegezeiten benötigen (einbezogen wurden jeweils Hin- und Rückfahrt). Bei der Darstellung wird auf eine Differenzierung von Frühfördereinrichtungen mit und ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung verzichtet, weil keine Unterschiede erwartet wurden und sich auch nicht gezeigt haben. Für eine Annäherung an die räumlichen Strukturen wird in diesem Analyseschritt zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen unterschieden.

Tabelle 27: Durchschnittliche Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung

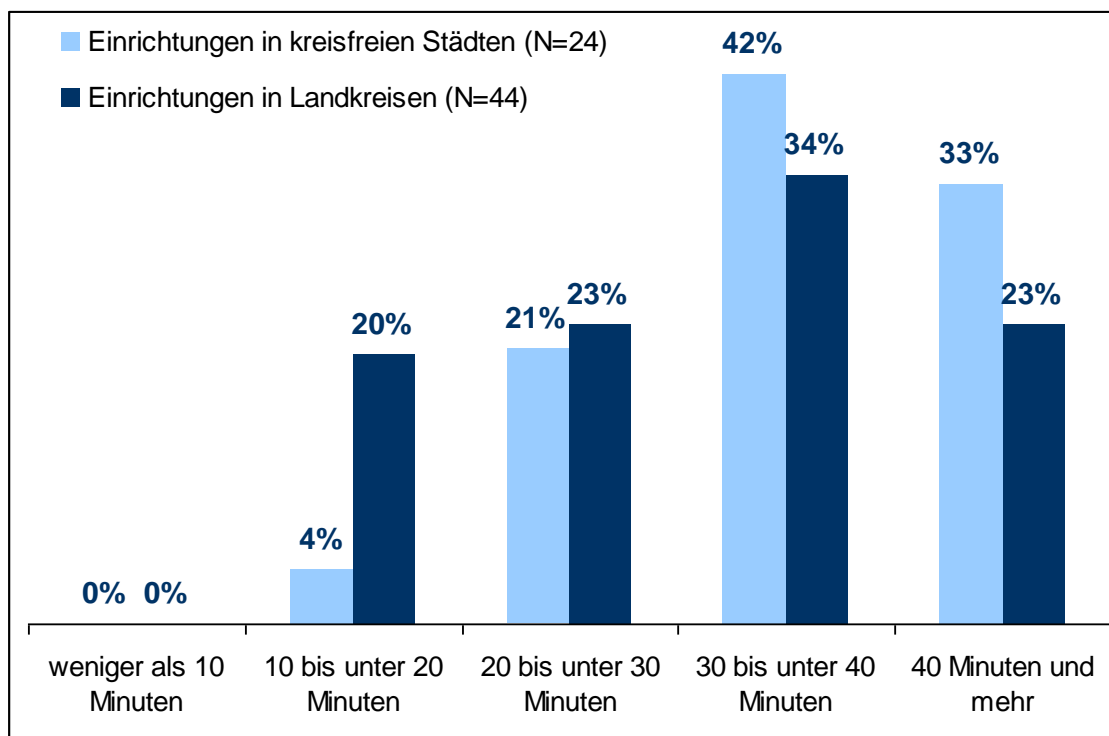
	Kreisfreie Städte		Landkreise	
<i>Nennungen insgesamt</i>	24	100%	44	100%
weniger als 10 Minuten	-	0%	-	0%
10 bis unter 20 Minuten	1	4%	9	20%
20 bis unter 30 Minuten	5	21%	10	23%
30 bis unter 40 Minuten	10	42%	15	34%
40 Minuten und mehr	8	33%	10	23%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Keine der Einrichtungen gab an, im Durchschnitt weniger als 10 Minuten für den Hin- und Rückweg zu benötigten und insgesamt gaben die Einrichtungen in den kreisfreien Städten längere Wegezeiten an als die in Landkreisen: Nur eine der Einrichtung in kreisfreien Städten berichtete von Wegezeiten von 10 bis unter 20 Minuten, bei den Einrichtungen in den Landkreisen waren dies 9 bzw. 20%. 5 Einrichtungen in den kreisfreien Städten (21%) benötigt im Durchschnitt 20 bis unter 30 Minuten und gut 40% 30 bis unter 40 Minuten; mehr als 40 Minuten benötigten laut eigenen Angaben acht der Einrichtungen (ein Drittel der Einrichtungen). Bei den Frühfördereinrichtungen in Landkreisen gab dies nur ein knappes Viertel an.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Ausführungen noch einmal.

Abbildung 13: Durchschnittliche Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

6.3.3 Direkte und indirekte Leistungen

Die Einrichtungen wurden gebeten, einzuschätzen, wie sich ihre Arbeitszeit anteilig auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche verteilt. Unterschieden wird zwischen solitärer Leistungserbringung und der Komplexleistung. Im Ergebnis können insbesondere drei Ergebnisse festgehalten werden:

- Der Anteil an der gesamten Arbeitszeit für direkte Face-to-face-Leistungen mit dem Kinde sowie mit den Eltern ist bei der solitären Leistungserbringung höher als bei der Komplexleistung.
- Bei der Komplexleistung wird 15% der Arbeitszeit für die Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Fallgespräche sowie die Fallkoordination aufgewendet, bei den solitären Leistungen entfallen hierauf nur 4% der gesamten Arbeitszeit.
- Die übrigen Leistungsbestandteile nehmen unabhängig von der Art der Leistungserbringung einen etwa gleich hohen Anteil an der gesamten Arbeitszeit ein

Tabelle 28: Direkte und indirekte Leistungen

	Solitäre Leistungen der Frühförderung	Komplexleistung
<i>Anzahl der Angaben</i>	53	25
Face-to-face Kind	57%	54%
Face-to-face Eltern	12%	8%
Vor- und Nachbereitung der Förderung	8%	9%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit/ Fallgespräche/ Fallkoordination	4%	15%
Dokumentation	6%	6%
Verwaltungstätigkeit	5%	6%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	4%	2%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Das Verhältnis der Arbeitszeit von den Face-to-face-Leistungen zu den übrigen Leistungen beträgt bei den solitären Leistungen der Frühförderung rd. 69% Face-to-face und 31% übrige Leistungen. Bei der Komplexleistung ist der Anteil der übrigen Leistungen mit 38% höher.

6.3.4 Teambesprechungen

Im Rahmen der Frühförderung finden in der Regel Besprechungen zum Fortschritt und zur weiteren Förderung der Kinder statt. Diese erfolgen in unterschiedlichem Organisationsgrad und in verschiedener zeitlicher Dichte. 84% der IFF gaben an, dass regelmäßig festgelegte interdisziplinäre Teambesprechungen bezogen auf das einzelne Kind stattfinden; bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung gab dies die Hälfte an. Die übrigen IFF und Frühfördereinrichtungen gaben an, Teamgespräche bei Bedarf durchzuführen.

Sofern die Teambesprechungen regelmäßig stattfinden, erfolgen sie in wenigen IFF (3 Nennungen) einmal im Monat, bei zwei Dritteln (17) der IFF quartalsweise, bei einem weiteren Fünftel (5) halbjährlich und in einem Fall seltener. Bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung zeigt sich ein anderes Bild: eine Einrichtung gab an, die Besprechungen fänden einmal wöchentlich statt, bei einem Drittel (7 Nennungen) erfolgten die fallbezogenen Besprechungen einmal im Monat, bei einem Viertel (6) einmal im Quartal, wiederum bei einem Drittel halbjährlich und in einem Fall seltener.

Tabelle 29: Regelmäßige Teambesprechungen

	Einrichtungen ohne Anerkennung KI		IFF	
Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen	23	50%	26	84%
Die Besprechungen finden statt...				
einmal pro Woche	1	5%		
monatlich	7	32%	3	12%
einmal im Quartal	6	27%	17	65%
einmal im Halbjahr	7	32%	5	19%
seltener	1	5%	1	4%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

In den IFF dauert eine solche kindbezogene Fallanalyse laut Angaben der Einrichtung durchschnittlich 26 Minuten, in den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung eine gute halbe Stunde (34 Minuten).

6.3.5 Einbeziehung der Eltern

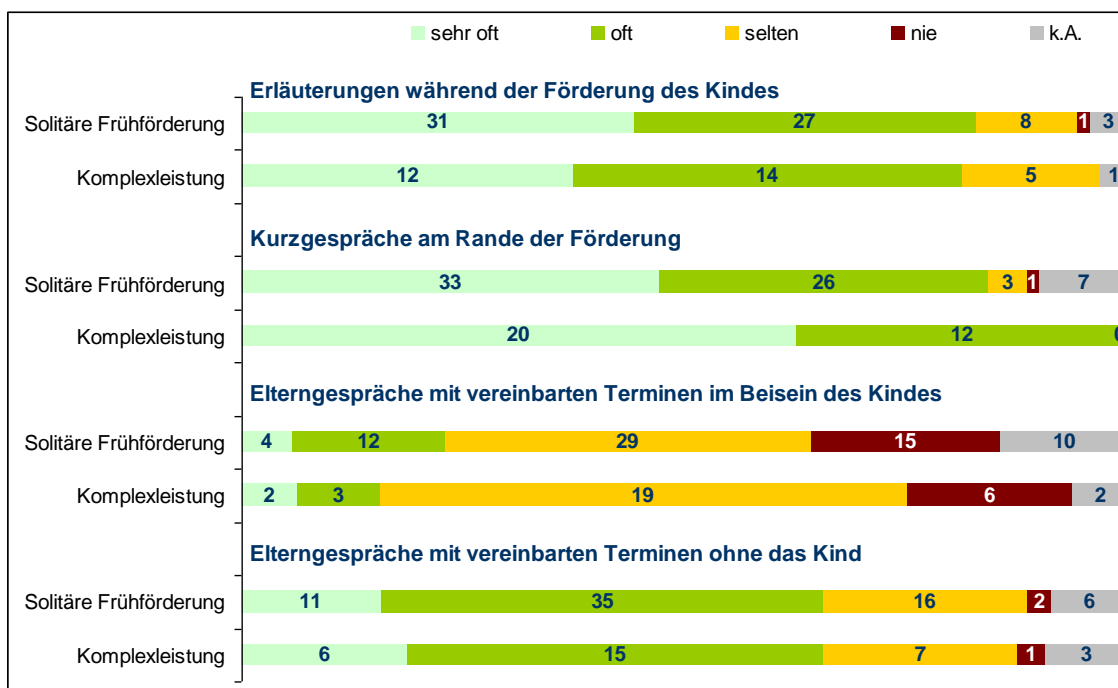
Die Wirkung der Leistungen der Frühförderung kann und soll durch die Einbeziehung der Eltern entscheidend gesteigert werden. Dies betrifft sowohl die Anleitung für eine aktive Unterstützung durch die Eltern (regelmäßige Fortführung von Übungen zu Hause) als auch eine emotionale Unterstützung der Eltern für ein verbessertes Verständnis der Situation des Kindes, ein verbesserter Umgang mit dem Kind und seiner Problemlagen.

Hierfür bedarf es einer regelmäßigen Einbeziehung der Eltern in das Fördergeschehen, die durch Erläuterungen während der Förderung, durch Kurzgespräche am Rande der Förderung sowie durch terminierte Elterngespräche im oder ohne Beisein des Kindes erfolgen kann. Die folgende Abbildung zeigt, in welchen der Formen die Sorgeberechtigten einbezogen werden. Die befragten Einrichtungen hatten die Möglichkeiten anzugeben, ob die jeweilige Form sehr oft, oft, selten oder nie zum Tragen kommt. Unterschieden werden die Erbringung solitärer Leistungen der Frühförderung und die Komplexleistung.

Die Sorgeberechtigten werden unabhängig von der Leistungsform (solitäre Leistungen oder Komplexleistung) in etwa gleicher Weise einbezogen: Erläuterungen während der Förderung des Kindes erfolgen sehr oft oder oft, Kurzgespräche am Rande der Förderung ebenfalls, insbesondere bei der Komplexleistung ist dies die Regel.

Terminierte Elterngespräche finden häufiger ohne das Kind statt als im Beisein des Kindes. Auch hier sind nur geringfügige Unterschiede zwischen den solitären Leistungen und der Komplexleistung erkennbar.

Abbildung 14: Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Weitere Formen der Einbeziehung sind nach Angaben der Einrichtungen Telefonate und Beratung, Gespräche mit anderen Institutionen (Jugendamt, Kita) oder Marte Meo¹⁷.

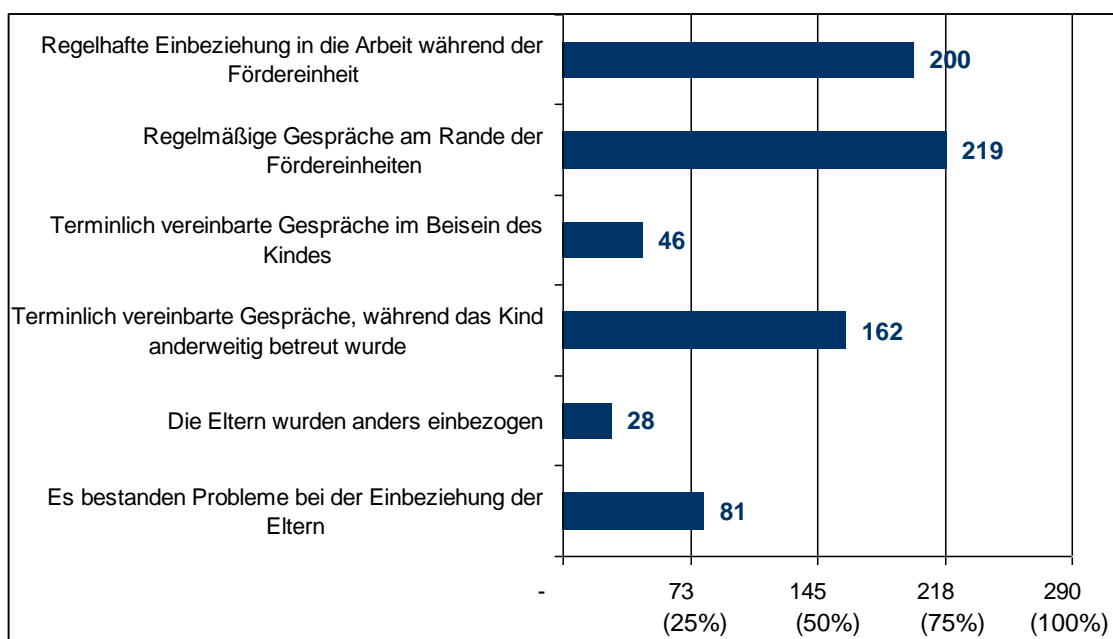
Diese Einschätzungen werden durch die Ergebnisse der kindbezogenen Analyse bestätigt. Hier wurde je Kind angegeben, in welcher Weise die Eltern konkret in das Fördergeschehen eingezogen wurden. Die Eltern von 200 Kindern (rd.70% der insgesamt

¹⁷ Marte Meo ist video-gestützte Methode der Elternarbeit.

vorliegenden 290 Dokumentationen) werden regelhaft in die Arbeit einbezogen und mit Eltern von 219 Kindern (75%) werden regelmäßige Gespräche am Rande der Fördereinheiten geführt. Ein solches Gespräch kann bis zu 45 Minuten dauern und durchschnittlich dauert es 10 Minuten.

Terminlich vereinbarte Gespräche finden – vergleichbar zu den Ergebnissen der schriftlichen Befragung (s.o.) – häufiger ohne Beisein des Kindes statt. Mit Eltern von 162 Kindern (55%) wurden solche Gespräche geführt. Diese Gespräche können bis zu 90 Minuten dauern, die durchschnittliche Dauer beträgt 60 Minuten.

Abbildung 15: Einbeziehung der Eltern



Quelle: Kindbezogene Analyse

Die Eltern von 28 Kindern (knapp 10%) wurden anders einbezogen, z.B. durch Telefonate und Beratung, Gespräche mit anderen Institutionen (Jugendamt, Kita) oder Marte Meo.

Probleme bei der Einbeziehung gibt es mit Eltern von gut einem Viertel der Kinder. Als Gründe hierfür wurden benannt die Berufstätigkeit der Eltern, Terminabsagen bzw. Nicht-Erscheinen, Behinderung oder Erkrankung der Eltern, kulturelle bzw. sprachliche Probleme sowie fehlende Erziehungskompetenz bzw. -entzug.

Schließlich können nur Leistungen angeboten werden, die auch im Leistungskatalog enthalten sind. Im Zusammenhang mit der Einbeziehung der Eltern wurde von IFF darauf hingewiesen, dass Elternarbeit nur im Rheinland als direkte Leistung abrechenbar sei. Einige IFF in Westfalen-Lippe rechnen in Abstimmung mit dem Sozialhilfeträger Zeiten für die Elternarbeit als Fördereinheit ab. Eine solch „unbürokratische“ Lösung funktioniert allerdings nur dann, wenn keine engen Obergrenzen je Kind bestehen, denn in diesem Fall geht ein Elterngespräch direkt zu Lasten der Förderzeiten des Kindes.

6.4 Beendigung der Leistung

6.4.1 Dauer der Leistung

Die Leistungen der Frühförderung werden individuell auf das jeweilige Kind abgestimmt. Die erforderliche Dauer einer Maßnahme ist ebenso individuell. Für eine Annäherung zur Beendigung der Maßnahme wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, wie lange die Kinder im Durchschnitt Leistungen der Frühförderung erhalten.

Die folgenden Ausführungen basieren für die solitären Leistungen der Frühförderung auf den Angaben von 38 Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, 13 Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und für die Komplexleistung auf den Angaben von 22 IFF.

Tabelle 30: Durchschnittliche Dauer der Frühförderung in Jahren

	Solitäre Leistungen der Frühförderung		Komplexleistung
	Einrichtungen ohne Anerkennung KI	Einrichtungen mit Anerkennung KI	IFF
<i>Anzahl der Angaben</i>	38	13	22
Kleinster Wert	0,6	1	0,75
Höchster Wert	3,5	2,9	3
Mittelwert	1,90	1,94	1,78

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die Angaben variieren bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung am stärksten und reichen von einer durchschnittlichen Dauer von einem guten halben Jahr bis hin zu 3 ½ Jahren, bei den IFF reicht die Spanne von einem dreiviertel Jahr bis hin zu drei Jahren.

Die durchschnittliche Dauer der Komplexleistung beträgt 1,78 Jahre und liegt damit unter der Dauer für solitäre Leistungen der Frühförderung in Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (durchschnittlich 1,9 Jahre) und mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (durchschnittlich 1,94 Jahre) liegt.

Nach den Daten der durchgeführten Falldokumentationen von insgesamt 157 Kindern, die die Komplexleistung abgeschlossen haben, erhielten die Kinder durchschnittlich 1,5 Jahre lang die Komplexleistung. Dieses Ergebnis untermauert die Einschätzungen der Fachkräfte in den IFF, dass die durchschnittliche Leistungsdauer deutlich unter zwei Jahren liege.

Zur Begründung kann angeführt werden, dass die Kinder eher im höheren Kindergartenalter in Förderung kommen und somit nicht mehr viel Zeit bis zur Einschulung verbleibt. Zudem kann durch die Arbeitsweise im Rahmen der Komplexleistung mit einem abgestimmten, auf das Kind zugeschnittenen Förderpaket eine höhere Effektivität angenommen werden.

6.4.2 Gründe für eine Beendigung

Die Frühförderung kann aus unterschiedlichen Gründen beendet werden. Mit der Einschulung des Kindes enden die Leistungen der Frühförderung automatisch. Weitere Gründe können ein Abschluss der Maßnahme ohne erforderliche weitere Maßnahme zum Zeitpunkt des Abschlusses, ein Wechsel der Maßnahme, einhergehend mit einer veränderten Leistungserbringung, z.B. in einer anderen Einrichtung oder ein Abbruch auf Wunsch der Eltern sein.

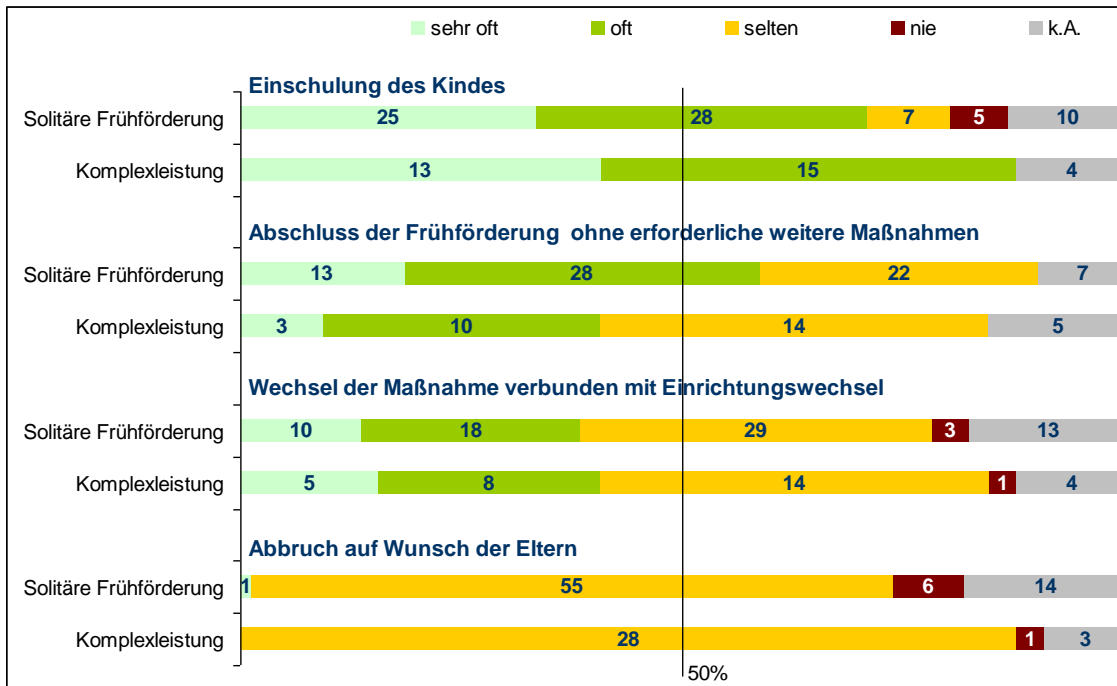
Die folgende Abbildung zeigt, wie häufig (sehr oft, oft, selten, nie) die Frühförderung aus welchen Gründen aus Sicht der Frühfördereinrichtungen beendet wird. In der Darstellung wird zwischen dem Bereich der solitären Leistungen der Frühförderung und der Komplexleistung unterschieden. Die Gründe für eine Beendigung werden unabhängig von der Leistungsart in etwa gleich beschrieben.

So ist die Einschulung des Kindes sowohl bei der solitären Leistungserbringung als auch bei der Komplexleistung sehr oft oder oft der Grund für eine Beendigung. Keine IFF gab an, dass dies ein Grund sei, der selten oder nie vorkomme. Bei Einrichtungen, die die solitäre Frühförderung erbringen, ist dies durchaus der Fall, einige dieser Einrichtungen gaben an, dass die Frühförderung mit dem Eintritt in eine integrative Kindertagesstätte ende.

Ein Abschluss der Frühförderung, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine weitere Maßnahme erforderlich ist, kommt bei über der Hälfte der Einrichtungen, die solitäre Förderleistungen erbringen, sehr oft oder oft vor, im Rahmen der Komplexleistung gaben dies mit 13 von 32 IFF verhältnismäßig wenige an.

Ein Wechsel der Maßnahmen in Verbindung mit einem Einrichtungswechsel kommt eher seltener vor, wobei diesbezüglich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Leistungsarten festzustellen sind. Ein Abbruch auf Wunsch der Eltern kommt mit nur einer Ausnahme selten oder nie vor.

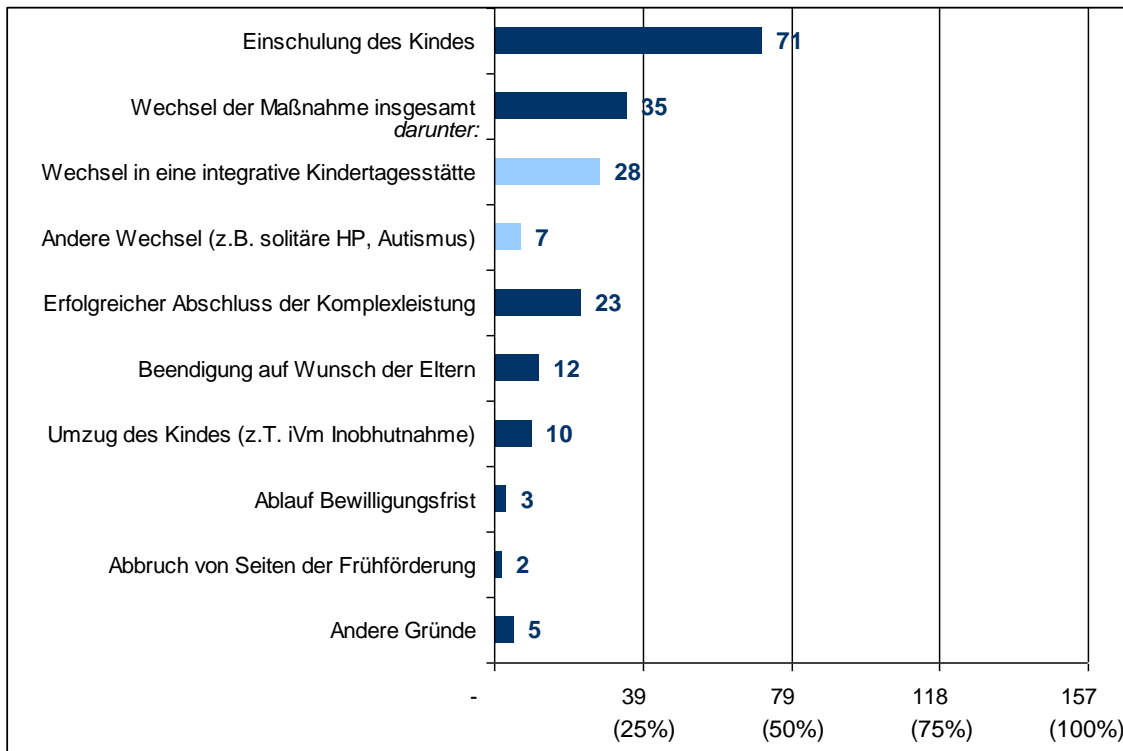
Tabelle 31: Gründe für die Beendigung der Frühförderung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die oben stehenden Einschätzungen der Einrichtungen werden durch die Ergebnisse der kindbezogenen Analyse für die Komplexeleistung validiert. In die Aktenanalyse fließen die Daten von insgesamt 157 Kindern ein, die im Sommer 2012 die Komplexeleistungsmaßnahme beendet haben. Die Einschulung war bei knapp der Hälfte der Kinder der Grund für die Beendigung. Die IFF sehen bei 66 der 71 nach der Einschulung einen weiteren Förderbedarf, und hier weit überwiegend einen Bedarf an Logo- bzw. Ergotherapie. Der Besuch einer Förderschule wurde dagegen nur zwei Fällen empfohlen.

Abbildung 16: Gründe für die Beendigung der Komplexeleistung



Quelle: Kindbezogene Aktenanalyse

Bei knapp einem Viertel der Kinder wurde die Komplexeleistung beendet, weil die Maßnahme gewechselt wurde. Hierbei handelt es sich überwiegend um einen Wechsel in eine Förder- oder integrative Kindertageseinrichtung. Bei 23 Kindern (15%) wurde die Maßnahme erfolgreich abgeschlossen, hier sind zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Bei 12 Kindern (8%) wurde die Komplexeleistung auf Wunsch der Eltern beendet und bei 10 Kindern aufgrund eines Umzugs, in zwei der Fälle in Verbindung mit einer Inobhutnahme des Kindes.

Als andere Gründe für die Beendigung wurden eine fehlende Inanspruchnahme der Leistung, Beendigung aufgrund der Einstellung mobiler Förderung (Eltern haben keine Möglichkeit in die IFF zu kommen) oder die Übergabe in eine näher gelegene IFF benannt.

7 Vereinbarte Leistungen und Vergütung

Die vertraglich vereinbarten Leistungen betreffen Art und Umfang der Leistungen sowie gesetzte Obergrenzen. In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Ergebnisse der schriftlichen Befragung aller Frühförderstellen in NRW und im Anschluss dargestellt. Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit den Ergebnissen der Analyse von Verträgen. Diese wurden dem ISG von IFF, die sich an der vertiefenden Studie beteiligt haben, zugesendet.

7.1 Art der Leistung

Die Vertragsgestaltung bezogen auf die einzelnen Leistungen ist durchaus unterschiedlich: Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung können z.B. institutionell gefördert werden ohne weitere vertragliche Vereinbarungen; 5 dieser Einrichtungen gaben an, es gäbe keine vertraglichen Festlegungen zu einzelnen Leistungsarten. Die Vertragsgestaltung zu den Leistungen und deren Vergütung bei den IFF sieht im Ergebnis pauschalierte Sätze für die Fördereinheit vor. Fünf der IFF gaben entsprechend an, dass es keine (weiteren) vertraglichen Regelungen gäbe.

Im Rahmen dieses Erhebungsschrittes wurden die benannten fünf Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und die fünf IFF aus Analyse herausgenommen. In der folgenden Tabelle wird in der ersten Zeile angegeben, wie viele Einrichtungen einbezogen wurden. Ferner wird getrennt für die direkten und für die indirekten Leistungen dargestellt, wie viele Nennungen auf die jeweiligen Leistungsarten entfielen.

Bezogen auf die direkten Leistungen ist auffällig, dass für Komplexleistung nur wenige IFF angaben, dass Face-to-face-Zeiten mit den Eltern vertraglicher Bestandteil sei (30% der IFF). Die gilt aber auch für solitäre Leistungen der Frühförderung in Frühfördereinrichtungen *mit* Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (26%). Anders ist es bei den Frühfördereinrichtungen *ohne* Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung, hier gaben 60% dieser Einrichtungen an, Leistungen mit den Eltern sei vertraglicher Bestandteil.

Tabelle 32: Vertraglich vereinbarte Leistungen

	Solitäre Leistungen der Frühförderung				Komplexleistung	
	Einrichtungen ohne Anerkennung KI		Einrichtungen mit Anerkennung KI		IFF	
Anzahl einbezogene Einrichtungen	42		19		27	
<i>Direkte Leistungen:</i>						
Face-to-face-Leistungen mit dem Kind	34	81%	19	100%	27	100%
Face-to-face-Zeiten mit den Eltern	25	60%	5	26%	8	30%
Face-to-face-Leistungen mit dem Kind / Einbeziehung der Eltern	32	76%	12	63%	23	85%
<i>Indirekte Leistungen:</i>						
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	26	62%	10	53%	24	89%
Fallgespräche des Teams	26	62%	10	53%	24	89%
Dokumentation	34	81%	12	63%	23	85%
Vor- und Nachbereitung der Förderung	35	83%	12	63%	22	81%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	15	36%	10	53%	15	56%
Fallkoordination	20	48%	7	37%	14	52%
Fortbildungen	19	45%	8	42%	14	52%
Fahrtkosten	25	60%	10	53%	12	44%
Supervision	17	40%	7	37%	12	44%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

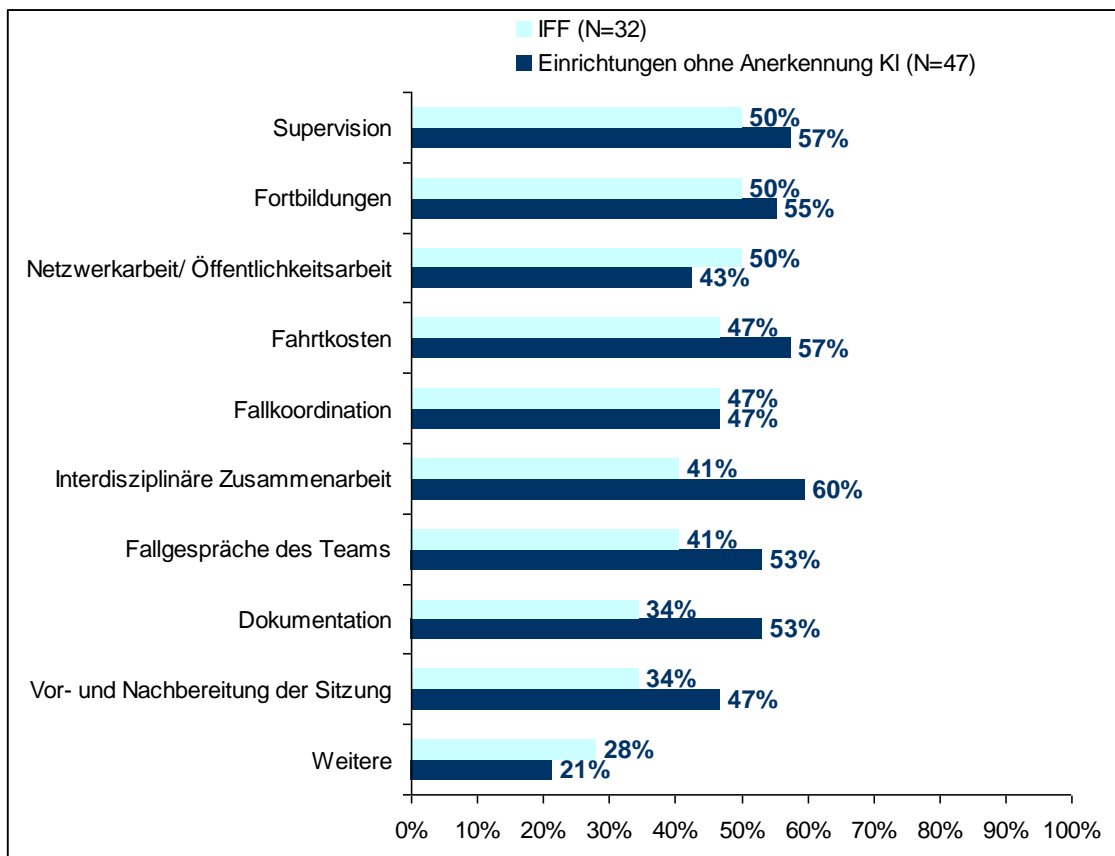
Bezogen auf die indirekten Leistungen wurden von den IFF insbesondere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallgespräche in Teams (89%), Dokumentation (85%) sowie die Vor- und Nachbereitung der Förderung (81%) benannt. Im Rahmen der solitären Leistungserbringung sind dagegen Dokumentation sowie Vor- und Nachbereitung der Förderung häufiger vertraglich vereinbart als die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallgespräche.

Auch bei den weiteren indirekten Leistungen gibt es bei den IFF anteilig häufiger vertragliche Regelungen als im Rahmen solitärer Leistungen der Frühförderung. Einzige Ausnahme sind hier die Fahrtkosten für mobil-aufsuchende Frühförderung.

In diesem Zusammenhang wurde des Weiteren danach gefragt, welche indirekten Leistungen auch Sicht der Frühförderung im Rahmen der Komplexleistung vertraglich geregelt werden sollten. In der Darstellung zu diesem Thema wird zwischen Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und IFF, die bereits Erfahrungen mit den vertraglichen Regelungen im Rahmen der Komplexleistung gesammelt haben, unterschieden.

Die Hälfte der IFF ist der Ansicht, dass im Rahmen der Komplexleistung Supervision, Fortbildungen sowie Netzwerkarbeit bzw. Öffentlichkeitsarbeit Vertragsbestandteile sein sollten. Unter den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung ist dieser Anteil bezogen auf Supervision und Fortbildungen höher, bezogen auf Netzwerkarbeit niedriger.

Abbildung 17: Bei der Komplexleistung zu vereinbarende indirekte Leistungen



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Weiterhin gaben über 40% der IFF an, Fahrtkosten, Fallkoordination, Interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Fallgespräche des Teams sollten Vertragsbestandteile sein. Unter den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung ist diesbezüglich mit Ausnahme der Fallkoordination ein erheblich höherer Anteil der Meinung, dass diese Leistungen vertraglich geregelt sein sollten.

Schließlich ist jeweils gut ein Drittel der IFF der Meinung, dass Dokumentation sowie Vor- und Nachbereitung der Sitzung vertraglich geregelt sein sollten, unter den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung ist dieser Anteil erheblich höher.

Unter der Rubrik „Weitere“ gaben mehrere IFF an, dass Face-to-face-Zeiten mit den Eltern als Fördereinheit berechnet werden können sollten, eine IFF gab Teamzeiten mit anderen Hilfesystemen (SPFH, Klinik etc. an). Von den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung wurden ebenfalls Eltern- und Beratungsgespräche benannt; weiterhin, offene Beratung, Fahrtkosten, Berichtslegung, Terminabsagen sowie Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (z.B. Kita).

Zu bedenken gegeben wurde seitens einer IFF, dass eine weitgehende Ausdifferenzierung vor dem Hintergrund individueller Bedarfe auch hinderlich wirken könne.

7.2 Vereinbarte Zeiten

Zur Darstellung der je Fördereinheit vereinbarten Zeiten wird unterschieden zwischen Gesamtzeit der Fördereinheit und Zeit für die Face-to-face-Leistungen. Die folgende Tabelle zeigt für die solitäre Leistungserbringung sowie für die Komplexleistung jeweils den kleinsten und höchsten Zeitwert sowie die im Durchschnitt vereinbarten Zeitwerte.

Die kürzeste vereinbarte Gesamtzeit einer Fördereinheit beträgt bei den solitären Leistungen 45 Minuten und reicht bis hin zu 150 Minuten bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung und 132 Minuten bei den Frühfördereinrichtungen mit Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung. Bei der Komplexleistung liegt die Spanne bezogen auf die Gesamtdauer zwischen 60 und 126 Minuten. Im Durchschnitt verzeichnen die IFF mit 111 Minuten höhere Gesamtzeiten als dies bei der Erbringung solitärer Leistungen der Fall ist.

Die Face-to-face-Zeiten variieren zwischen den Leistungsformen insgesamt recht wenig und liegen mit einer Ausnahme zwischen 45 und 60 Minuten.

Tabelle 33: Vereinbarte Zeiten für die Fördereinheiten (Jahr 2011)

	Solitäre Leistungen der Frühförderung		Komplexleistung
	Einrichtungen ohne Anerkennung KI	Einrichtungen mit Anerkennung KI	IFF
	<i>Gesamtdauer der Förderung in Minuten</i>		
Kleinster Wert	45	45	60
Höchster Wert	150	132	126
Mittelwert	102	93	111
	<i>Zeiten für Face-to-face-Leistungen in Minuten</i>		
Kleinster Wert	45	30	45
Höchster Wert	60	60	60
Mittelwert	56	53	56

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Auffällig ist, dass die Spanne der vereinbarten Gesamtzeiten bei den Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung wesentlich höher ist als bei den IFF. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass bei den Vertragsverhandlungen zur Komplexleistung mehr Partner beteiligt sind, als dies bei den solitären Leistungen der Fall ist.

7.3 Obergrenzen

Die vertragliche Ausgestaltung sieht zum Teil Obergrenzen vor, die sich auf das Kind und/ oder auf die gesamte Einrichtung beziehen können. Bei den solitären Leistungen der Frühförderung gab über die Hälfte der Einrichtungen an, dass eine Obergrenze bestehe, davon in zwei Dritteln pro Kind und in einem Drittel für die gesamte Einrichtung. Eine Einrichtung hat Obergrenzen sowohl pro Kind als auch für die Einrichtung. Sofern eine Obergrenze pro Kind besteht, besteht hier immer die Möglichkeit, die Förderung durch gesonderten Antrag zu verlängern.

Tabelle 34: Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen

	Solitäre Leistungen der Frühförderung		Komplexleistung	
Es gibt eine Obergrenze...	37	53%	11	34%
...pro Kind	24	65%	9	82%
...für die gesamte Einrichtung	14	38%	1	9%
Sofern Obergrenzen pro Kind bestehen:				
Verlängerungsanträge sind möglich	24	100%	8	89%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Ein Drittel der IFF gab an, dass eine Obergrenze bestehe und zwar in der Regel für das Kind. In einigen Kommunen wurden im Rahmen der Komplexleistung 60 Fördereinheiten je Kind und Jahr als fixe Obergrenze festgelegt. Seitens der IFF wurde darauf hingewiesen, dass dies in etwa dem Durchschnitt abgerechneter Fördereinheiten im Jahr entspräche. Dieser durchschnittliche Wert würde auch in den Kommunen nicht überschritten, in denen es eine solche Obergrenze nicht gibt. Wie bereits ob ausgeführt, führen diese engen Obergrenzen dazu, dass insbesondere Kinder mit hohem Förderbedarf nicht adäquat versorgt werden können.

Im Rahmen der kindbezogenen Analyse wurden die teilnehmenden IFF gebeten anzugeben, ob die bewilligten Leistungen für das jeweilige Kind ausreichend seien. Bei einem Viertel der Kinder wurden seitens der IFF keine ausreichenden Leistungen konstatiert, wobei hier besonders häufig das bewilligte Leistungsvolumen bemängelt wurde.

7.4 Vereinbarungen zur Vergütung

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf den Verträgen, die dem ISG von an der Vertiefungsstudie teilnehmenden IFF aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe zur Verfügung gestellt wurden. Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Verträge können keine unmittelbaren Aussagen zum Vergleich von Rheinland und Westfalen-Lippe gemacht werden. Wohl aber können strukturelle Unterschiede zwischen beiden Landesteilen sowie in der Entwicklung beider Landesteile analysiert werden.

Die Verträge über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen werden zwischen den Interdisziplinären Frühförderstellen, den Krankenkassen (-verbänden) und dem örtlichen Sozialhilfeträger abgeschlossen. Der Aufbau der vorliegenden Verträge ist dabei weitgehend identisch. Sie enthalten insgesamt 17 Paragraphen, die allgemeine Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis, zur Komplexleistung, zur Einrichtung, zu den Verfahren (Eingangsverfahren, Antrags- und Bewilligungsverfahren), zur Vergütung und zum Abrechnungsverfahren, zum Datenschutz, zum Verfahren bei Vertragsverstößen und bei Regressverfahren sowie zur Qualitätssicherung.

Ebenfalls einheitlich strukturiert sind die zum Vertrag gehörenden Anlagen: FuB incl. Anlagen, personelle, räumliche und sachliche Ausstattung + Strukturhebungsbogen, Therapie-, Raum- und Personalkonzept der Einrichtung, Meldung Personalbestand, Vergütungsvereinbarung und Leistungsnachweis. Aus den Anlagen können die einrichtungsbezogenen Details entnommen werden, wobei hier insbesondere die zum Personal sowie zur Vergütung im Fokus stehen. Darüber hinaus enthalten einige der vorliegenden Verträge weitere Anhänge in Form von Protokollnotizen, die gesonderte Regelungen für die jeweilige IFF enthalten.

Zwischen Rheinland und Westfalen-Lippe bestehen wesentliche Unterschiede in der Vergütungssystematik: Im Rheinland werden Vergütungssätze für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik sowie für die Fördereinheit vereinbart. In der Fördereinheit sind die Kosten für Verlaufs- und Abschlussdiagnostik enthalten. In Westfalen-Lippe ist dies anders geregelt und die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik werden gesondert vergütet. Darüber hinaus gibt es in Westfalen-Lippe eine reduzierte Eingangsdiagnostik und neben dem Vergütungssatz für die Einzelförderung auch die für Förderung in der Gruppe mit reduzierten Vergütungssätzen. Darüber hinaus gab es zu Beginn der Umsetzung der Komplexleistung in Westfalen-Lippe eine Pauschale für die Erstellung des Abschlussberichts (1 Nennung). Im Folgevertrag wurde diese gestrichen.

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie die preislichen Strukturen bei den Erstverträgen und wie die heutigen Preisstrukturen aussehen, von besonderem Interesse ist dabei die Entwicklung der Vergütungssätze in den beiden Landesteilen von den Erstverträgen zu den derzeit aktuellen Verträgen: In Westfalen-Lippe ist die durchschnittliche Vergütung für die Eingangsdiagnostik leicht gesunken und die reduzierte Eingangsdiagnostik ist gestiegen. Laut der vorliegenden Verträge im Rheinland war die Eingangsdiagnostik in den Erstverträgen verhältnismäßig gering vergütet und der Vergütungssatz wurde in den Folgeverträgen angehoben.

Die Differenz zwischen dem kleinsten und dem höchsten Vergütungssatz der vorliegenden Verträge betrug bei der Eingangsdiagnostik in Westfalen-Lippe in den Erstverträgen rd. 26 € (=höchster Wert 455,53 € – kleinster Wert 420,00 €) und reduzierte sich bei den derzeit aktuellen Verträgen leicht auf 20 €. Im Rheinland hat sich diese Differenz von rd. 48 € auf rd. 52 € von den Erstverträgen zu den derzeit aktuellen Verträgen erhöht.

Tabelle 35: Vergütungssätze im Rheinland und in Westfalen-Lippe

	Eingangsdiagnostik	Reduzierte Eingangsdiagnostik	Je Fördereinheit	Je Fördereinheit in der Gruppe max 2 Ki	Je Fördereinheit in der Gruppe / max 3 Ki	Verlaufs-/Abschlussdiagnostik	Abschlussbericht (1 IFF, 2007)
Westfalen-Lippe							
Erstverträge							
Kleinster Wert	420,00 €	250,00 €	87,00 €	75,20 €	56,40 €	250,00 €	50,00 €
Größter Wert	455,53 €	280,00 €	102,71 €	78,00 €	79,29 €	280,00 €	
Mittelwert	444,71 €	264,00 €	96,44 €	76,40 €	71,12 €	265,86 €	
Derzeit aktuelle Verträge							
Kleinster Wert	430,00 €	261,65 €	81,75 €		65,40 €	261,75 €	
Größter Wert	450,00 €	350,00 €	95,00 €		73,37 €	280,00 €	
Mittelwert	443,23 €	277,01 €	89,38 €		71,34 €	269,31 €	
Rheinland							
Erstverträge							
Kleinster Wert	356,94 €		94,53 €				
Größter Wert	404,10 €		99,56 €				
Mittelwert	391,18 €		97,77 €				
Derzeit aktuelle Verträge							
Kleinster Wert	398,78 €		95,43 €				
Größter Wert	450,98 €		100,15 €				
Mittelwert	409,12 €		98,42 €				

Quelle: Vorliegende Verträge von IFF

Die Analyse der Vergütungssätze für die Fördereinheit der vorliegenden Verträge zeigt für Westfalen-Lippe folgendes Bild: Der durchschnittliche Vergütungssatz je Fördereinheit ist von rd. 96 € bei den Erstverträgen auf rd. 89 € in derzeit aktuellen Verträgen um 7 € je (-8%) Fördereinheit gesunken. Im Rheinland sind die Vergütungssätze von den Erstverträgen zu den derzeit aktuellen Verträgen dagegen mit rd. 0,7 € je Fördereinheit leicht gestiegen.

Auffällig ist, dass die Vergütungssätze je Fördereinheit zwischen den vorliegenden derzeit aktuellen Verträgen der IFF in Westfalen-Lippe um rd. 13 € differieren, bei den derzeit aktuellen Verträgen im Rheinland beträgt diese Differenz rd. 5 €.

Unterschiede in den Entgelten hängen mit dem jeweiligen Konzept der IFF zusammen, was zunächst einmal durchaus im Sinne der Landesrahmenempfehlung ist. So wurden die Verhandlungen bewusst an die örtliche Ebene delegiert, sodass den unterschiedlichen Strukturen Rechnung getragen werden kann. Augenfällig ist jedoch, dass diese Unterschiede im Rheinland zu einer Varianz von 5 € führt und in Westfalen-Lippe in Höhe von 13 €.

Im Rheinland wird bei den Verhandlungen seitens der Krankenkassen eine Kalkulationsmatrix verwendet, die allen Vertragspartnern bekannt ist und auf deren Grundlage die Verhandlungen geführt werden. Eine solche offen zugängliche Kalkulationsmatrix gibt

es in Westfalen-Lippe dagegen nicht. Nahe liegend ist, dass dieser Unterschied Einfluss die unterschiedlichen Ergebnisse der Verhandlungen hat.

8 Entwicklung der Fallzahlen und der Kosten

Informationen zu den Fallzahlen sowie zu den Kosten und deren Entwicklung im Gesamtüberblick haben die Rehabilitationsträger. Aus diesem Grund wurden die erforderlichen Daten sowohl bei den Sozialhilfeträgern als auch bei den Krankenkassen angefragt. Neben getrennten Darstellungen zum Leistungsgeschehen der beiden Rehabilitationsträger (Abschnitte 7.1 und 7.2) enthält dieses Kapitel einen Überblick zu Versorgung und Kosten (7.3).

8.1 Sozialhilfeträger

Die Abfrage bei den örtlichen Sozialhilfeträgern in NRW wurde so konzipiert, dass Kommunen mit und ohne Angebot der Komplexleistung Frühförderung erreicht werden konnten. Inhaltlich bezog sich die Abfrage ausschließlich auf ambulante heilpädagogische Maßnahmen für Kinder von 0 Jahren bis zum Schuleintritt, mit getrennten Abfragen nach Komplexleistung und weiteren ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen. Explizit ausgeschlossen wurden teilstationäre und stationäre heilpädagogische Maßnahmen sowie Leistungen nach § 43a SGB V. Um die Entwicklung der Kosten und Fallzahlen nachzeichnen zu können, wurden Angaben von 2006 bis 2011 erbeten.

Ein zweiter Teil der Abfrage richtete sich ausschließlich an die Sozialhilfeträger mit einem Angebot der Komplexleistung. Hier wurde für das Jahr 2011 der von den Sozialhilfeträgern zu tragende Nettoaufwand sowie der vereinbarte Kostenanteil je eingerichteter IFF abgefragt.

8.1.1 Teilnehmende Kommunen

Von insgesamt 53 Landkreisen und Städten in NRW haben sich 41 an der Abfrage beteiligt, das entspricht einer Beteiligungsquote von 77%. Zum Zeitpunkt der Befragung wird die Komplexleistung im Rheinland in 20 Kommunen angeboten, in 6 nicht und in Westfalen-Lippe wird die Komplexleistung in 7 Landkreisen und Städten angeboten, in 20 nicht.

An der Abfrage haben sich aus dem Rheinland 15 Kommunen mit Angebot der Komplexleistung und 4 ohne ein solches Angebot beteiligt, aus Westfalen-Lippe waren es 6 mit einem Angebot der Komplexleistung und 16 ohne ein solches Angebot.

Tabelle 36: Beteiligung nach Landesteilen und Angebot

		Grundge- samtheit	Rücklauf	
			Absolut	Quote
Kommunen im Rheinland	mit Angebot KL	20	15	75%
	ohne Angebot KL	6	4	67%
Kommunen in Westfalen-Lippe	mit Angebot KL	7	6	86%
	ohne Angebot KL	20	16	80%

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Die Ergebnisse werden aufgrund signifikanter Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen bei den Versorgungsquoten und damit bei den Nettoaufwendungen für diese Fragestellungen getrennt dargestellt für Kommunen mit und ohne Angebot der Komplexleistung im Rheinland und in Westfalen-Lippe.

Die Datenlage ist in den Kommunen unterschiedlich ausgestaltet. So werden heilpädagogische Leistungen in einigen Kommunen auch oder ausschließlich institutionell gefördert, teilweise wurde im betrachteten Zeitraum von institutioneller Förderung auf Einzelförderung umgestellt (nicht selten im Zuge der Umsetzung der Komplexleistung). Um ein möglichst unverfälschtes Bild zu erhalten, wurden in den Längsschnittbetrachtungen von 2006 bis 2011 nur die Angaben von den Kommunen einbezogen, die für den betrachteten Zeitraum vollständig und plausibel vorlagen.

Die ersten Landkreise und Städte haben die Komplexleistung ab 2007 implementiert. Die Abfrage wurde bewusst auf die Jahre 2006 bis 2011 bezogen, um auf diese Weise Veränderungen, die mit der Einführung der Komplexleistung einhergingen, abbilden zu können. Von den an der Abfrage beteiligten Kommunen haben fünf im Jahr 2007 die Komplexleistung implementiert, in den Jahren 2008 und 2009 waren es jeweils sechs, in 2010 drei und 2011 eine.

8.1.2 Kinder im Leistungsbezug ambulanter heilpädagogischer Maßnahmen

Für eine Vergleichbarkeit wurden Versorgungsquoten auf kommunaler Ebene errechnet: die von den Sozialhilfeträgern genannte Anzahl der Kinder im Leistungsbezug wurde ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der in der jeweiligen Kommune lebenden Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren.¹⁸

Die Darstellung bezieht sich auf alle ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen (einschließlich Komplexleistung) und unterscheidet zwischen den Kommunen mit einem sowie ohne Angebot der Komplexleistung im Rheinland und in Westfalen-Lippe.

¹⁸ In die Analyse dieser Zahlen sind ausschließlich die Angaben der Kommunen eingeflossen, die vollständig vorlagen.

Tabelle 37: Kinder im Frühförderalter, die ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) erhalten, je 100 Altersgleiche

		N	2006	2007	2008	2009	2010	2011	06-11
Kommunen im Rheinland	mit Angebot KL	8	1,4	1,5	1,8	2,0	2,2	2,5	71%
	ohne Angebot KL	3	1,9	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	22%
Kommunen in Westfalen-Lippe	mit Angebot KL	6	2,7	2,9	3,3	4,1	3,8	3,8	44%
	ohne Angebot KL	8	2,4	2,4	2,9	3,2	3,5	3,6	50%

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

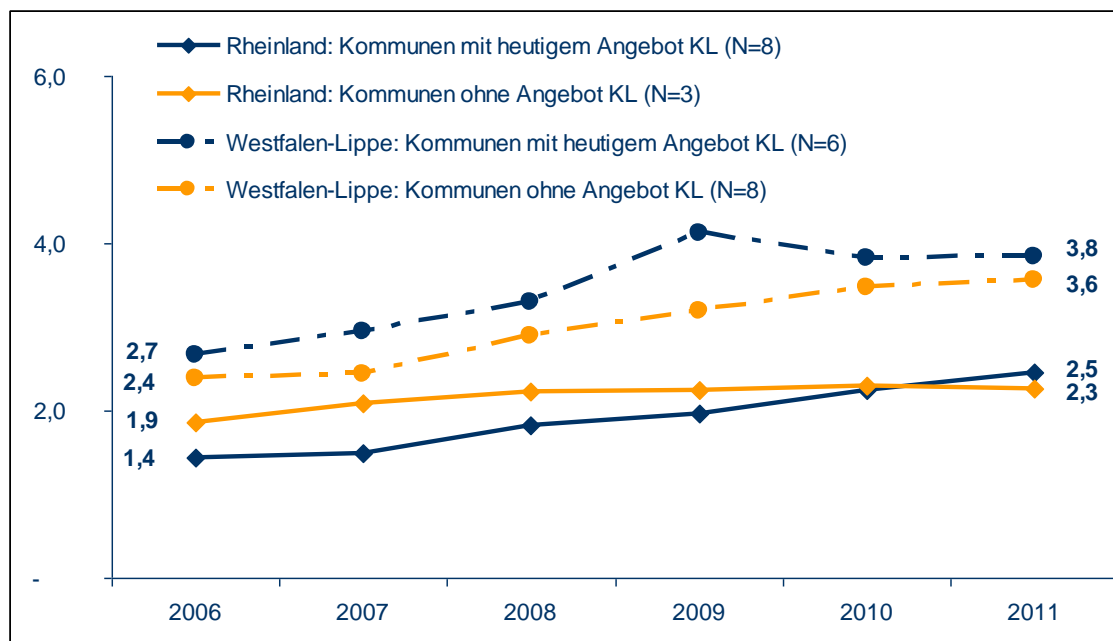
In den Kommunen des Rheinlands mit einem heutigen Angebot der Komplexleistung betrug die durchschnittliche Versorgungsrate im Jahr 2006 (vor Einführung der Komplexleistung) 1,4 Kinder im Leistungsbezug je 100 Altersgleiche; in den rheinischen Kommunen ohne ein entsprechendes Angebot lag die Versorgungsquote zu diesem Zeitpunkt mit 1,9 leicht darüber.

Zum gleichen Zeitpunkt waren die Versorgungsquoten in westfälischen Kommunen höher als im Rheinland und betrugen in den Kommunen mit einem heutigen Angebot der Komplexleistung 2,7 je 100 Kinder und in den Kommunen ohne entsprechendes Angebot 2,4.

Im Zeitverlauf stiegen die Versorgungsquoten in den rheinischen Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung kontinuierlich um insgesamt 71% an und im Jahr 2011 erhielten durchschnittlich 2,5 von 100 Kindern ambulante heilpädagogische Leistungen. In den in den rheinischen Kommunen ohne entsprechendes Angebot betrug die Versorgungsquote 2,3 in 2011, was im betrachteten Zeitraum einem Anstieg von 22% entspricht. Bei den Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung in Westfalen-Lippe ist im Gegensatz dazu ein diskontinuierlicher Verlauf.

Über den gesamten Zeitraum stiegen die Versorgungsquote allerdings in den westfälischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung stärker (um 50%) als in den Kommunen mit heutigem Angebot (44%). Die Versorgungsquoten liegen mit 3,8 bzw. 3,6 Kindern je 100 Altersgleiche weiterhin geringfügig auseinander.

Abbildung 18: Kinder im Frühförderalter, die ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) erhalten, je 100 Altersgleiche



Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Deutlich wird, dass die Versorgungsquoten der westfälischen Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung bereits vor Umsetzung der Komplexleistung höher lagen als in den übrigen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung. Die Steigerung über den betrachteten Zeitraum von 2006 bis 2011 ist in den westfälischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung höher, sodass sich die Versorgungsquoten im Zeitverlauf angeglichen haben.

In den rheinischen Kommunen sind die Versorgungsquoten signifikant niedriger als in den westfälischen Kommunen – und dies war bereits vor der Einführung der Komplexleistung im Jahr 2006 der Fall. Die Versorgungsquoten im Jahr 2011 liegen in den rheinischen Kommunen mit und ohne Angebot der Komplexleistung in vergleichbarer Größenordnung.

Ein Grund für die unterschiedlichen Versorgungsquoten im Bereich der ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen im Rheinland und in Westfalen-Lippe besteht möglicherweise in einer unterschiedlichen Versorgungsdichte mit Kindergartenplätzen in Förder- bzw. integrativen Kindertagesstätten bzw. mit Plätzen der Einzelintegration. Diese Leistungen werden von den überörtlichen Trägern – Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe – getragen.

Heilpädagogische Plätze in Förder- und integrativen Einrichtungen

Im Rheinland waren im Jahr 2011 insgesamt 563.028 Kinder 0 bis 7 Jahre alt, in Westfalen-Lippe waren es 483.695 Kinder. In Kostenträgerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) werden insgesamt 7.442 Plätze (heilpädagogische Plätze und Einzelintegration) gefördert, seitens des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) sind dies

6.520 Plätze. Die Versorgungsquoten in den beiden Landesteilen liegen recht nah beieinander und betragen 1,32 bzw. 1,35 je 100 Kinder im Alter von 0 bis 7 Jahren.

Kinder, die einen heilpädagogischen Platz (HP-Platz) in einer Förder- oder integrativen Kindertageseinrichtung erhalten, können nach Prüfung des Einzelfalls zusätzlich Leistungen der Frühförderung erhalten, dies ist aber in der Praxis nur in Ausnahmefällen der Fall. Unterschiede in der Versorgungssituation mit den HP-Plätzen in den beiden Landesteilen können deshalb eine unterschiedliche Versorgungssituation bezogen auf ambulante heilpädagogische Maßnahmen in örtlicher Trägerschaft (s.o.) erklären.

Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen dem Rheinland und Westfalen-Lippe: Im Jahr 2011 kamen im Rheinland auf 100 Kinder 1,27 heilpädagogische Plätze in Förder- oder integrativen Einrichtungen, in Westfalen-Lippe waren dies 0,46 Plätze.

Tabelle 38: Von den Landschaftsverbänden geförderte Plätze für Kinder mit Behinderung

	Rheinland		Westfalen-Lippe	
Anzahl der Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren	563.028	Kinder	483.695	Kinder
Plätze für Kinder mit Förderbedarf in Kostenträgerschaft der Landschaftsverbände insgesamt (HP-Plätze <u>und</u> Einzelintegration)				
	LVR		LWL	
Geförderte Plätze	7.442	Plätze	6.520	Plätze
Versorgungsquote je 100 Kinder	1,32	Plätze je 100 Kinder	1,35	Plätze je 100 Kinder
HP-Plätze in Kostenträgerschaft der Landschaftsverbände				
	LVR		LWL	
Geförderte Plätze	7.142	Plätze	2.208	Plätze
Versorgungsquote je 100 Kinder	1,27	Plätze je 100 Kinder	0,46	Plätze je 100 Kinder

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG
Daten der überörtlichen Sozialhilfeträger

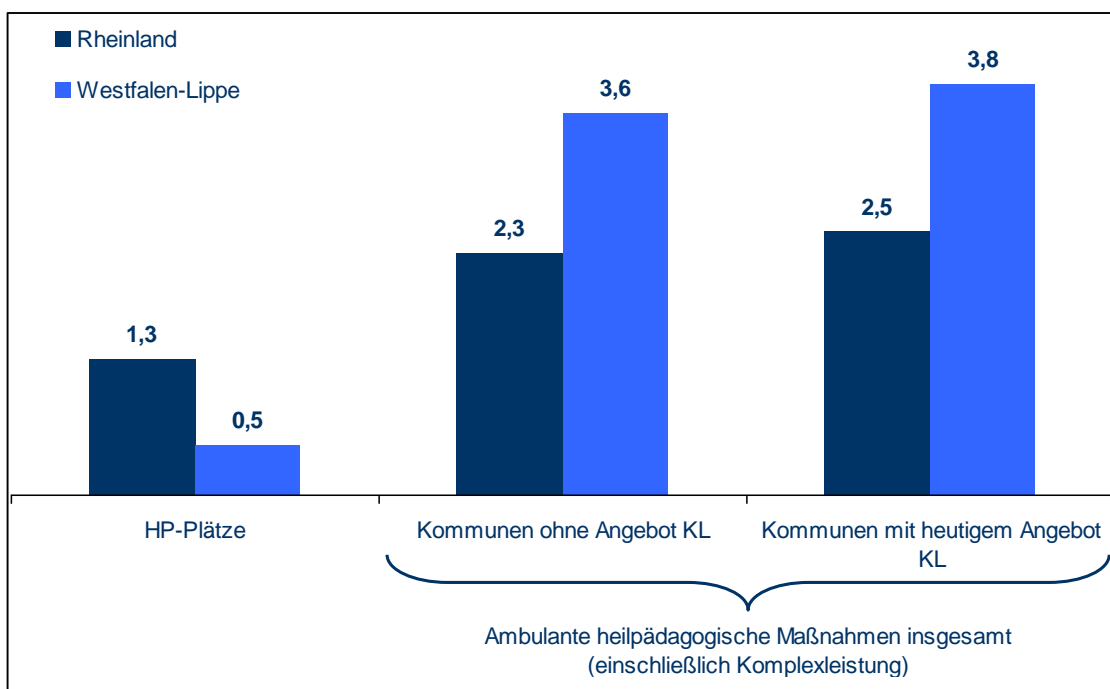
Die folgende Abbildung zeigt die Versorgungsquoten mit HP-Plätzen durch LVR und LWL (s.o.) sowie bezogen auf alle ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen in den Kommunen der beiden Landesteile (jeweils unterschieden nach dem Angebot der Komplexleistung in den Kommunen) im Jahr 2011.

Deutlich wird, dass die relativ hohen Versorgungsquoten mit HP-Plätzen im Rheinland mit vergleichsweise niedrigeren Versorgungsquoten bei den ambulanten

heilpädagogischen Maßnahmen in diesem Landesteil korrespondieren. Gleiches gilt – in umgekehrter Richtung – für Westfalen-Lippe: Hier ist die Versorgungsquote mit HP-Plätzen vergleichsweise gering, dafür ist gleichzeitig die Versorgungsquote mit ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen höher.

Die Unterschiede in den Versorgungsquoten zwischen Kommunen mit und ohne Angebot der Komplexleistung sind in beiden Landesteilen jeweils eher gering.

Abbildung 19: Versorgungsquoten getrennt nach Art der Leistung für das Jahr 2011



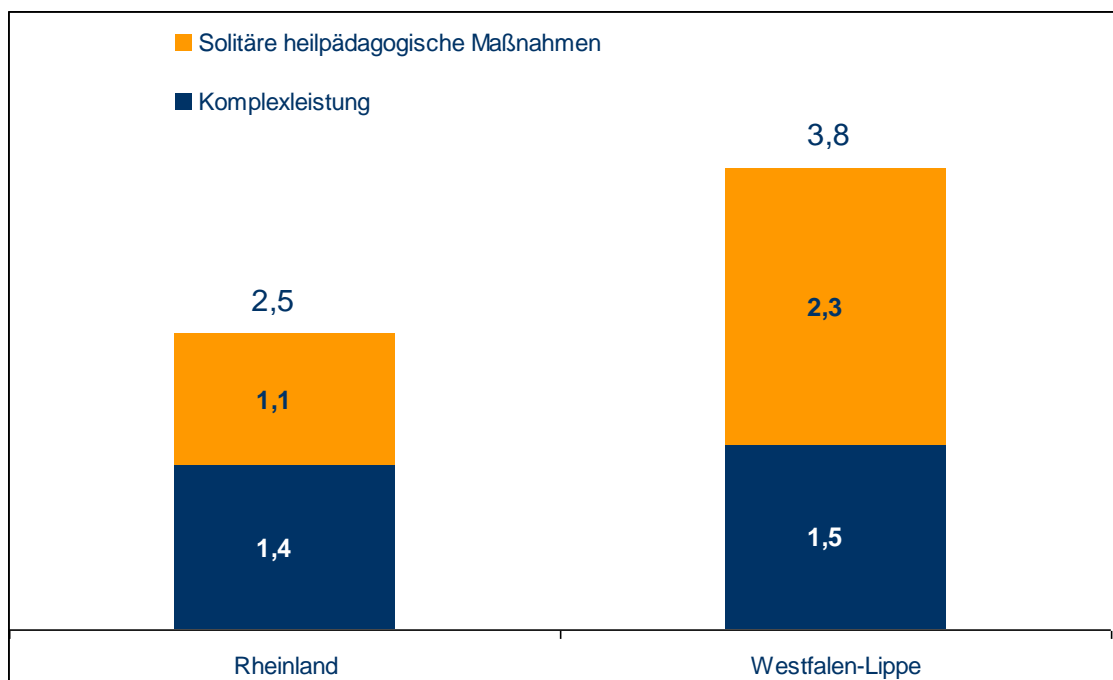
Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Diesen Themenkomplex abschließend wird dargestellt, wie sich die Versorgungsquoten bezogen auf die Leistungsformen – Komplexleistung und solitäre heilpädagogische Leistungen – in den Kommunen darstellt, die die Komplexleistung anbieten.

Wie die folgende Abbildung zeigt, erhielten in den rheinischen Kommunen mit Komplexleistungsangebot durchschnittlich 1,4 je 100 Kinder im Alter von 0 bis 7 Jahren Komplexleistung, in den westfälischen Vergleichskommunen war die Versorgungsquote mit 1,5 je 100 Kinder nur geringfügig höher.

Der gravierende Unterschied zwischen den Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung in den beiden Landesteilen bestand dagegen bei den Versorgungsquoten der solitären heilpädagogischen Maßnahmen: Die Versorgungsquote betrug in den rheinischen Kommunen im Jahr 2011 durchschnittlich 1,1, während die entsprechende Versorgungsquote in Westfalen-Lippe mit 2,3 je 100 Kinder doppelt so hoch war.

Abbildung 20: Versorgungsquoten nach Art der Leistung in Kommunen mit Angebot der Komplexleistung im Jahr 2011



Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

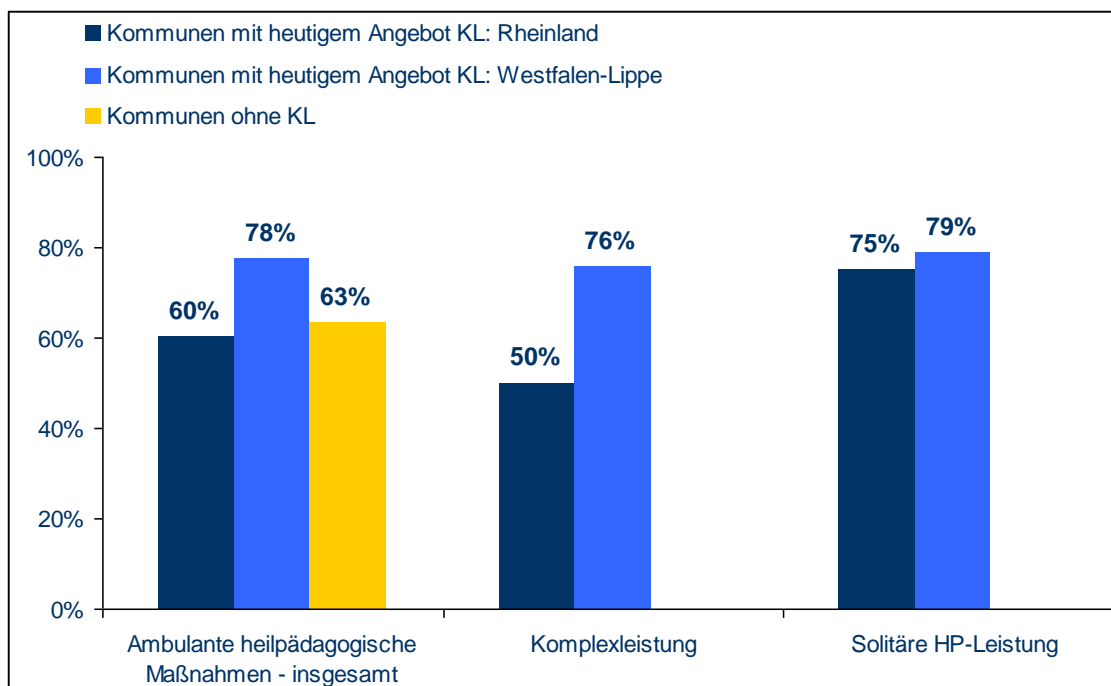
Werden die Versorgungsquoten nicht für die Kommunen, in denen Komplexleistung angeboten wird, sondern für die beiden Landesteile insgesamt berechnet, stellt sich die Versorgungssituation bezogen auf die Komplexleistung anders dar: So erhalten 1,2 Kinder je 100 Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren im Rheinland die Komplexleistung, in Westfalen-Lippe sind dies 0,4 Kinder.

Kinder im Leistungsbezug nach Alter

Die örtlichen Sozialhilfeträger wurden weitergehend gebeten, die Anzahl der Kinder im Leistungsbezug getrennt nach Alter und Geschlecht anzugeben. Da es zahlreichen Kommunen nicht möglich war, diese Daten nach den geforderten Klassifizierungen in der Zeitreihe seit 2006 anzugeben, beziehen sich die folgenden Ausführungen auf das Jahr 2011.

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der älteren Kinder im Alter von 4 Jahren bis zum Schuleintritt an allen Kindern im Leistungsbezug. Die Größe der jeweiligen Altersgruppe in der Bevölkerung wurde bei der Berechnung berücksichtigt. Die Ergebnisse wurden für Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung in den beiden Landesteilen sowie für Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung errechnet. Ausgewiesen werden Angaben für ambulante heilpädagogische Maßnahmen insgesamt sowie getrennt für die Komplexleistung und die solitären HP-Leistungen.

Abbildung 21: Anteil der älteren Kinder (4 Jahre bis zum Schuleintritt) an allen Kindern im Leistungsbezug im Jahr 2011



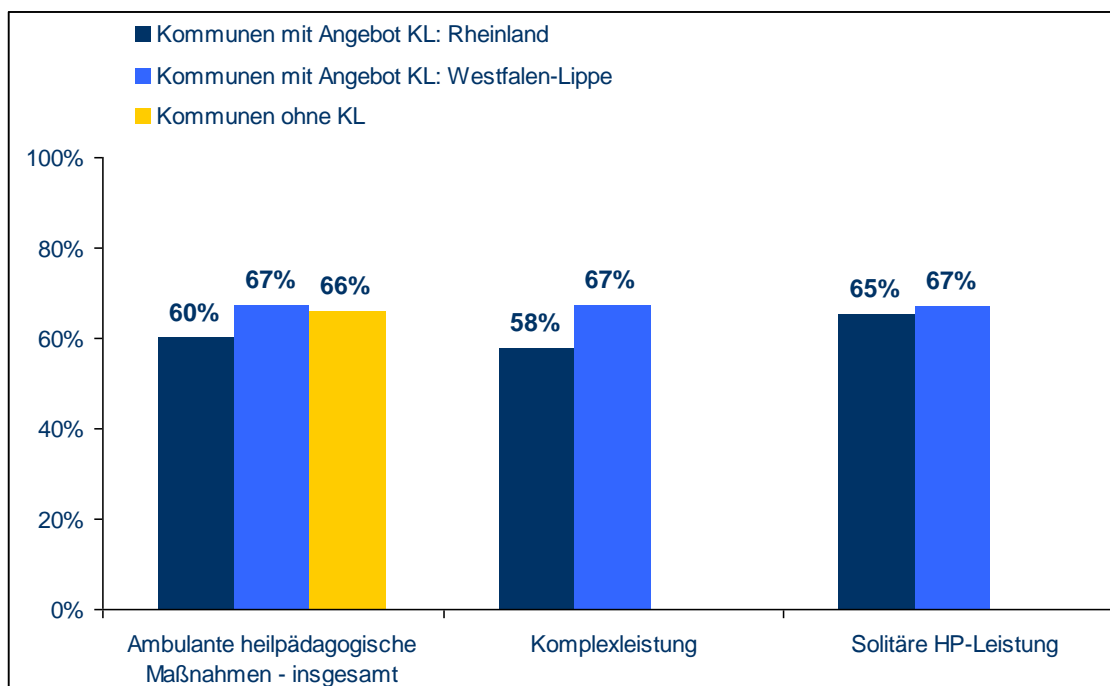
Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Werden die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen insgesamt betrachtet, beträgt in den rheinischen Kommunen mit Komplexleistungsangebot der Anteil der älteren Kinder 60%, in vergleichbaren Kommunen Westfalens liegt dieser Anteil mit 78% deutlich darüber. Bei den Kommunen ohne Komplexleistungsangebot sind 63% der versorgten Kinder 4 Jahre und älter.

Im Rheinland erhalten anteilig gleich viele jüngere Kinder unter 4 Jahren und ältere Kinder ab 4 Jahre die Komplexleistung, in Westfalen-Lippe ist auch hier der Anteil der älteren Kinder an allen Kindern mit 76% höher. Bezogen auf die solitären HP-Leistungen liegt diesen Kommunen der Anteil der älteren Kinder bei 75% im Rheinland bzw. 79% in Westfalen-Lippe.

Kinder im Leistungsbezug nach Geschlecht

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der Jungen an allen Kindern im Leistungsbezug. Die Ergebnisse wurden wiederum für Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung in den beiden Landesteilen sowie für Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung errechnet. Und ausgewiesen werden ebenfalls Angaben für ambulante heilpädagogische Maßnahmen insgesamt sowie getrennt für die Komplexleistung und die solitären HP-Leistungen.

Abbildung 22: Anteil der Jungen an allen Kindern im Leistungsbezug im Jahr 2011

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Frühförderleistungen erhalten anteilig etwa zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen. Dieses Ergebnis zeigt sich durchgängig in zahlreichen Studien wie auch in den hier vorliegenden Daten.

8.1.3 Kosten – Nettoaufwand des Sozialhilfeträgers

Die Kosten für ambulante heilpädagogische Leistungen sind definiert als Nettoaufwand. Für eine vergleichende Darstellung nach dem Angebot, zwischen den Landesteilen sowie im Zeitverlauf werden die Angaben bezogen auf die Bevölkerung je Kommune und Jahr ausgewiesen.

Die folgende Tabelle zeigt getrennt für die Kommunen mit und ohne Angebot der Komplexeleistung nach den Landesteilen, wie hoch der gesamte Nettoaufwand seitens des Sozialhilfeträgers für die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen – einschließlich der Komplexeleistung – bezogen auf die Bevölkerung ist: Wie viel Euro bezahlt jeder Bürger/ jede Bürgerin durchschnittlich für die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen der Kinder im Frühförderalter?

Die Daten werden wiederum in der Zeitreihe von 2006 (vor dem Start der Komplexeleistung, s.o.) bis 2011 dargestellt.

Tabelle 39: Nettoaufwand pro Kopf für ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) für Kinder im Frühförderalter

		N	2006	2007	2008	2009	2010	2011	06-11
Kommunen im Rheinland	mit Angebot KL	9	1,86 €	1,90 €	2,32 €	2,55 €	2,96 €	3,03 €	63%
	ohne Angebot KL	2	1,56 €	1,78 €	1,90 €	1,89 €	1,94 €	2,18 €	40%
Kommunen in Westfalen-Lippe	mit Angebot KL	6	3,69 €	3,87 €	5,12 €	5,29 €	5,48 €	5,05 €	37%
	ohne Angebot KL	10	3,44 €	3,59 €	3,73 €	4,03 €	4,04 €	4,33 €	26%

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Vor der Einführung der Komplexleistung (im Jahr 2006) betrug der durchschnittliche Nettoaufwand für ambulante heilpädagogische Maßnahmen für jeden Bürger/ jede Bürgerin in den rheinischen Kommunen, die heute die Komplexleistung anbieten, 1,86 €. In den rheinischen Kommunen ohne ein entsprechendes Angebot lag der durchschnittliche Nettoaufwand je Bürger mit 1,56 € darunter.

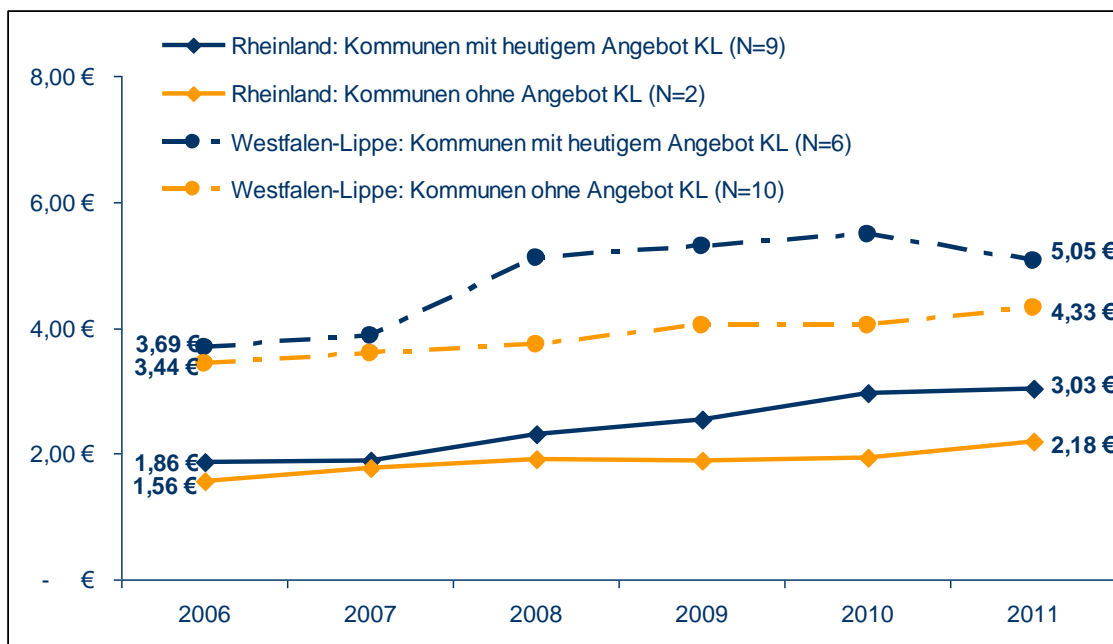
Analog zu den höheren Versorgungsquoten in den beiden Landesteilen war im Jahr 2006 auch in Westfalen-Lippe der Nettoaufwand je Bürger / je Bürgerin in den Kommunen mit einem heutigen Angebot der Komplexleistung höher und betrug 3,69 €. In den Kommunen ohne ein entsprechendes Angebot liegt der Nettoaufwand mit 3,44 € etwas darunter.

Dies bedeutet, dass in beiden Landesteilen in den darauf folgenden Jahren insbesondere die Kommunen die Komplexleistung umgesetzt haben, die bereits zuvor durchschnittlich höhere Aufwendungen pro Kopf hatten.

Im Rheinland stieg der durchschnittliche Nettoaufwand für die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen in den Folgejahren kontinuierlich an und betrug im Jahr 2011 3,03 € je Bürger, dies entspricht einer Steigerungsrate von 63%, während im gleichen Zeitraum die Versorgung um 73% (vgl. Tabelle 37) gestiegen ist. In den westfälischen Kommunen heutigem Angebot der Komplexleistung war von 2007 ein sprunghafter Anstieg des Nettoaufwands je Bürger im Jahr 2008 zu verzeichnen. Dieses hohe Niveau wurde in den Folgejahren zunächst mit leicht steigender Tendenz fortgeschrieben. Seit dem Jahr 2010 ist allerdings ein Rückgang zu verzeichnen und der Nettoaufwand je Bürger in 2011 betrug 5,05 €.

Ein Grund für den geringeren Anstieg des Nettoaufwands pro Kopf in den rheinischen und westfälischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung kann in der Form der Leistungsgewährung liegen. So gaben Sozialhilfeträger an, dass eine institutionelle Förderung aus ihrer Sicht den Vorteil habe, dass das Gesamtleistungsvolumen kalkulierbar sei. Der notwendige Umstieg von der ein einigen Kommunen praktizierten institutionellen Förderung hin zu einer individuellen im Zuge der Umsetzung der Komplexleistung wurde seitens interviewter Sozialhilfeträger als Hemmnis benannt.

Abbildung 23: Nettoaufwand je Bürger für ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) für Kinder im Frühförderalter

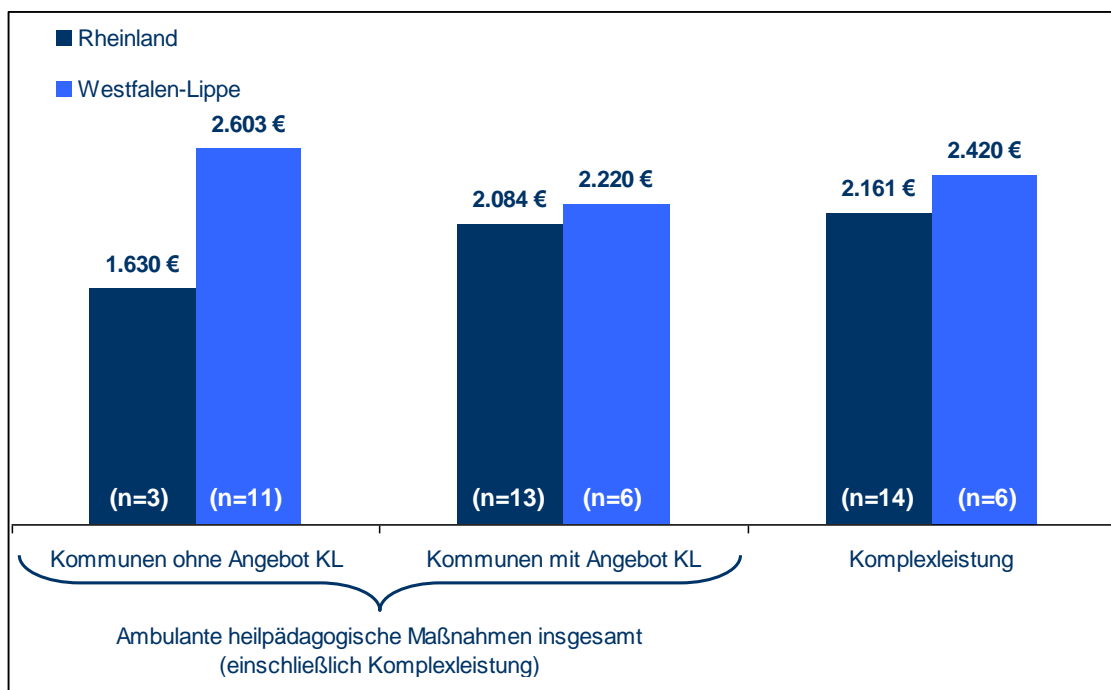


Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Insgesamt spiegeln die hier beschriebenen Unterschiede sowie die Entwicklung beim Nettoaufwand je Bürger die Unterschiede und Entwicklungen bei den Versorgungsquoten wider. Inwieweit die Unterschiede im Nettoaufwand zusätzlich durch unterschiedliche Fallkosten begründet sein können, wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.

8.1.4 Fallkosten

Die Fallkosten werden – getrennt für die beiden Landesteile – sowohl für ambulante heilpädagogische Maßnahmen insgesamt als auch separat für das Komplexleistungsangebot dargestellt. Dabei zeigt sich folgendes Bild: Die Fallkosten über alle ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen hinweg sind in den Kommunen des Rheinlands ohne Angebot der Komplexleistung vergleichsweise niedrig (1.630 €), im Gegensatz zu vergleichbaren Kommunen in Westfalen-Lippe, die mit 2.603 € die höchsten Fallkosten aufweisen. Die Kommunen beider Landesteile mit einem Angebot der Komplexleistung liegen dazwischen, wobei die Fallkosten in den Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung in Westfalen-Lippe (2.220 €) höher sind als in vergleichbaren Kommunen im Rheinland (2.084 €).

Abbildung 24: Fallkosten auf Seiten der Sozialhilfe nach Angebot und Region im Jahr 2011

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Die durchschnittlichen Fallkosten bei der Komplexleistung sind in beiden Landesteilen höher als bei den ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen insgesamt, wobei auch die Fallkosten der Komplexleistung in Westfalen-Lippe höher liegen als im Rheinland.

8.1.5 Kostenteilung

Abschließend wurden die Kommunen, die Komplexleistung anbieten, gebeten, für das Jahr 2011 den Nettoaufwand sowie die jeweils mit den Krankenkassen vereinbarten Sätze der Kostenteilung für die abgeschlossenen Verträge mit den IFF anzugeben. Hieraus wurden durchschnittliche Kostenteilungssätze errechnet. Dabei ist eine Unterscheidung der beiden Landesteile schon deshalb geboten, weil unterschiedliche Rahmenbedingungen bestehen:

- Im Rheinland bezahlen die Krankenkassen die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik zu 100%, für sämtliche weitere Leistungen im Rahmen der Komplexleistung – einschließlich Verlaufs- und Abschlussdiagnostik – wird ein einheitlicher Kostenteilungssatz vereinbart.
- In Westfalen-Lippe wird über alle Leistungen hinweg – einschließlich der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik – ein einheitlicher Kostenteilungssatz vereinbart.

Die folgende Tabelle zeigt getrennt für die beiden Landesteile die vereinbarten durchschnittlichen Kostenteilungssätze in den Kommunen. Dargestellt sind neben der Anzahl der Nennungen jeweils der höchste und der niedrigste Kostenteilungssatz je Kommune, der Median, der die Grenze zwischen der Hälfte der Kommunen mit niedrigeren und der anderen Hälfte mit höheren Kostenteilungssätzen angibt, sowie der Mittelwert. Dieser

wird als Durchschnittswert der mit dem jeweils zugehörigen Nettoaufwand gewichteten Kostenteilungssätze für die beiden Landesteile berechnet.

Den Auswertungen im Rheinland liegen 14 Nennungen zugrunde, wobei der niedrigste Kostenteilungssatz auf kommunaler Ebene 57% zu Lasten des Sozialhilfeträgers beträgt, der höchste beträgt 71%. Die Hälfte der Kommunen hat einen Kostenanteil von maximal 62% oder weniger zu tragen und der mittlere Kostenteilungssatz über alle Kommunen des Rheinlands hinweg beträgt 62%.

Den Auswertungen in Westfalen-Lippe liegen 5 Nennungen zugrunde, wobei der niedrigste Kostenteilungssatz auf kommunaler Ebene zu Lasten des Sozialhilfeträgers 66% beträgt, der höchste 71%. Die Hälfte der Kommunen hat einen Kostenanteil von maximal 68% zu tragen und der mittlere Kostenteilungssatz über alle Kommunen in Westfalen-Lippe hinweg beträgt 67%.

Tabelle 40: Kostenteilungssätze nach Landesteilen im Jahr 2011

	N	Niedrigster Wert	Höchster Wert	Median	Mittelwert
Rheinland	14	57%	71%	62%	62%
Westfalen-Lippe	5	66%	71%	68%	67%

Quelle: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG

Der durchschnittlich höhere Kostenteilungssatz für die westfälischen Kommunen überrascht. Denn: Im Rheinland übernimmt die Krankenkasse durchschnittlich 38% der Komplexleistung (nach Bewilligung der Leistung) und zusätzlich 100% für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik. In Westfalen übernehmen die Krankenkassen mit durchschnittlich 33% einen kleineren Anteil der Kosten, wobei hier die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik bereits enthalten ist.

8.2 Gesetzliche Krankenversicherungen

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen wurden um Angaben zu Nettoaufwendungen und Anzahl der Kinder (nach Alter und Geschlecht) für die Komplexleistung sowie für die medizinisch-therapeutischen Leistungen gebeten. Da die GKVn unterschiedliche Systematiken in der Datenerhebung und Datenerfassung haben, konnten in diese Abfrage bezogen auf die Komplexleistung nur die Daten der AOK sowie der Ersatzkassen einfließen. Nach Angaben der Krankenkassen entfallen gut 70% des gesamten Leistungsvolumens auf die AOKen und die Ersatzkassen, sodass das Datenmaterial repräsentative Aussagen zulässt.

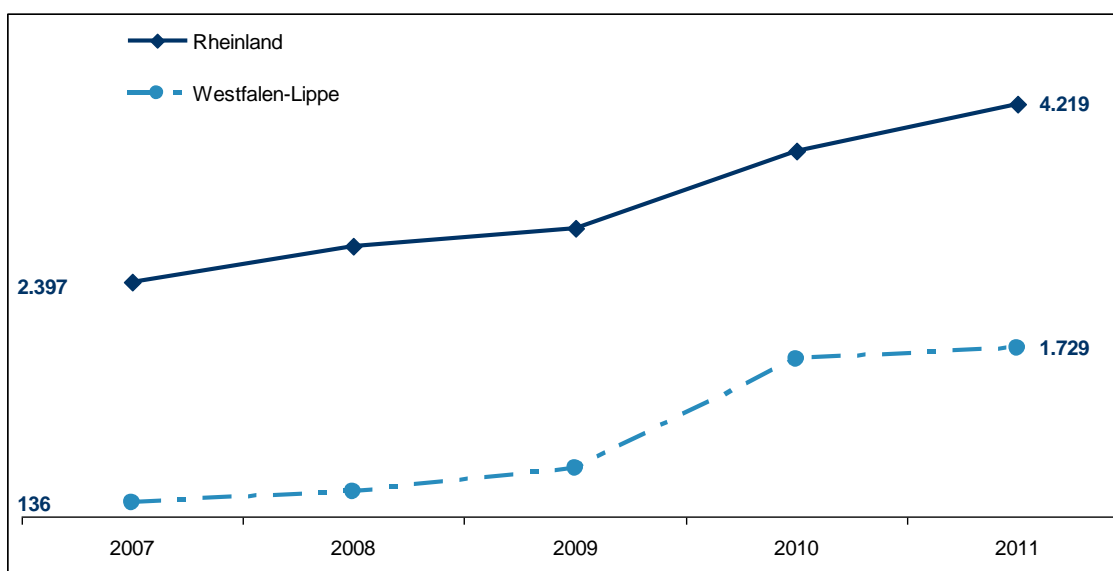
Die Angaben zu den medizinisch-therapeutischen Leistungen sind dagegen den Statistiken der GKV entnommen, dabei liegen keine Angaben zur Anzahl der Kinder vor.

8.2.1 Kinder im Leistungsbezug

Die Komplexleistung wurde in Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 2007 systematisch aufgebaut, wobei im Rheinland im Jahr 2007 insgesamt 2.397 Kinder Komplexleistung seitens der AOKen und Ersatzkassen erhielten, in Westfalen-Lippe waren es 136. In den folgenden Jahren stieg die Anzahl der geförderten Kinder – bedingt durch den weiteren Aufbau der Komplexleistung in den Kommunen – kontinuierlich an. In Westfalen-Lippe ist hier ein deutlicher Sprung von 2009 auf 2010 zu verzeichnen, seitdem stagniert die Zahl.

In Kostenträgerschaft der AOKen und der Ersatzkassen erhielten im Jahr 2011 im Rheinland 4.219 Kinder und in Westfalen-Lippe 1.729 Kinder die Komplexleistung.

Abbildung 25: Kinder, die Komplexleistung erhalten



Quelle: Daten der AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

Die nachfolgende Tabelle zeigt noch einmal den Verlauf des Aufbaus der Komplexleistung für das Rheinland und für Westfalen-Lippe. In den nachfolgenden Zeilen ist jeweils abgebildet, wie viele Jungen und wie viele Kinder ab 4 Jahren die Komplexleistung erhielten und welchen Anteil dies jeweils an der Gesamtzahl ausmacht. Der Anteil der Jungen an allen „Komplexleistungskindern“ liegt bei etwa zwei Dritteln, was den Ergebnissen weiterer Analysen im Rahmen dieser Evaluation sowie weiterer Studien entspricht. Der Anteil der älteren Kinder ab 4 Jahren ist ebenfalls recht hoch. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Auffälligkeiten häufig erst im Kindergartenalter entdeckt werden. Zwischen den beiden Landesteilen zeigen sich hier Unterschiede: So ging der Anteil der älteren Kinder ab 4 Jahren in Westfalen-Lippe seit 2008 (83%) auf 72% im Jahr 2011 zurück. Er liegt damit aber immer noch höher als im Rheinland (64%).

Tabelle 41: Kinder im Leistungsbezug der Komplexleistung nach Alter und Geschlecht

		2007	2008	2009	2010	2011
Rheinland	Insgesamt	2.397	2.772	2.959	3.739	4.219
	<i>darunter:</i>					
	Jungen	1.630 68%	1.857 67%	1.983 67%	2.505 67%	2.826 67%
	Kinder ab 4 Jahren	1.743 73%	1.834 66%	1.640 55%	2.532 68%	2.687 64%
Westfalen-Lippe	Insgesamt	136	260	496	1.614	1.729
	<i>darunter:</i>					
	Jungen	92 68%	184 71%	342 69%	1.114 69%	1.193 69%
	Kinder ab 4 Jahren	88 65%	216 83%	376 76%	1.209 75%	1.239 72%

Quelle: Daten der AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

8.2.2 Nettoaufwand seitens der Krankenkassen

Die Krankenkassen finanzieren für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt anteilig die Komplexleistung (sofern sie in der entsprechenden Kommune angeboten wird). Darüber hinausgehend finanzieren medizinisch-therapeutische Leistungen. Im Folgenden werden beide Leistungsarten seitens der Krankenkassen dargestellt.

Komplexleistung

Im Rheinland und in Westfalen-Lippe ist die Finanzierung der Komplexleistung unterschiedlich organisiert: Im Rheinland tragen die Krankenkassen die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik vollständig allein, in Westfalen-Lippe wird der vereinbarte Kostenteilungssatz je Fördereinheit auch für die Eingangsdagnostik angewendet. Des Weiteren wird in Westfalen-Lippe die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik einzeln abgerechnet,¹⁹ im Rheinland sind die Kosten für diese Leistung in dem Preis für die Fördereinheit enthalten. Die folgende Tabelle zeigt den Nettoaufwand in den beiden Landesteilen für die jeweiligen Vergütungsbestandteile im Zeitverlauf seit 2009.²⁰

Im Jahr 2009 wendeten die AOKen und Ersatzkassen im Rheinland 4,25 Mio. € für Leistungen im Rahmen der Komplexleistung auf, bis zum Jahr 2011 ist dieser Betrag um 41% auf 6,01 Mio. € gestiegen. In Westfalen-Lippe wurden im Jahr 2009 seitens der genannten Krankenkassen mit 1,41 Mio. € für die Komplexleistung erheblich weniger Mittel aufgewendet, bis zum Jahr 2011 stieg dieser Betrag um mit dem Rheinland vergleichbare 42% auf knapp 2 Mio. €. Die gleich hohe Ausgabensteigerung im Rheinland und in Westfalen-Lippe bedeutet, dass der Niveauunterschied in den beiden Landesteilen bestehen bleibt, es erfolgt keine Annäherung Westfalens an das Rheinland.

¹⁹ In den folgenden Darstellungen werden die Kosten für die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik unter der Förderung Komplexleistung subsumiert.

²⁰ Ab diesem Zeitpunkt liegen gesicherte Daten seitens der Krankenkassen vor.

Der erhebliche Unterschied im Niveau des Nettoaufwands ist insbesondere auf die unterschiedliche Versorgungssituation mit Komplexleistung in den beiden Landesteilen zurückzuführen (s.o.).

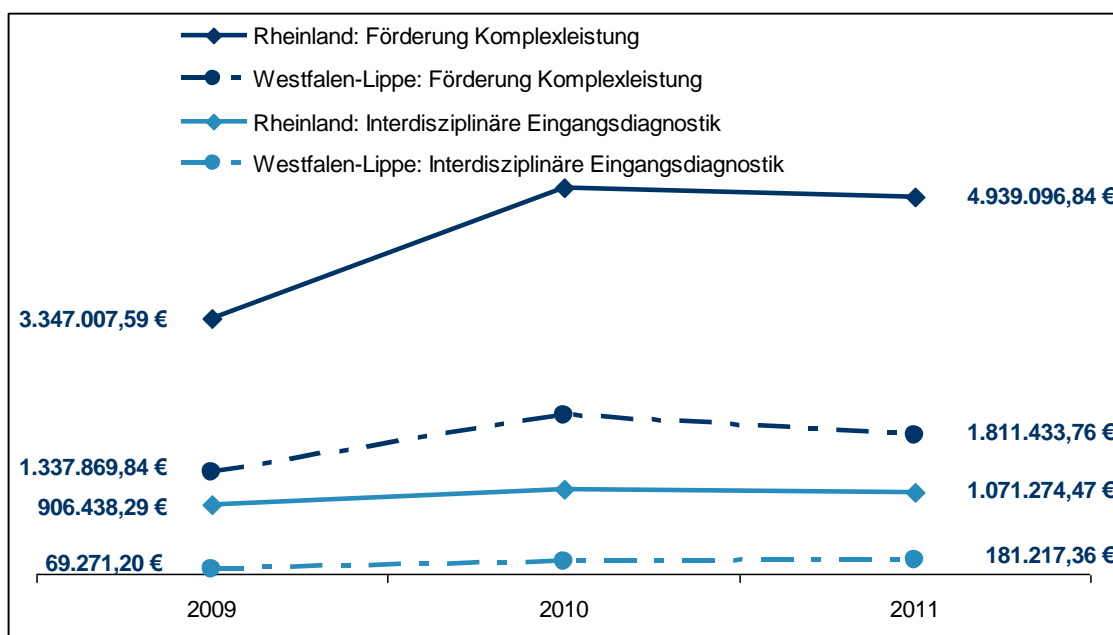
Tabelle 42: Nettoaufwand für die Komplexleistung seitens der Krankenkassen

	2009	2010	2011	09 - 11
Rheinland	4.253.445,88 €	6.170.376,74 €	6.010.371,31 €	41%
Westfalen-Lippe	1.407.141,04 €	2.240.541,62 €	1.992.651,12 €	42%

Quelle: Daten der AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

Die folgende Abbildung zeigt getrennt für die Förderung und für die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik die Kostenentwicklung in den vergangenen drei Jahren. Hier wird sichtbar, dass die Förderung Komplexleistung zwischen den Jahren 2009 und 2010 – vornehmlich bedingt durch die Umsetzung der Komplexleistung in den Kommunen – angestiegen ist. Im darauf folgenden Jahr sind in beiden Landesteilen die Nettoaufwendungen für die Förderung Komplexleistung gesunken, wobei diese Tendenz in Westfalen stärker ausgeprägt ist als im Rheinland.

Abbildung 26: Nettoaufwand Komplexleistung – Förderung und Eingangsdiagnostik



Quelle: Daten der AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

Die Nettoaufwendungen für die Eingangsdiagnostik sind im betrachteten Zeitraum gestiegen. Auffällig ist auch hier das unterschiedliche Niveau im Rheinland und in Westfalen-Lippe.

Medizinisch-therapeutische Leistungen

Die Nettoaufwendungen für die medizinisch-therapeutischen Leistungen für Kinder von der Geburt bis zur Einschulung werden von der GKV – getrennt für die beiden Landesteile – ausgewiesen. Im Jahr 2011 wurden im Rheinland 46,4 Mio. € insgesamt für die medizinisch-therapeutischen Leistungen ausgegeben, in Westfalen-Lippe waren es 36,5 Mio. €. Die Tabelle zeigt die Entwicklung der Nettoaufwendungen seit dem Jahr 2007 für die Leistungen insgesamt sowie für die einzelnen Leistungsarten. Zudem werden die Steigerungsraten für den gesamten Zeitraum von 2007 bis 2011 sowie für die Jahre 2009 bis 2011 angegeben.

Tabelle 43: Nettoaufwand je Bürger für medizinisch-therapeutische Leistungen

		2007	2008	2009	2010	2011	09 - 11*	07-11
Rheinland	Zusammen	39.640.500,00 €	38.326.500,00 €	40.299.000,00 €	43.770.500,00 €	46.437.000,00 €	15%	17%
	Logopädie	18.793.500,00 €	18.077.000,00 €	18.953.500,00 €	21.695.000,00 €	24.065.500,00 €	27%	28%
	Ergotherapie	10.942.500,00 €	10.855.500,00 €	11.829.500,00 €	12.315.000,00 €	12.446.000,00 €	5%	14%
	Physiotherapie	9.904.500,00 €	9.394.000,00 €	9.516.000,00 €	9.760.500,00 €	9.925.500,00 €	4%	0%
Westfalen-Lippe	Zusammen	29.405.500,00 €	29.894.500,00 €	31.131.000,00 €	34.159.500,00 €	36.475.500,00 €	17%	24%
	Logopädie	12.829.000,00 €	13.314.500,00 €	13.581.500,00 €	15.799.500,00 €	17.590.000,00 €	30%	37%
	Ergotherapie	9.363.000,00 €	9.601.500,00 €	10.218.500,00 €	10.907.500,00 €	11.054.500,00 €	8%	18%
	Physiotherapie	7.213.500,00 €	6.978.500,00 €	7.331.000,00 €	7.452.500,00 €	7.831.000,00 €	7%	9%

*Zeitraum von 2009 bis 2011 für Vergleich mit Komplexleistung

Quelle: Daten der GKV, Berechnungen des ISG

Unter den medizinisch-therapeutischen Leistungen ist die Logopädie der stärkste Zweig und verzeichnet zudem die höchsten Zuwachsraten. Die Physiotherapie ist dagegen der kleinste Zweig mit den geringsten Zuwachsraten.

In der Gesamtschau (und auch für alle einzelnen Leistungsarten) ist in Westfalen-Lippe eine höhere Steigerungsrate bei den medizinisch-therapeutischen Leistungen zu verzeichnen als im Rheinland, wobei hier insgesamt das Niveau höher ist.

Komplexleistung und medizinisch-therapeutische Leistungen

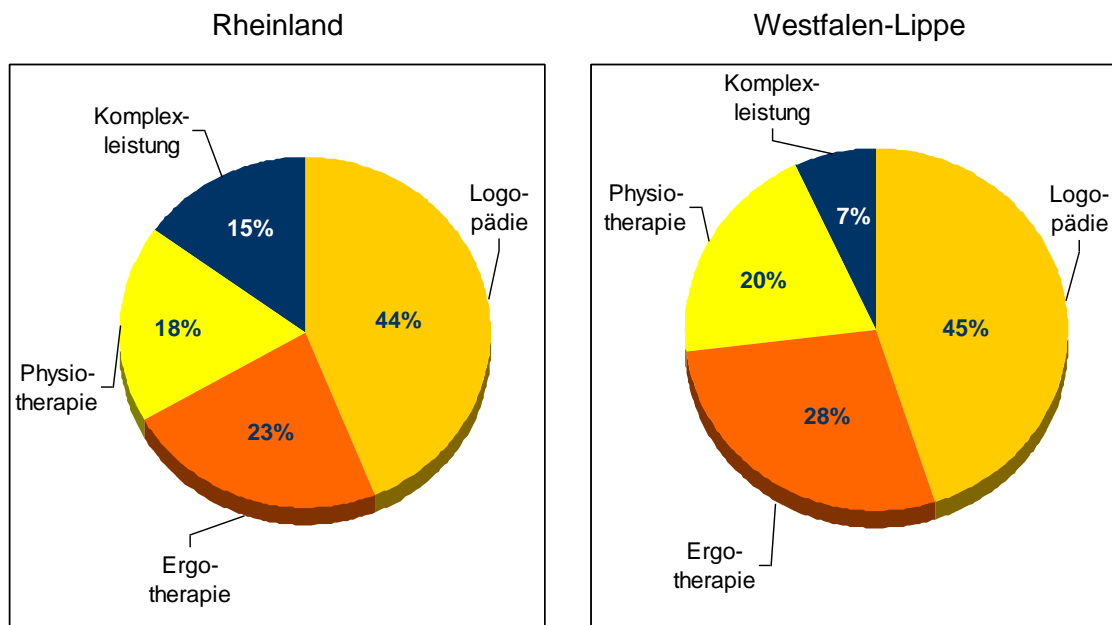
Diesen Punkt abschließend werden die Leistungen seitens der Krankenkassen für beide Landesteile dargestellt.

Für die Komplexleistung liegen ausschließlich Daten der AOKen und der Ersatzkassen für beide Landesteile vor und die Angaben zu den medizinisch-therapeutischen Leistungen liegen seitens der GKV über alle Krankenkassen vor. Um die Entwicklung der Leistungen insgesamt abschätzen zu können, werden Angaben der GKV um den Marktanteil der übrigen Krankenkassen gekürzt: 46,437 Mio. € der GKV gesamt entsprechen in etwa 33,9 Mio. € (=73% von 46,437 Mio. €) in Trägerschaft der AOK und der Ersatzkassen.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der von den AOKen und Ersatzkassen getragenen Kosten insgesamt für Kinder im Alter von 0 Jahren bis zur Einschulung. Im Rheinland mit einer recht hohen Versorgungsdichte mit Komplexleistung beträgt der Anteil der Kosten für die Komplexleistung an den therapeutischen Kosten für Kinder

insgesamt 15%, der größte Anteil mit 44% entfällt auf die Logopädie. In Westfalen-Lippe beträgt der Anteil der Kosten für die Komplexleistung an den Gesamtkosten 7%.

Abbildung 27: Anteil der Kosten je Leistungsart im Jahr 2011



Quelle: Daten der AOKen, der Ersatzkassen und der GKV, Berechnungen des ISG

8.2.3 Fallkosten

Diesen Abschnitt abschließend werden die Fallkosten, die im Rahmen der Komplexleistung entstehen, dargestellt. Im Rheinland bezahlen die AOKen und Ersatzkassen je Kind 394 € für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik. Dieser Betrag liegt höher als in Westfalen-Lippe (263 €), weil im Rheinland die Eingangsdiagnostik gem. § 5, Abs.1 FrühV vollständig von den Krankenkassen übernommen wird.

Darüber hinaus entstehen den Krankenkassen im Rheinland mit rd. 1.171 € je Kind höhere Fallkosten als in Westfalen-Lippe (rd. 1.048 €).

Tabelle 44: Fallkosten für die Komplexleistung seitens der Krankenkassen

		Nettoaufwand	Anzahl der Kinder	Nettoaufwand je Kind
Rheinland	Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik	1.071.274,47 €	2.719	394,00 €
	Förderung Komplexleistung	4.939.096,84 €	4.219	1.170,68 €
Westfalen-Lippe	Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik	181.217,36 €	688	263,40 €
	Förderung Komplexleistung	1.811.433,76 €	1.729	1.047,68 €

Quelle: Daten der AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

Die Darstellung der Fallkosten für die medizinisch-therapeutischen Leistungen ist nicht möglich, da seitens der GKV keine Fallzahlen für die Gruppe der Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung ausgewiesen werden.

8.3 Versorgungslage und Kosten im Überblick

In den beiden vorangegangenen Abschnitten wurden erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen deutlich. Diese betreffen Versorgungsstruktur für die Kinder im Vorschulalter mit Förderbedarf sowie die Verteilung der Kosten auf die verschiedenen Träger der Leistungen.

In der folgenden Tabelle sind die den Ausführungen zugrunde liegenden Daten dargestellt. Zu den medizinisch-therapeutischen Leistungen liegt das Ausgabenvolumen vor, für die heilpädagogische Förderung in Förder- und integrativen Kindertageseinrichtungen wurden Platzzahlen benannt (HP-Plätze) und die ambulanten heilpädagogischen Leistungen (einschließlich Komplexleistung) der örtlichen Sozialhilfeträger wurden auf der Datenbasis der Angaben von 77% der Kommunen hochgerechnet. Auch wenn diese Daten keine unmittelbaren Vergleiche zulassen, geben sie dennoch Hinweise auf unterschiedliche Versorgungsstrukturen in den beiden Landesteilen.

Tabelle 45: Versorgungsstrukturen in den beiden Landesteilen

	Gesamtzahl				je 100 Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahre			
	Rheinland		Westfalen-Lippe		Rheinland		Westfalen-Lippe	
GKV: Medizinisch-therapeutische Leistungen: <u>Ausgabenvolumen</u>	46.437.000	Euro	36.475.500	Euro	8.248	Euro	7.541	Euro
Überörtliche Sozialhilfeträger: Heilpädagogische Leistungen in Förder- u. integrativen Kindertageseinrichtungen: <u>HP-Plätze</u>	7.142	Plätze	2.208	Plätze	1,3	Plätze	0,5	Plätze
Örtliche Sozialhilfeträger: Ambulante heilpädagogische Maßnahmen insgesamt: <u>Geförderte Kinder*</u>	13.651	Kinder	17.588	Kinder	2,4	Kinder	3,6	Kinder
darunter: Örtliche Sozialhilfeträger und Krankenkassen: Komplexleistung: <u>Geförderte Kinder*</u>	6.573	Kinder	2.110	Kinder	1,2	Kinder	0,4	Kinder

* Hochrechnungen auf Basis der Angaben der Sozialhilfeträger

Quellen: Abfrage von Leistungsdaten bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe durch das ISG
Daten der GKV, Daten der überörtlichen Sozialhilfeträger, Berechnungen des ISG

Die Kinder im Vorschulalter mit Förderbedarf werden im Rheinland zu einem höheren Anteil durch heilpädagogische Plätze in Förder- und integrativen Kindertagesstätten gefördert. Hinzu kommt, dass im Rheinland ein höheres Leistungsvolumen im medizinisch-therapeutischen Bereich seitens der Krankenkassen erbracht wird. Sofern davon ausgegangen wird, dass die Preise nach Heilmittelverordnung weitgehend einheitlich gestaltet sind und die Verordnungspraxis bezogen auf die Therapiedauer ebenfalls vergleichbar ist, bedeuten diese Zahlen, dass im Rheinland mehr Kinder mit solitären Heilmitteln versorgt sind als in Westfalen-Lippe.

Vor dem Hintergrund einer vergleichsweise hohen Versorgung mit HP-Plätzen und solitäreren Heilmittelverordnungen, ist eine niedrigere Versorgungsquote mit

ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen im Rheinland schlüssig. Zu denken geben muss dagegen, dass in Westfalen-Lippe, wo in solch ausgeprägtem Maß auf ambulante Maßnahmen gesetzt wird, die Versorgungsquote für Komplexleistungskinder so viel geringer ist als im Rheinland.

Die Kosten, die in den beiden Landesteilen für Kinder mit Förderbedarf entstehen, folgen den Versorgungsstrukturen: Dort, wo mehr Kinder gefördert werden, fallen höhere Nettoaufwendungen an. Darüber hinaus wird für die Komplexleistung, bei der sich sowohl die Sozialhilfeträger als auch die Krankenkassen engagieren, zwischen den Landesteilen eine unterschiedliche Verteilung der Kosten konstatiert.

Die Fallkosten der Komplexleistung – einschließlich Eingangsdiagnostik, die für ein „Komplexleistungskind“ im Jahr 2011 durchschnittlich aufgewendet wurden, waren in beiden Landesteilen vergleichbar hoch und betragen im Rheinland 3.725 € und in Westfalen-Lippe 3.731 €.

Tabelle 46: Fallkosten der Komplexleistung je Kind und Jahr in 2011

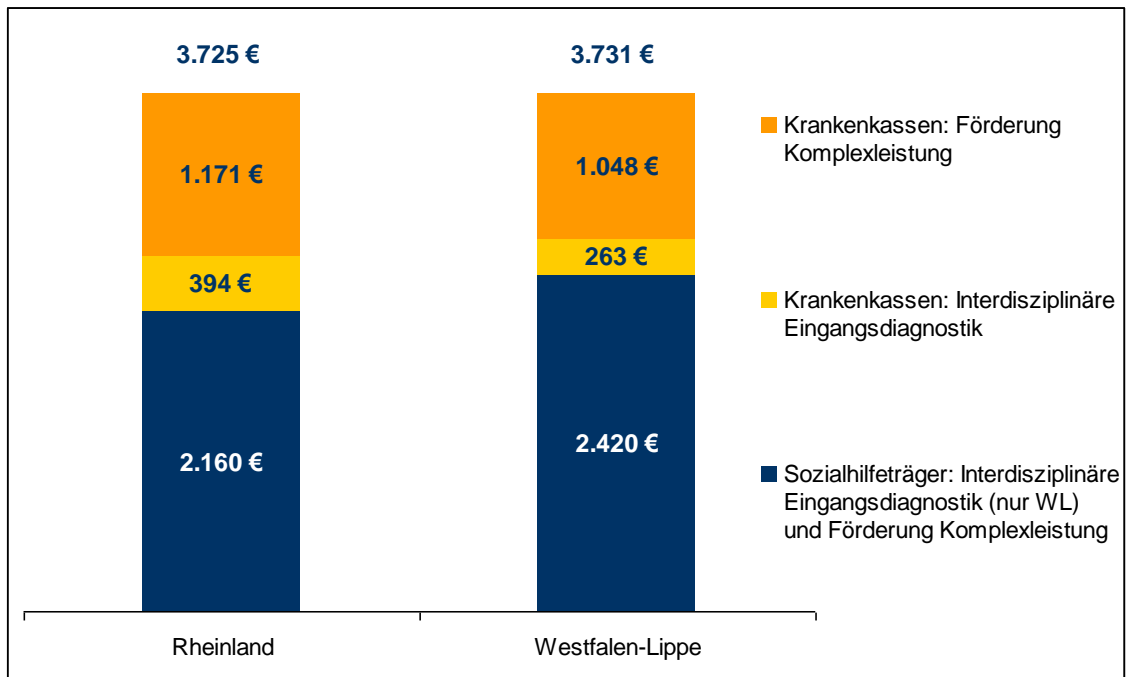
	Fallkosten insgesamt	davon entfallen auf	Sozialhilfeträger		Krankenkassen	
Rheinland	3.725 €		2.160 €	58%	1.565 €	42%
Westfalen-Lippe	3.731 €		2.420 €	65%	1.311 €	35%

Quellen: Daten der Sozialhilfeträger, AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

Die Verteilung der Kosten auf die beiden Rehabilitationsträger weisen dagegen signifikante Unterschiede auf: Im Rheinland wird von den Sozialhilfeträgern ein durchschnittlicher Anteil von 58% übernommen, in Westfalen-Lippe von 65%.

Die folgende Abbildung zeigt diesen Sachverhalt noch einmal, wobei die beiden Leistungsbestandteile – Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik und Förderung Komplexleistung – auf Seiten der Krankenkassen getrennt dargestellt werden.

Abbildung 28: Fallkosten der Komplexleistung je Kind und Jahr in 2011



Quellen: Daten der Sozialhilfeträger, AOKen und der Ersatzkassen, Berechnungen des ISG

9 Bewertung der derzeitigen Strukturen

Im Rahmen der Evaluation wurden alle an der Komplexleistung Beteiligten um Stellungnahmen zur Bewertung der Komplexleistung gebeten. Hierzu gehören neben den Eltern, die Leistungserbringer der Komplexleistung (IFF), die Sozialhilfeträger und Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie die Schlüsselstelle für den Zugang zur Komplexleistung – die Ärztinnen und Ärzte.

9.1 Perspektive der Eltern

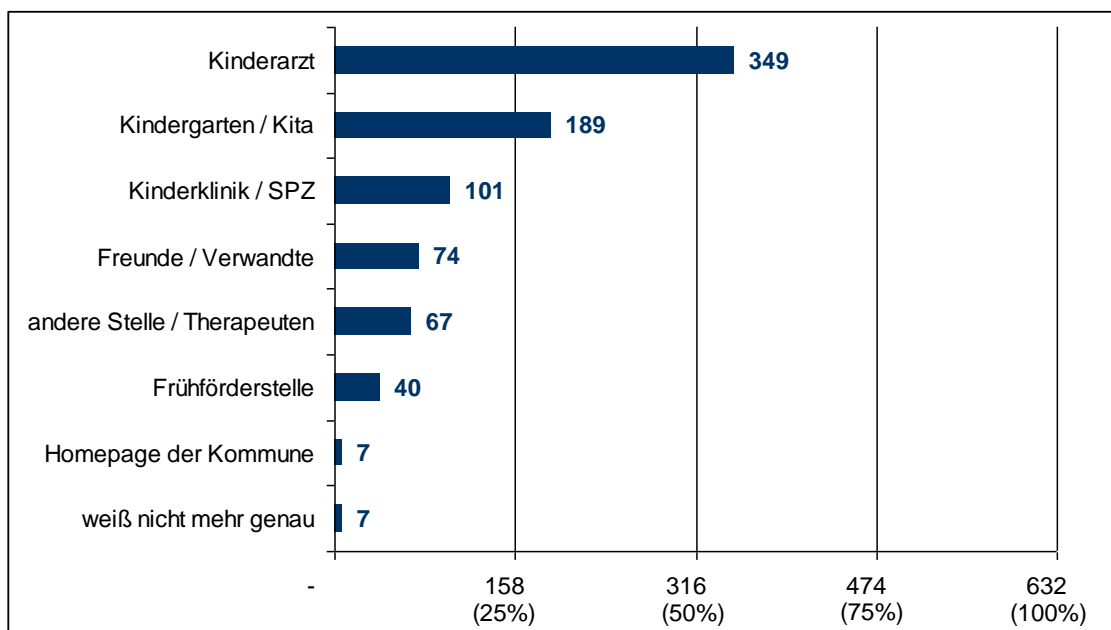
Für die Einbeziehung der Perspektive der Eltern wurden Eltern von Kindern, die die Komplexleistung erhalten, schriftlich befragt.²¹ Die folgenden Analysen basieren auf den Einschätzungen von insgesamt 632 Eltern. Sie befassen sich mit dem Leistungsgeschehen der Komplexleistung, einschließlich des Eingangsverfahrens, möglichen Schwierigkeiten im Zuge der Bewilligung, dem Ort der Leistung, den Fachkräften sowie einer Beurteilung der Komplexleistung insgesamt.

9.1.1 Informationen zu Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Komplexleistung Frühförderung

Eltern von Kindern mit einer Behinderung oder einer Entwicklungsverzögerung benötigen Informationen über Möglichkeiten der Frühförderung. Über die Hälfte der Eltern (349), deren Kinder in der Folge die Komplexleistung erhielten, gaben an, von dem Facharzt/ der Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde über die Möglichkeiten der Komplexleistung informiert worden zu sein.

Die Kindertageseinrichtungen sind ebenfalls wichtige Informationsquellen für die Komplexleistung, diese benannten mit 189 Sorgeberechtigten 30% aller Befragten. Weitere Informationsquellen inkl. der Anzahl der jeweiligen Nennungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

²¹ Das Befragungsinstrument basiert auf dem Instrument Interdisziplinäre Frühförderung – Befragung zur Kundenzufriedenheit des Sozialamtes der Stadt Dortmund.

Abbildung 29: Informationsgeber zur Komplexleistung

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Im Rahmen der bundesweiten Studie zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder wurden ebenfalls die Ärztinnen und Ärzte mit einem Anteil von 42% als die wichtigsten Informanten für die Frühförderung benannt, und auch hier folgten die Kindergärten / Kindertagesstätten mit einem Anteil von 29%.

9.1.2 Eingangsverfahren

Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erfolgt auf Verordnung des Arztes / der Ärztin, in der IFF oder (zum Teil ergänzend) an anderen Orten. 69% der befragten Eltern gaben an, dass die Eingangsdiagnostik ausschließlich in der IFF stattgefunden habe. Sofern im Rahmen der Eingangsdiagnostik andere Stellen als die IFF aufgesucht werden mussten, gaben 106 Eltern (17%) an, dass sie das Gesundheitsamt aufgesucht haben, 67 (11%) waren mit ihrem Kind im SPZ und 32 (5%) mussten zusätzlich andere Stellen aufsuchen.

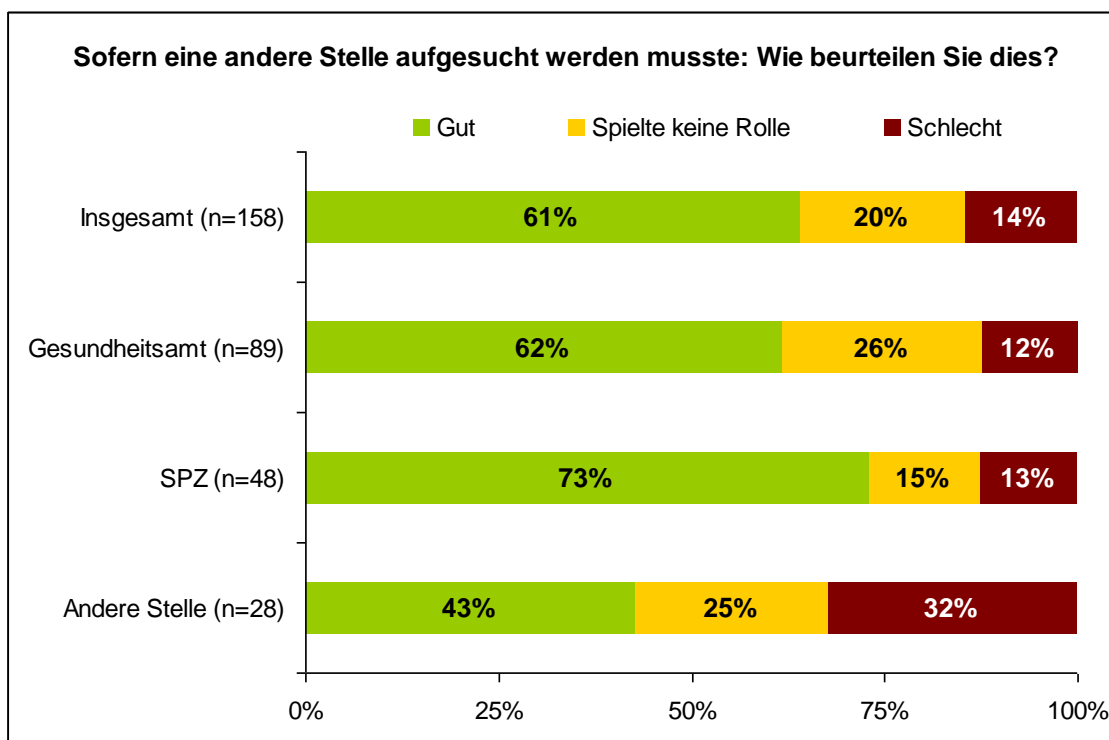
Tabelle 47: Orte im Rahmen der Eingangsdiagnostik

Mussten im Rahmen der Eingangsdiagnostik andere Orte aufgesucht werden?		
Nein	427	69%
Ja	191	31%
Sofern ja: Welche Stellen waren dies?		
Gesundheitsamt	106	17%
SPZ	67	11%
Andere Stelle	32	5%

Quelle: Schriftliche Befragung der Sorgeberechtigten durch das ISG

Die Eltern hatten die Möglichkeit, die anderen Stellen näher auszuführen. Hierbei handelt es sich nach ihren Angaben ausschließlich um medizinisch-therapeutische Abklärungen: 9 Eltern benannten konkret Fachärzte/innen spezieller Ausrichtung (HNO, Pädaudiologie, Augen etc.), weitere 5 benannten allgemein Ärzte. 6 Eltern waren mit ihrem Kind in derselben IFF, aber an einem anderen Standort und 4 gaben an, zusätzlich in therapeutischen Praxen gewesen zu sein.

Die Eltern, die im Rahmen der Eingangsdiagnostik andere Stellen als die IFF aufsuchen mussten, wurden weitergehend gebeten, dies zu bewerten. Insgesamt fanden 61% der Befragten, die sich hierzu äußerten, das Aufsuchen einer anderen Stelle gut, für weitere 20% spielte es keine Rolle und nur 14% gaben an, dass dies schlecht gewesen sei. Das Gesundheitsamt oder ein SPZ im Rahmen der Eingangsdiagnostik aufzusuchen, wurde von den Eltern ebenfalls überwiegend positiv beurteilt. Etwas anders sieht dieses Bild beim Aufsuchen anderer Stellen aus: dies wurde von nur 43% mit gut beurteilt, für ein Viertel spielte es keine Rolle und knapp ein Drittel beurteilt dies mit schlecht.

Abbildung 30: Ortswechsel im Rahmen der Eingangsdiagnostik – Bewertung

Quelle: Schriftliche Befragung der Sorgeberechtigten durch das ISG

Begründet werden kann die verhältnismäßig schlechtere Beurteilung beim Aufsuchen anderer Stellen damit, dass die Notwendigkeit weiterer Abklärungen bzw. eine wahrgenommene Verfahrensänderung verunsichern, zudem ist es oftmals schwierig, Termine bei den entsprechenden Fachärzten zu bekommen, sodass sich hierdurch das Eingangsverfahren verzögert.

Sind die im Rahmen der Eingangsdiagnostik ggf. anderen aufzusuchenden Institutionen dagegen klar, scheint dies für die überwiegende Mehrheit der Eltern in Ordnung zu sein bzw. spielt es keine Rolle.

Dauer bis Förderbeginn

Für die Familien von Kindern mit möglicherweise bestehendem Frühförderbedarf ist die Zeit der Ungewissheit und bis die Förderung dann beginnt, sehr belastend. Aus diesem Grund besteht ein hohes Interesse daran, diese Zeiten möglichst kurz zu halten.

Die Eltern wurden danach gefragt, wie viel Zeit vom Erstkontakt in der IFF bis zur ersten Förderstunde verging. Knapp ein Drittel gab an, dass zwischen erstem Kontakt in der IFF und der ersten Förderstunde etwa ein Monat gelegen habe. Die Zeiten von etwa 2 Monaten, 3 Monaten oder längere Zeiten gaben jeweils etwa gleich viele Eltern an.

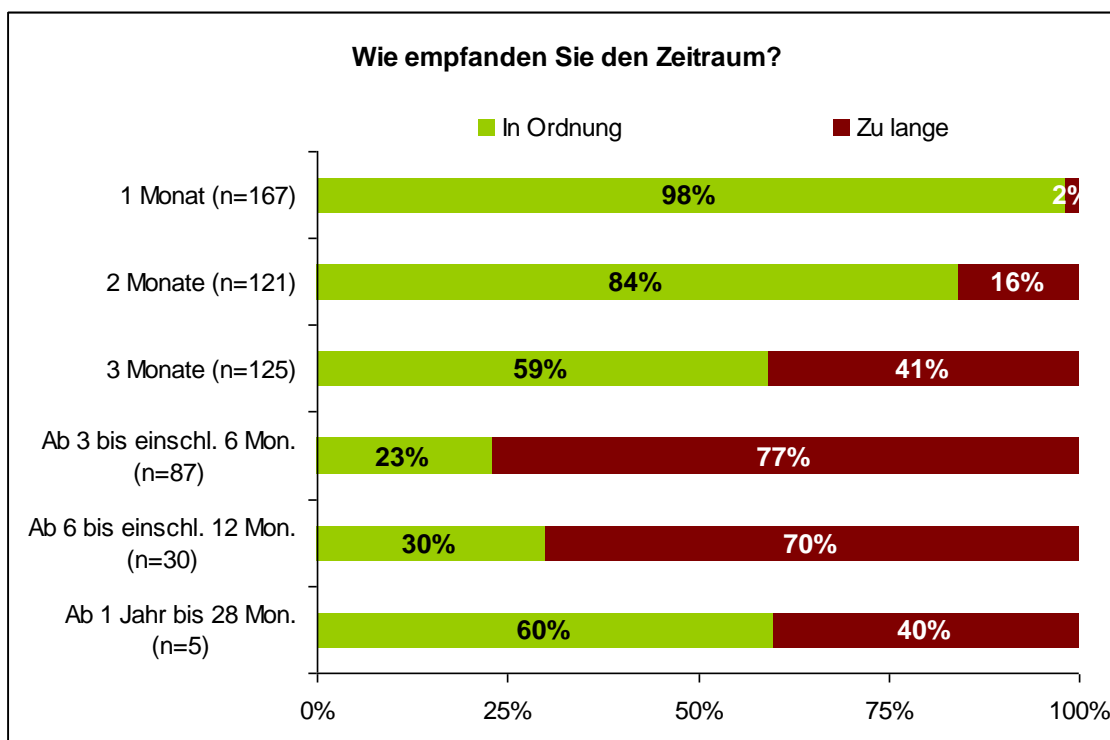
Tabelle 48: Dauer bis Förderbeginn

Wie viel Zeit verging vom ersten Kontakt mit der Frühförderstelle bis zur ersten Förderstunde?		
1 Monat	188	32%
2 Monate	129	22%
3 Monate	141	24%
Länger	129	22%
darunter:		
Länger als 3 Monate bis einschl. 6 Monate	90	15%
Länger als 6 Monate bis einschl. 12 Monate	32	5%
Länger als 1 Jahr bis 28 Monate	7	1%

Quelle: Schriftliche Befragung der Sorgeberechtigten durch das ISG

Die Zeitangabe „länger“ wurde näher beschrieben: 15% der Eltern gaben an, der Zeitraum läge zwischen 3 Monaten und einem halben Jahr, nach Aussagen von 5% der Eltern dauerte die Zeit bis zur ersten Förderstunde länger als ein halbes Jahr und bis zu einem Jahr und schließlich berichteten 7 Sorgeberechtigte (1%) von mehr als einem Jahr bis zur Förderung.

Wie die Eltern die Zeit vom Erstkontakt bis zum Beginn der Förderung bewerteten, zeigt die folgende Abbildung. Es kann ein klarer Zusammenhang zwischen der Dauer vom Erstkontakt bis zur Förderung und einer positiven Beurteilung der Dauer für die Zeitspannen bis zu einem halben Jahr gezeigt werden. So nimmt die Zustimmung von 98% bei einer Zeitspanne von einem Monat bis zu einer Zeitspanne von einem halben Jahr sprunghaft ab: Nur 23% der Eltern, deren Kind mehr als 3 Monate und bis zu einem halben Jahr auf die erste Förderstunde warten mussten, fanden dies in Ordnung.

Abbildung 31: Beurteilung des Zeitraums vom Erstkontakt bis zur ersten Förderstunde

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Von den 5 Eltern, deren Kinder sehr lange bis zum Förderbeginn warten mussten, fanden dies 3 (60%) in Ordnung. Solche langen Zeiten entstehen regelhaft nur dann, wenn die Kinder in der Zwischenzeit z.B. schwer erkranken. In diesen Fällen ist eine Verzögerung für die Eltern nachvollziehbar und wird entsprechend bewertet. In anderen Fällen sind Zeitspannen von mehr als einem halben Jahr oder sogar mehr als einem Jahr als zu lang zu bewerten.

9.1.3 Besonderheiten der Komplexleistung

Die Komplexleistung wird in Interdisziplinären Frühförderstellen von dort fest angestellten oder in fester Kooperation arbeitenden heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräften sowie Psychologen/innen und Fachärzten/innen erbracht. Sofern ein Kind vor der Komplexleistung bereits medizinisch-therapeutische Leistungen erhielt, wird diese Leistung beendet. Die Eltern wurden mit folgendem Ergebnis zu ihrer Einschätzung eines Therapeutenwechsels befragt: 181 Eltern (30%) gaben an, dass ihr Kind vor der Komplexleistung eine Therapie in einer therapeutischen Praxis bekommen habe. Von diesen musste bei gut der Hälfte die Therapie für die Komplexleistung beendet werden. Bei 44% der Kinder konnten die Therapien im Rahmen der Komplexleistung ohne einen Therapeutenwechsel fortgeführt werden.

Tabelle 49: Therapeutenwechsel aufgrund Beginn der Komplexleistung

Hat Ihr Kind vor der Frühförderung eine Therapie in einer therapeutischen Praxis bekommen?		
Nein	429	70%
Ja	181	30%
Sofern ja: Musste diese Therapie für Frühförderung beendet werden?		
Nein	75	44%
Ja	95	56%
Sofern ja: War das akzeptabel für Sie?		
Ja	68	72%
war uns nicht so wichtig	2	2%
Nein	24	26%

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Für die Mehrheit der Eltern (72%) war ein solcher Wechsel akzeptabel und für weitere 2% nicht so wichtig. Diese hohe Akzeptanz kann²² ggf. auch damit zusammenhängen, dass der Therapeut /die Therapeutin der IFF anders mit der Krankheit des Kindes umgehen, bzw. auf diese eingehen kann. Entscheidend könnte zudem sein, dass die Eltern, die sich für die Komplexleistung entscheiden, auch kein Problem haben, sich von den vorherigen Therapeuten zu trennen. Sind die Eltern nämlich mit dem Therapeuten/ der Therapeutin zufrieden und wollen sich von diesem / von dieser nicht trennen, entscheiden sie sich nicht für die Komplexleistung, sondern für solitäre Leistungen.

Etwa ein Viertel der Eltern fanden den Wechsel dagegen inakzeptabel. Zur Begründung: Es besteht das Wunsch- und Wahlrecht, sodass Eltern auch solitäre Leistungen in Anspruch nehmen können, wenn sie z.B. die Therapeuten/innen nicht wechseln möchten. Dies erklärt eine recht hohe Zustimmungquote unter diesen Eltern, die sich für die Komplexleistung entschieden haben. Die Eltern, für die ein Wechsel nicht akzeptabel war bzw. ist, nannten bei der nachfolgenden Beurteilung der Komplexleistung z.T. Schwierigkeiten bei der Organisation und hier u.a. Wegezeiten.

Ein zentraler Bestandteil der Komplexleistung ist neben der abgestimmten Leistungsfolge die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Professionen. Dies wird durch die Organisation – der Leistungserbringung unter einem Dach – befördert, wobei auch feste Kooperationen mit niedergelassenen Praxen zugelassen sind.

85% der Eltern gaben an, dass ihr Kind alle Leistungen der Förderung unter einem Dach erhalten, bei nur 15% ist dies anders. Von diesen gab die Mehrheit der Eltern an, es

²² Aussagen von IFF im Rahmen der Workshops.

spiele keine Rolle, dass ihr Kind die Förderung z.T. auch woanders erhalte. Knapp ein Fünftel (18%) fand es gut und etwas mehr als ein Fünftel (22%) schlecht.

Tabelle 50: Leistungen unter einem Dach

Erhält Ihr Kind alle Leistungen der Förderung unter einem Dach, d.h. zentral an einem Ort?		
Ja	530	84%
Nein	92	15%
Keine Angabe	10	2%
Sofern nein: Wie beurteilen Sie dies?		
Gut	15	16%
Spielt keine Rolle	49	53%
Schlecht	18	20%
Keine Angabe	10	11%

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

9.1.4 Schwierigkeiten

Die Eltern wurden nach Schwierigkeiten im Rahmen der Förderung befragt, die sie in Kauf nehmen mussten oder müssen. Hierzu gehören bspw. Wartezeiten, Probleme bei der Bewilligung, oder lange Fahrtzeiten. Zudem können Schwierigkeiten mit dem Kinderarzt, dem Kindergarten, der Frühförderstelle, einem Rehabilitationsträger etc. auftreten. Insgesamt gaben 110 Eltern (18%) an, dass sie Schwierigkeiten im Rahmen der Förderung hatten oder haben. Diese Schwierigkeiten konnten in knapp der Hälfte der Fälle zur Zufriedenheit der Eltern gelöst werden, 19 der befragten Eltern gaben explizit an, dass die Schwierigkeiten nicht gelöst werden konnten.

Tabelle 51: Schwierigkeiten

Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten im Rahmen der Förderung, die Ihr Kind jetzt erhält?		
Nein	518	82%
Ja	110	18%
Sofern ja: Konnten die Schwierigkeiten zu Ihrer Zufriedenheit gelöst werden?		
Ja	50	45%
Nein	19	17%
Keine Angabe	41	37%

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Die Eltern konnten des Weiteren detailliert angeben, welche Schwierigkeiten es gab, bzw. mit wem es die Schwierigkeiten gab. 6% der befragten Eltern benannten lange Fahrzeiten als Problem, 5% mussten Wartezeiten in Kauf nehmen und 4% gaben Probleme mit der Bewilligung der Förderung an. Sonstige Probleme bezogen sich u.a. auf Termenschwierigkeiten, Kommunikationsprobleme sowie auf Schwierigkeiten in Verbindung mit einer privaten Krankenversicherung (insgesamt von 5% der Eltern benannt). Daneben benannten Eltern Schwierigkeiten, ihre Arbeit, die Kita und die Förderung unter einen Hut zu bringen.

Tabelle 52: Art der Schwierigkeiten und Personen

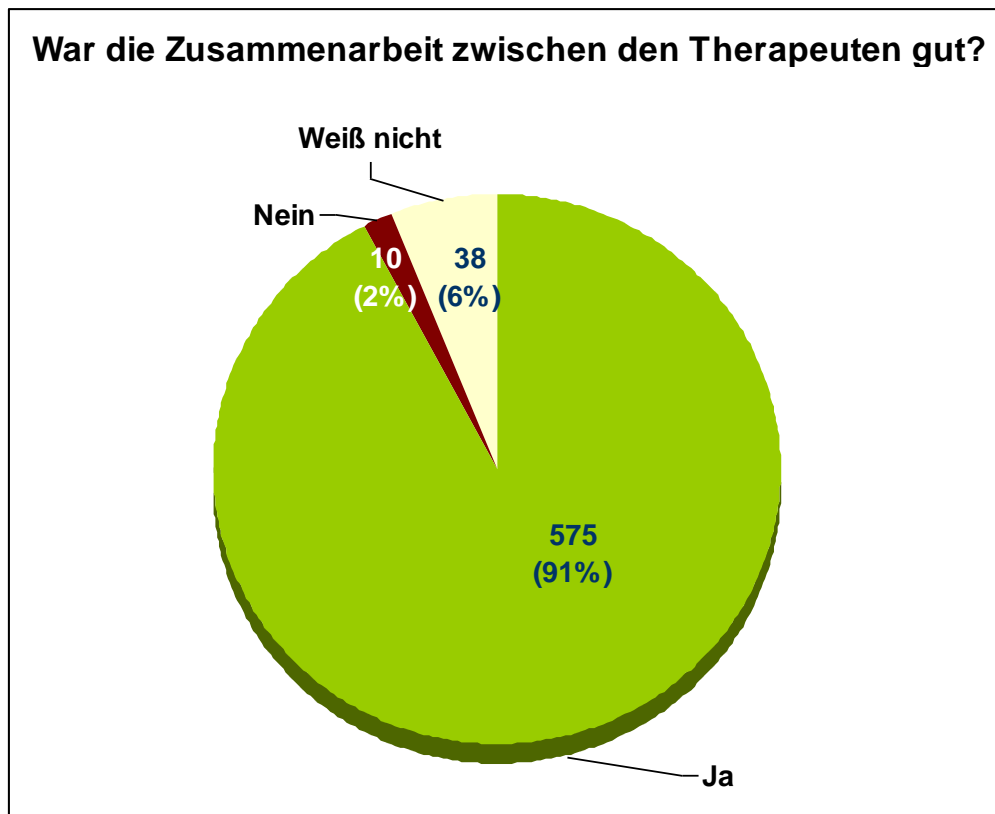
Welche Schwierigkeiten gab es? (Mehrfachnennungen)		
Wir haben lange Fahrzeiten.	40	6%
Wir mussten Wartezeiten in Kauf nehmen.	30	5%
Es gab Probleme mit der Bewilligung der Förderung.	28	4%
Es gab sonstige Probleme.	34	5%
Mit wem hatten Sie Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen)		
Frühförderstelle	24	4%
Kinderarzt	15	2%
Krankenkasse	12	2%
Sozialamt	12	2%
Kindergarten	8	1%
Gesundheitsamt	8	1%
Andere	11	2%

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Schwierigkeiten hatten 4% der Eltern mit den Frühförderstellen, jeweils 2% mit dem Kinderarzt, der Krankenkasse und/ oder mit dem Sozialamt und jeweils 1% der Eltern mit dem Kindergarten, und/ oder dem Gesundheitsamt. Daneben benannten 2% der Eltern Schwierigkeiten mit Ärzten/innen des SPZ oder der IFF, ihrem Arbeitgeber, einzelnen Therapeuten/innen sowie mit privaten Krankenversicherungen (andere).

Die Zusammenarbeit der Fachkräfte spielt eine wesentliche Rolle bei der Komplexleistung. Die überwiegende Mehrheit der Eltern (91%) beurteilten die Zusammenarbeit der Therapeuten/innen mit gut, 6% konnten dies nicht beurteilen und 2% gaben an, die Zusammenarbeit sei nicht gut.

Abbildung 32: Zusammenarbeit der Therapeuten/innen



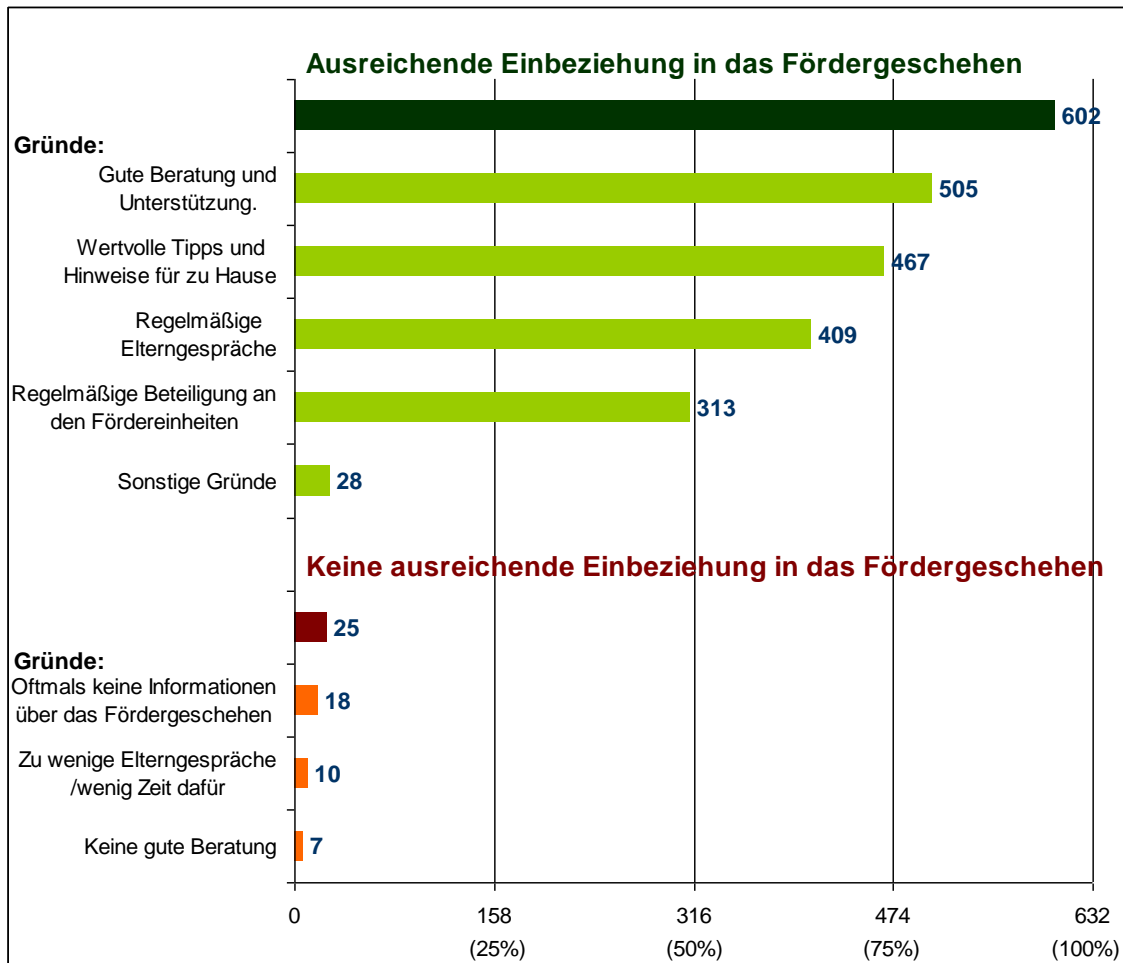
Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

9.1.5 Einbeziehung der Eltern

Die Einbeziehung der Eltern in das Fördergeschehen ist für die weitere Entwicklung des Kindes von fundamentaler Bedeutung und die Frühförderung wie auch die Komplexleistung legen hierauf besonderen Wert. Dabei beschränkt sich die Einbeziehung nicht nur auf bloßes Anleiten. 602 Eltern (95%) gaben an, ausreichend in das Fördergeschehen einbezogen zu werden, und zwar durch gute Beratung und Unterstützung (505, 80%), durch wertvolle Tipps und Hinweise zu Hause (467, 74%), durch regelmäßige Elterngespräche (409, 65%) und/ oder durch Beteiligung an den Fördereinheiten (313, 50%).

Keine ausreichende Einbeziehung konstatierten dagegen 25 der befragten Eltern (4%), wobei hier insbesondere fehlende Informationen über das Fördergeschehen angegeben wurden.

Abbildung 33: Einbeziehung der Eltern

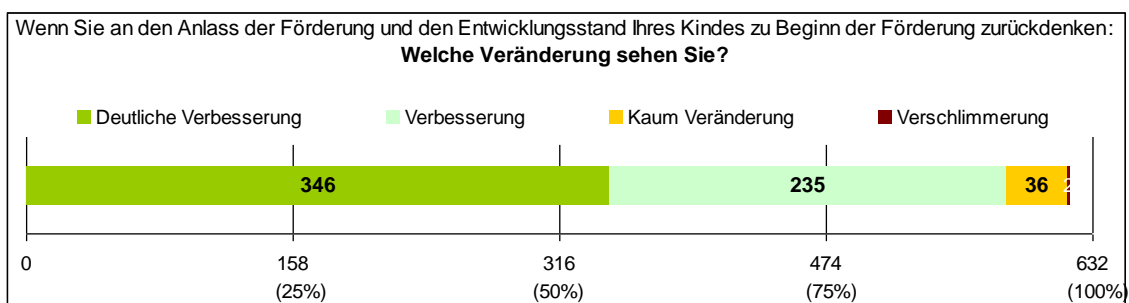


Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

9.1.6 Zusammenfassende Beurteilung der Komplexleistung

Die Veränderungen seit Beginn der Förderung beschreiben über die Hälfte der Eltern (346) als deutlich verbessert und ein weiteres gutes Drittel (235) als verbessert. Kaum Veränderungen sehen nur 36 Eltern (5%) und eine Verschlimmerung stellten 2 Eltern fest.

Abbildung 34: Veränderungen seit Beginn der Förderung

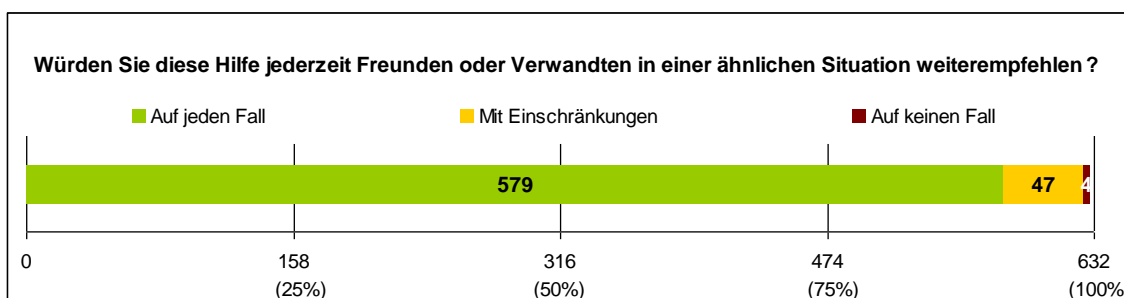


Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Eine Mutter gab an, dass es schwierig sei, dies zu beurteilen: „Begriff Verbesserung ist schwierig, Sohn hat mit FF angefangen als er 3 Monate war, jetzt 21 Monate, und hat sich allein durch sein Alter sehr verändert, man weiß nicht, wie er sich ohne FF entwickelt hätte.“

Eltern empfehlen ein Angebot nur dann weiter, wenn sie dies guten Gewissens tun können und entsprechend überzeugt sind von der Leistung. 579 Eltern (91%) würden die Komplexleistung Freunden oder Verwandten in einer ähnlichen Situation ohne Einschränkungen empfehlen, weitere 47 (7%) mit Einschränkungen. Nur sehr wenige Eltern (4) können die Komplexleistung auf keinen Fall weiterempfehlen.

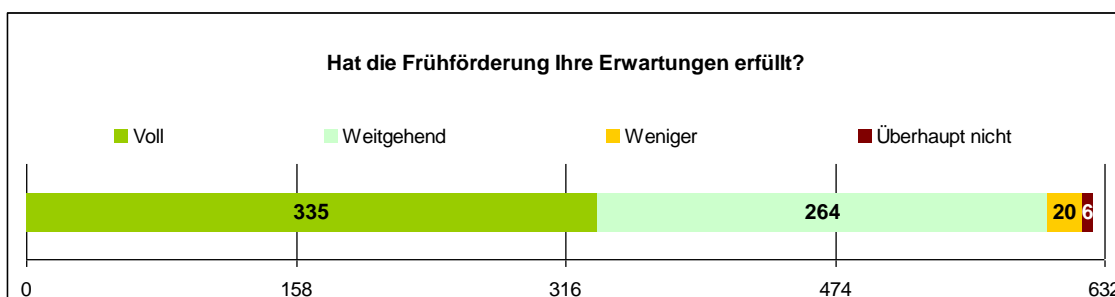
Abbildung 35: Weiterempfehlung der Komplexleistung



Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Die Gesamtbeurteilung der Komplexleistung abschließend wurden die Eltern gefragt, ob die Komplexleistung ihre Erwartungen erfüllt habe. Über die Hälfte der Eltern gab an, dies sei vollauf der Fall und für weitere 40% (264 Eltern) haben sich die Erwartungen weitgehend erfüllt.

Abbildung 36: Erfüllung der Erwartungen



Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Insgesamt beurteilen die Eltern die Komplexleistung ausgesprochen positiv, sowohl was ihre Rolle im Fördergeschehen als auch was den Fördererfolg für ihr Kind angeht. Dieses positive Bild wurde untermauert durch die Kommentare der Eltern.

9.1.7 Kommentare, Veränderungswünsche

Die Eltern hatten abschließend die Möglichkeit mitzuteilen, welche Veränderungen sie sich mit Blick auf die Förderung ihres Kindes wünschen würden, und zudem Raum für weitere Kommentare oder Kritik. Von den insgesamt 415 Anmerkungen waren 184

positive (44%) und 84 (20%) negative Kommentare und es gingen insgesamt 174 Änderungswünsche und Vorschläge ein, dies entspricht 35% aller Anmerkungen.

Tabelle 53: Kommentare und Veränderungswünsche

<i>Insgesamt</i>	415	100%
Positive Kommentare	184	44%
Negative Kommentare	84	20%
Änderungswünsche / Wünsche / Vorschläge	147	35%

Quelle: Schriftliche Befragung der Eltern durch das ISG

Positive Kommentare

Der überwiegende Teil der positiven Kommentare drückten eher umfassende Zustimmungen sowie Lob aus „alles ist super“, „bin sehr zufrieden, sollte nichts verändert werden“, die z.T. mit Danksagungen verbunden sind: „Ich möchte meine Dankbarkeit für die Hilfe und Unterstützung meines Kindes an dieser Stelle ausdrücken.“

Weitere zahlreiche positive Kommentare richten sich unmittelbar an die Therapeuten/innen, deren Umgang mit den Kindern und Eltern sehr positiv beschrieben werden. Von den Eltern wird dabei besonders hervorgehoben

– Wohlbefinden und Fortschritte des Kindes

„Bin der IFF dankbar, weil meine Tochter deutliche Fortschritte macht, und weil man uns immer herzlich in Empfang nimmt.“

“Man wünscht sich für sein Kind, dass es Fortschritte macht. Das ist Therapeuten gut gelungen, es kommt auch immer auf die Harmonie an!“

Mein Kind hat eine große Entwicklung gemacht. Er ist ruhiger geworden, konzentrierter, ich möchte mich nur bedanken.“

“Seit FF deutliche Verbesserung zu Hause, Kinder haben sich positiv verändert. Sind froh, dass wir dort sehr gut betreut werden und freuen uns auf jeden Termin.“

“Bin froh und dankbar, dass mein Kind die Chance auf FF bekommt. Er geht gerne hin, was bei vorherigen Therapien nicht der Fall war. Er ist wesentlich fröhlicher und aufgeschlossener als vorher, toll ihn bei seiner positiven Entwicklung begleiten zu dürfen.“

“Bin begeistert von Engagement, Fürsorge und Freundlichkeit der Therapeuten. Sohn freut sich auf jede FE und für mich ist es ein entspanntes Beobachten, eine neue Spielsituation mit einem anderen Blick auf mein Kind. Wir profitieren beide sehr...“.

– Beratung und Begleitung der Eltern

Mit welchen Schwierigkeiten die Eltern in ihrem Umfeld bisweilen konfrontiert sind, und wie wichtig eine positive, unterstützende Begleitung für die Eltern ist, verdeutlicht das folgende Zitat einer Mutter: „Außerdem betrachten alle meine Tochter als verrückt, weil sie behandelt wird. Das macht mich sehr traurig. Vielen Dank!“ Auch die folgenden Aussagen bestätigen die hohe Bedeutung der Begleitung der Eltern

„Wir sind FFS sehr dankbar für ihre Leistung und dass viele familär belastende Dinge durch Ratschläge beseitigt oder verbessert wurden. Unser Kind wäre ohne die FFS nicht so weit

wie es jetzt ist“,

„Wir sind mit FF unseres Sohnes absolut glücklich und froh nach dem schwierigen Start, den wir hatten, von der FF so kompetent und engagiert begleitet zu werden“,

„Besonders toll finde ich die Therapeuten und den wertvollen Austausch mit dem Team wie auch die regelmäßigen Gespräche über unser Kind“,

„Netter, ruhiger, offener und hilfsbereiter Umgang, Verständnis für Sorgen, alles top, weiterhin so offene und liebenswerte Fachkräfte“.

– *Gemeinsame Arbeit für das Kind*

„Bin mir sicher, dass Therapeuten gut mit den Kindern umgehen, ohne Druck und mit viel Geduld, Zeit und Einfühlungsvermögen an die Kinder herangehen und im Team mit uns arbeiten, so dass wir alle auf einen Nenner kommen“,

„Kommunikation Therapeuten-Eltern ist sehr wichtig, um den Alltag so zu steuern, dass man dem Kind weiterhilft. Sie machen das sehr gut. danke!“

„Therapeuten sind sehr engagiert und interessiert; wir als Eltern werden gut einbezogen; Kind profitiert sehr davon, Kind und Eltern fühlen sich ernst genommen und kommen gerne zur IFF“.

Wie wichtig die Einbeziehung der Eltern ist, zeigen zudem die Kommentare von Eltern, die sich hier eine Verbesserung wünschen. „Eltern sollten mehr einbezogen werden. Man hat keine Info erhalten, welche Rolle man spielt oder wie man sich verhalten soll oder wofür die Spiele stehen oder was hier von den Eltern erwartet wird“, „Mehr Infos für die Eltern“.

Kritik und Veränderungswünsche

Eine Reihe von Kritikpunkten bezieht sich auf die konkrete Situation der Förderung und betrifft die Art der Leistung oder den Leistungsumfang. Hier gibt es Kommentare, dass das Kind entweder zu viele oder zu wenige Leistungen erhalte, dass der Leistungsumfang je Fördereinheit nicht ausreicht oder dass weitere Therapien, z.B. Reittherapie, gewünscht werden. Eltern benennen darüber hinaus in einigen Fällen Unzufriedenheiten mit einer konkreten Person. Weitere Kritikpunkte beziehen sich insbesondere auf

– *den Einstieg in die Frühförderung*

So berichten Eltern, dass sie die Frühförderung gerne früher wahrgenommen hätten, hätten sie davon gewusst „Hätte ich früher von der FFS gewusst, hätte ich mein Kind viel eher dort angemeldet“ oder hätte man sie mit ihren Beobachtungen ernst genommen. Hier stehen häufig die Ärzte in der Kritik

„Musste 3x zum Kinderarzt, um FF zu bekommen. Er hat uns in diesem Bereich nicht unterstützt, sagte, sie sei ja noch jung und dass alles noch von selber kommen kann. Diese Einstellung sollte sich ändern, in Niedersachsen ist es einfacher und unkomplizierter.“

„Wenn Kinder mit Behinderung (Trisomie 21) nach der Geburt nach Hause kommen, bräuchte man eine Begleitung, um die Förderung der Kinder schnell zu beginnen“.

Eine Familie wünscht sich im Zusammenhang mit dem Zugang zudem „mehr Aufklärung im Vorfeld, Image der FF (nur für behinderte Kinder) sehr verbreitet; Maßnahmen werden wegen mangelnder Aufklärung, was eigentlich getan wird, abgelehnt (Beobachtung im Bekanntenkreis, alles bi-nationale Familien!)“.

Von einigen Eltern wurde darüber hinaus von Schwierigkeiten mit einer Weiterbewilligung berichtet.

– *das Eingangsverfahren*

Kritikpunkte bezogen sich auf die Organisation im Zuge des Eingangsverfahrens „Wir haben uns zunächst ans SPZ gewandt, dort wurde Eingangsdiagnostik gemacht und dann an IFF verwiesen, dort noch mal Eingangsdiagnostik wiederholt, das war zeit- und nervenraubend und wir fühlten uns schlecht informiert“ sowie auf die Dauer bis zum Therapiebeginn „Lange Wartezeit von Anmeldung bis zur ersten Therapiestunde ist sehr unbefriedigend und zeigt, dass wesentlich mehr Bedarf besteht.“

– *Wegezeiten / Organisation*

Einige Eltern benannten organisatorische Schwierigkeiten, die aufgrund von Wegezeiten entstanden “keine flächendeckenden FFS im ländlichen Bereich, lange Anfahrtswege, z.T. ohne PKW nicht möglich“, “Wir haben ca. 40 min Fahrzeit, bin Vollzeit berufstätig und würde wünschen, dass von Zeit zu Zeit FF in bekannter Umgebung meiner Tochter stattfindet (z.B. zu Hause), leider wurde uns mitgeteilt mehr als 1 Hausbesuch nicht möglich.“ In diesem Zusammenhang wurde z.T. auch Unverständnis darüber bekundet, dass einzelne Teile der Förderung im Rahmen der IFF nicht durch näher gelegene, niedergelassene Therapeuten durchgeführt werden kann „Wenn man mehrere Kinder hat, ist die Koordinierung der Termine und die langen Fahrzeiten echt schwierig und eine zusätzliche Belastung für alle. Schöner wäre es dann Therapeuten im Umfeld wahrzunehmen.“ Schließlich wurden von einigen Eltern Organisationsschwierigkeiten auf Seiten der IFF bemängelt. Kritisiert wurden hier Terminausfälle, bzw. -verschiebungen sowie Therapeutenwechsel.

– *Kooperation mit Kita*

Auch aufgrund zunehmender organisatorischer Schwierigkeiten der Eltern – einhergehend mit der Berufstätigkeit beider Elternteile – sollte die Förderung aus Sicht einiger Eltern häufiger in Kindertageseinrichtungen stattfinden. Hierdurch ergeben sich neue Herausforderungen „Ich hätte FF aber gerne in der Kita, da es für mich eine Erleichterung wäre und so könnte auch Zusammenarbeit mit Erziehern noch näher und effektiver sein.“ „Ortsnahe Therapieeinrichtungen wünschenswert. Eine Fahrt zur FFS waren 17 km, daher wurde Förderung in Kita durchgeführt. Hierdurch wurde jedoch Austausch mit Therapeuten erschwert. Eine Zusammenarbeit mit Erzieherinnen war außerdem nicht gegeben.“ „Mehr Kooperation mit der Kita.“

– *Private Krankenversicherung*

Die Komplexleistung wird von den privaten Krankenversicherungen in der Regel nicht bezahlt. Aus diesem Grund erhalten privat versicherte Kindern in der Regel solitäre Leistungen. Im Rahmen der Komplexleistung bezahlen die Eltern den Anteil der Krankenkassen entweder selbst oder es gibt Absprachen, die aber kompliziert sind. „PKV machte Probleme, da FF nicht mit GÖA-Nr. abgerechnet wird und akzeptiert nur nach ‚gutem‘ Zureden als Therapie statt vorbeugende Maßnahmen. Deshalb hatte Kreis Schwierigkeiten FF zu bewilligen, da Zusage der Kostenübernahme Voraussetzung ist.“

Zahlreiche Veränderungswünsche beziehen sich auf die Entwicklung des Kindes „er soll ruhiger werden“, „Kind soll weiter so gute Fortschritte machen wie bisher.“ Weitere häufig benannte Themen sind

– *Übergang in die Schule*

Für Eltern von Komplexleistungskindern ist der Eintritt in die Schule ein mit Sorgen behafteter Schritt. Um den Übergang in die Schule gut gestalten zu können bedarf es Veränderungen, wie viele Eltern meinen. „Da Kind in Schule kommt, keine FF mehr. Dadurch ergibt sich in allen Bereichen (Physio, Logo) ein Therapeutenwechsel. Eine längere Betreuung über Einschulungstermin hinaus wäre gut. Ein Vertrauensverhältnis hat sich über Jahre entwickelt u. wird dann beendet. „Hätte mir gewünscht, dass Förderung länger läuft, mindestens übers 1. Schuljahr hinaus. Mit Eintritt in die Schule ändert sich so viel, dass Begleitung durch Therapeuten sehr hilfreich gewesen wäre.“ In diesem Zusammenhang wurde seitens der Eltern auch für eine Vorbereitung der Kinder auf schulische Situationen in der Frühförderung z.B. durch Gruppenangebote plädiert.

Im Rahmen des Workshops wurden von zwei IFF Beispiele benannt, wie der Übergang gestaltet werden kann: Im ersten Fall wird der Schulstart in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gestaltet, wobei das Jugendamt die restlichen Fördereinheiten übernimmt. Bisher wurde die Überleitung von 50 Kindern in dieser Form ausgestaltet, mit positiver Resonanz seitens der Schulen. In einem zweiten Beispiel bezahlt das Sozialamt die restlichen Fördereinheiten auch nach Schuleintritt. Das Jugendamt übernimmt 9 Fördereinheiten der Komplexleistung zur Überleitung in die Schule, sofern das Kind dem Personenkreis nach §35a SGB VIII angehört.

– *Ärztliches System*

Ebenfalls zahlreiche gewünschte Veränderungen beziehen sich auf das ärztliche System. Zum einen beziehen sich die Argumentationen der Eltern auf den Zeitpunkt des Förderungsbeginns „Kinderärzte sollten WESENTLICH SCHNELLER &FRÜHER dafür sprechen, insb. bei logopädischen Problemen; schnellere Bearbeitungszeit; Bauchgefühl der Eltern war bei uns ausschlaggebend, Kinderarzt hätte erst 2 JAHRE später mit Förderung begonnen-> nicht akzeptabel.“ Zum anderen geht es um die Informationen durch das ärztliche System „Kinderärzte klären kaum auf; Informieren muss man sich selbst.“

– *Ausweitung des Angebots*

sowohl für die Kinder „Kind war 4 Jahre alt, als sie zur FF kam, damals konnte sie nicht sprechen, Motorik war schlecht entwickelt. Sie hat heute aufgeholt. Sollte mehr FFS geben & Behandlungen dieser Art für ältere Kinder“, als auch für Eltern. „Sollte mehr FFS geben; Therapeuten sehr kompetent, freundlich, hilfsbereit, unterstützend & geben Tipps für zu Hause. Junge & werdende Eltern sollten Kurs zur Kindererziehung bekommen: 'FF für Eltern'.“

Eine Forderung bezog sich abschließend auf alle Kinder mit Förderbedarf in NRW „Einheitliche Maßstäbe für IFF in ganz NRW (BRD). Gleiche Rechte für alle Kinder überall. Unseren Kindern läuft wertvolle Zeit davon beim politischen Gerangel um Gelder und Zuständigkeiten.“

9.2 Perspektive der Frühfördereinrichtungen

9.2.1 Erwartungen an die und Bewertung der Komplexleistung

Die Frühfördereinrichtungen, die (noch) keine Komplexleistung erbringen, wurden zu ihren Erwartungen möglicher Veränderungen, die aus ihrer Sicht mit der Einführung der Komplexleistung voraussichtlich einhergehen werden, befragt. Zu den gleichen Themen wurden die IFF nach ihren Erfahrungen befragt. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse dieser beiden Abfragen im Zusammenhang. Dargestellt sind zu jedem Thema zunächst die Erwartungen zu Veränderungen und darunter die Erfahrungen seitens der IFF.

Zu den jeweiligen Aspekten haben die Einrichtungen angegeben, ob durch das Angebot der Komplexleistung eine positive Veränderung, keine Veränderung oder eine negative Veränderung erwartet wird oder diese eingetreten ist. Nicht alle Einrichtungen äußerten sich zu den jeweiligen Aspekten, die jeweilige Größenordnung wird durch die Kategorie keine Angabe (k.A.) abgebildet.

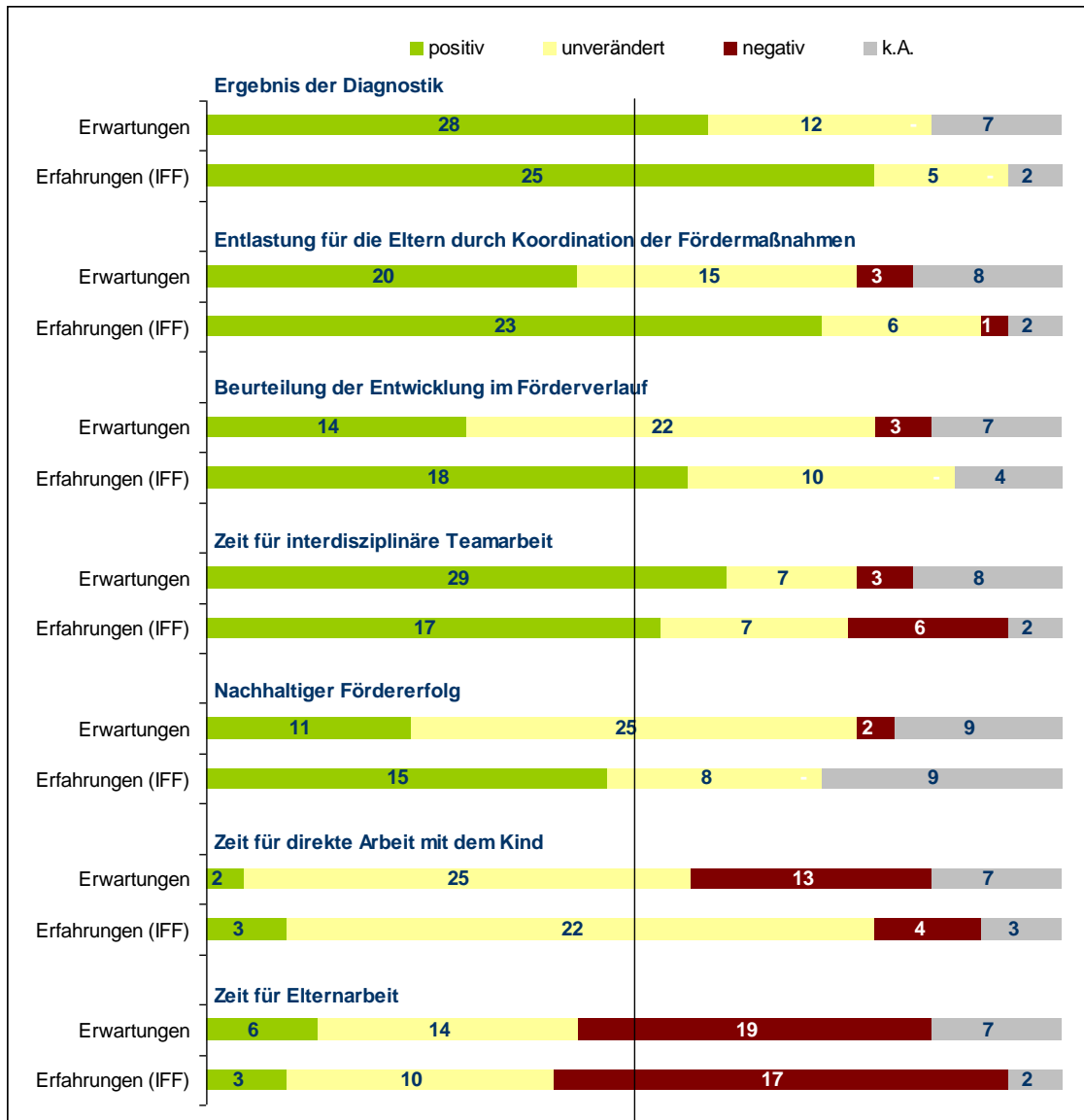
Insgesamt ist festzuhalten, dass die Erwartungen der Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung und die aus Sicht der IFF eingetretenen Veränderungen durch das Angebot der Komplexleistung in der Tendenz recht nah beieinander liegen. Im Detail werden einige positive Wirkungen, die nach Ansicht der anerkannten IFF mit Umsetzung der Komplexleistung einhergegangen sind, von den übrigen Einrichtungen schwächer eingeschätzt.

So hat sich das Ergebnis der Diagnostik nach Ansicht von 25 der 32 IFF mit Umsetzung der Komplexleistung positiv verändert, nur gut die Hälfte der übrigen Einrichtungen erwarten hier eine positive Veränderung; auch die entlastende Wirkung für die Eltern durch die Koordination der Fördermaßnahmen durch die Komplexleistung ist nach Ansicht von 23 IFF verbessert worden: erwartet wird dies von weniger als der Hälfte. Ebenso verhält es sich mit der erwarteten bzw. eingetretenen Veränderung bei der Beurteilung der Entwicklung im Förderverlauf, die sich nach Ansicht von gut der Hälfte der IFF verbessert hat.

Bezogen auf die Zeit für die interdisziplinäre Teamarbeit sind die Erwartungen positiver als die Erfahrungen: Gut die Hälfte der IFF sieht hier eine positive Entwicklung, positive Erwartungen haben mit 29 von 47 Frühfördereinrichtungen über 60%. 6 IFF (etwa ein Fünftel) sehen dagegen eine Verschlechterung, während nur 3 Frühfördereinrichtungen (unter 10%) eine Verschlechterung befürchten.

Die Nachhaltigkeit des Fördererfolgs wird sich mit Einführung der Komplexleistung nicht verändern, so die Erwartung von über der Hälfte der Frühfördereinrichtungen. Eine positive Veränderung verzeichnet dagegen knapp die Hälfte der IFF.

Abbildung 37: Veränderungen durch das Angebot der Komplexleistung – Erwartungen und Erfahrungen –



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die Zeit für die direkte Arbeit mit dem Kind hat sich mit Umsetzung der Komplexleistung nach Ansicht der Mehrheit der IFF nicht verändert, dies wird von den anderen Einrichtungen auch überwiegend nicht erwartet.

Insgesamt am schlechtesten schneidet die Zeit für die Elternarbeit in Zusammenhang mit der Komplexleistung ab, wobei hier die Erwartungen besser sind als die Erfahrungen. Verhältnismäßig wenige Einrichtungen erwarten durch die Komplexleistung verbesserte zeitliche Ressourcen für die Elternarbeit und mit 19 von 47 Einrichtungen erwarten gut 40% eine Verschlechterung. Nach den Erfahrungen der IFF ist dieses Verhältnis noch schlechter: Nur wenige IFF sehen eine Verbesserung und nach Ansicht über der Hälfte der IFF hat sich die Situation für die Elternarbeit verschlechtert. Im Rheinland kann die Elternarbeit als direkte Leistung abgerechnet werden kann, dennoch gab die Hälfte der IFF an, die Elternarbeit habe sich verschlechtert und nur 12%, sie habe sich verbessert.

In Westfalen-Lippe, ist dieses Ergebnis noch schlechter: Hier gaben über 60% der IFF an, die Elternarbeit habe sich verschlechtert und 8%, sie habe sich verbessert.

Als weitere negative Entwicklung, die mit der Umsetzung der Komplexleistung einhergegangen ist, wurde der erhöhte bürokratische Aufwand genannt, dieser wird auch von Einrichtungen, die derzeit keine Komplexleistung anbieten, befürchtet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Qualität der Arbeit im Rahmen der Diagnostik sowie bei der Beurteilung der Entwicklung des Kindes mit der Umsetzung der Komplexleistung verbessert hat; hiermit geht einher, dass sich die zeitlichen Ressourcen zur Sicherstellung dieses Ergebnisses verbessert haben. Ebenso wird überwiegend eine entlastende Wirkung für die Eltern gesehen. Diese positiven Erfahrungen begründen auch die Beurteilung der Nachhaltigkeit des Fördererfolgs.

Verschlechtert haben sich dagegen die zur Verfügung stehenden Zeiten für die Elternarbeit sowie der bürokratische Aufwand.

9.2.2 Planungen zur Umsetzung der Komplexleistung

Angesichts dieser Erwartungen überrascht der hohe Anteil der Einrichtungen, die eine Anerkennung zur IFF nicht planen, nicht: Dies sind fast zwei Drittel der Einrichtungen. Ein Viertel hat ein Konzept zur Anerkennung eingereicht. Fünf weitere Einrichtungen erarbeiten derzeit ein Konzept oder gaben zum Befragungszeitpunkt an, hiermit beginnen zu wollen.

Tabelle 54: Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der KL: Planungen

	Anzahl	Anteil
Anerkennung als IFF nicht geplant	30	64%
Konzept zur Anerkennung als IFF eingereicht	12	26%
In 2012 beginnt die konzeptionelle Arbeit zur IFF	4	9%
Konzept wird derzeit erarbeitet	1	2%
<i>Zusammen</i>	<i>47</i>	<i>100%</i>

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Die Einrichtungen wurden darüber hinaus gebeten anzugeben, warum sie eine Anerkennung zur IFF nicht planen. Als Hauptgründe hierfür wurden Befürchtungen verschlechterter fachlicher oder finanzieller Bedingungen durch die Einrichtung einer IFF (insgesamt 8 Nennungen) geäußert sowie die Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation bzw. eine ablehnende Haltung seitens der Kostenträger benannt (je 7 Nennungen). Weitere Begründungen waren abnehmende Möglichkeiten der mobil-aufsuchenden Arbeit und eine geringere Wahlfreiheit mit Einführung der IFF sowie schlechte Erfahrungen von IFF

(je 2 Nennungen). Die folgende Auflistung zeigt die Begründungen sowie die dazugehörigen Originalzitate im Überblick.

<p>Befürchtungen, darunter</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>durch IFF schlechtere Bedingungen,</i> „Nachteile für alle Beteiligten“, „Verschlechterung der Bedingungen“, „IFF würde fachliche Verschlechterung bringen“, „mit IFF schlechtere Bedingungen“, die Konditionen von IFF sind schlechter“ - <i>Finanzielle Einbußen / unsichere Finanzierung</i> „Bei IFF würden wir finanziell große Einbußen haben“, „Würde zu Kostensenkungen der bestehenden Kostensätze führen“, „Finanzierung IFF und politische Änderungen“
<p>Zufriedenheit mit der derzeitige Situation</p> <p>„z.Z. gut bestehendes Konzept, auch m. interdisziplinärer Zusammenarbeit“, „Kostenträger und wir sind mit Situation sehr zufrieden“, „Kooperation mit Logo- und Motopädie u. Lerntherapie im Haus, enge Kooperation mit Kinderärzten“, „konkrete Arbeitsbedingungen scheinen uns z.Z. keine Verbesserung zur heilpädagogischen Arbeit zu bieten“, „gute fachliche Standards“, „bisherige Strukturen sind IFF ähnlich, nur nicht in einem Haus -> kurze Wege!“, „Durch Abdeckung eines großen Gebietes ist optimale Teamarbeit im Sinne von IFF nicht gewährleistet. Kooperation mit Therapeuten läuft gut“.</p>
<p>Ablehnende Haltung seitens der Kostenträger</p> <p>„Der Kostenträger sieht nicht die Notwendigkeit und hat abgelehnt“, „vom Kostenträger Kreis nicht gewünscht“, „nicht erwünscht von zuständigem Auftraggeber (hier Stadt)“, „Kostenträger steht der IFF verhalten gegenüber“, „Kostenträger will keine IFF“, „Es wurde uns dringend von den zusammenarbeitenden Städten und Kreisen abgeraten, da wir dann nicht mehr als FF-Partner akzeptiert würden“, „der Kreis macht keine IFF-Verträge mit freien Praxen“.</p>
<p>Abnehmende Möglichkeiten mobil-aufsuchender Arbeit</p> <p>„Ländlicher Bereich, enorme Fahrzeiten für Familien und Personal“, „mobile FF schlechter möglich“.</p>
<p>Geringere Wahlfreiheit</p> <p>„Wohnen im ländlichen Umfeld, Mütter haben wenig Möglichkeit in die Einrichtung zu kommen und wollen frei entscheiden“, „viele Kinder haben ausgegliederte Therapeuten, die weiter in Anspruch genommen werden möchten“.</p>
<p>Schlechte Erfahrungen von IFF in der Nähe</p> <p>„aus IFF in der Region keine positiven Rückmeldungen“, „desillusionierende Erfahrungen bei der Umsetzung der IFF in ...“.</p>

9.2.3 Versorgungslage der Kinder

Die Versorgung ist...	IFF		Einrichtungen ohne KL	
... ausreichend	18	56%	16	34%
... unzureichend	17	53%	27	57%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Als Begründungen für eine ausreichende Versorgungssituation wurden recht häufig fehlende Wartelisten, eine zügige Bewilligung benannt. Positiv auf die Versorgungssituation wirkt sich zudem eine gute Vernetzung mit den Kostenträgern aus, wodurch eine Anpassung des Angebots an den Bedarf (z.B. Personalaufstockung) möglich sind.

Eine Frühförderstelle ohne Komplexleistungsangebot begründete die gute Versorgungssituation: „weil eine Beraterkonferenz des Kostenträgers zügig und fachlich die Anträge berät, die Eltern Therapeutenwahl haben, wir stark am Familiensystem ansetzen können, das Angebot niederschwellig ist und eine ausgeprägte Vernetzung in der Stadt gelingt.“

Und schließlich gab eine IFF eine zusammenfassende Begründung: „weil es mehrere IFF-Anbieter gibt, die Kinderärzte über die Angebote gut informiert sind (bekommen u.a. die Fallbesprechungsprotokolle) und das zuständige Sozial- und Gesundheitsamt die Komplexleistung und die heilpädagogischen Maßnahme im Sinne des Wohlergehens für die betroffenen Kinder und Familien auslegen.“

Eine unzureichende Versorgungssituation wurde aufgrund von Wartezeiten (bis zur Bewilligung, aufgrund zu weniger Plätze) konstatiert. Eine Frühförderstelle gab in diesem Zusammenhang an: „ab ca. Jan./Febr. eines Jahres entstehen Wartezeiten für neue Familien / Kinder bis Sommer (hier: Wechsel / Abschluss von Kindern durch Einschulung / Kindergarten-Start)“. Als weitere Gründe für eine unzureichende Versorgung im Rahmen der Komplexleistung wurden Wegezeiten (geringer Anteil mobil-aufsuchender Förderung in der Komplexleistung) sowie die fehlende Verzahnung von Integrativem Kitaplatz und Komplexleistung benannt „aktuell keine reale Möglichkeit der Frühförderung für Kindergartenkinder; fehlende und unzureichende Vernetzung mit Integrativer Förderung in Kita“.

Einige IFF gaben an, dass das Verhältnis von 40:60 bei den medizinisch-therapeutischen und den heilpädagogischen Maßnahmen bezogen auf jedes Kind eingehalten werden muss. Dadurch könne dem Anspruch einer optimierten und auf das jeweilige Kind abgestimmten Hilfeplanung nicht gerecht werden.

Einige IFF führen aus, dass sich zu wenig Zeit für die Elternarbeit negativ auf die Versorgungssituation auswirke. Und schließlich werden in einzelnen Regionen unverhältnismäßig hohe Ablehnungsquoten festgestellt, sodass hier eine vergleichsweise schlechtere Versorgungslage der Kinder zu befürchten steht.

9.2.4 Erforderliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Komplexleistung

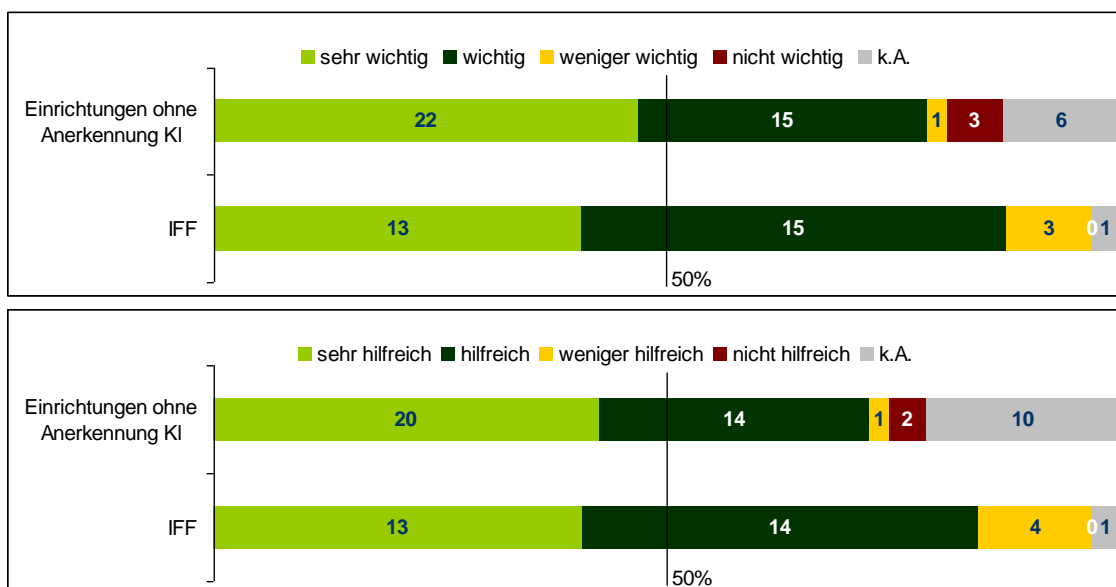
Im Rahmen der Umsetzung der Komplexleistung gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede in den jeweils vereinbarten Förderzeiten und den Preisen. Zudem existieren im

Rheinland und Westfalen-Lippe unterschiedliche Berechnungsweisen bezogen auf die Diagnostik. In Westfalen-Lippe wird in zahlreichen Regionen noch keine Komplexleistung angeboten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Entwicklung von einheitlichen Standards in NRW zur Umsetzung der Komplexleistung, bezogen auf den Umfang einer Fördereinheit, auf die Zeit für die Diagnostik etc. als wichtig und hilfreich erachtet wird.

Die folgende Abbildung zeigt, dass eine überwiegende Mehrheit der Frühfördereinrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung die Entwicklung von Standards als wichtig und hilfreich erachtet. Nur wenige dieser Einrichtungen halten die Entwicklung für weniger oder nicht wichtig bzw. weniger und nicht hilfreich, verhältnismäßig viele Einrichtungen äußern sich zu diesen Fragen nicht.

Die IFF, die Erfahrungen mit der Umsetzung der Komplexleistung gemacht haben, sind nahezu vollständig der Ansicht, das einheitliche Standards zur Umsetzung der Komplexleistung (sehr) wichtig und (sehr) hilfreich wären, nur eine Minderheit hält diese für weniger wichtig und weniger hilfreich und keine gab an, dass sie nicht wichtig bzw. nicht hilfreich wären.

Abbildung 38: Einheitliche Standards zur Umsetzung der Komplexleistung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Frühfördereinrichtungen durch das ISG

Welche Rahmenbedingungen es braucht, um die Komplexleistung effektiv und effizient erbringen zu können, benannten die Einrichtungen für die Bundes- und die Landesebene, für die örtliche Ebene einschließlich der Einrichtungsebene. Die Ergebnisse wurden durch Diskussion mit IFF im Rahmen des 2. Workshops bestätigt und ergänzt.

Bundes- bzw. Landesebene

Die Einrichtungen gaben zahlreiche der folgenden Aspekte zum Teil für die Bundesebene und z.T. für die Landesebene an. An dieser Stelle werden deshalb beide Ebenen zusammen betrachtet. Folgende Anforderungen wurden häufig benannt:

- *Rahmenbedingungen und Standards*

Die gesetzlichen Vorgaben sollten konkretisiert werden. Dabei werden zum einen alle zur Komplexleistung zugehörigen Leistungen definiert (z.B. Elternarbeit) und zum anderen fachliche und qualitative Qualitätsanforderungen (inkl. Teamarbeit, Supervision etc.) formuliert. Diese sollen mit angemessenen Zeiteinheiten und entsprechender Finanzierung hinterlegt werden. Auf Landesebene sollten Mindeststandards zu genannten Aspekten erarbeitet werden, damit ein weiteres Absenken des Qualitätsniveaus vermieden werden kann.

Ziel ist eine Angleichung der Standards, um für alle Kinder eine vergleichbare Leistung anbieten zu können. Für die Landesebene wurde hier explizit die Forderung nach einer Angleichung der Bedingungen im Rheinland und in Westfalen-Lippe formuliert.

- *Verbindlichkeit*

Es braucht eine höhere Verbindlichkeit. Dabei wird z.T. der Bund in der Pflicht gesehen und andere sehen hier eher die Landesebene als entscheidende Ebene an. Auf der Bundesebene wurden klare vertragliche Regelungen (BAR-Empfehlung) zur Umsetzung der FrühV bzw. „ein verbindliches Leistungsgesetz, das die Ausgestaltung des Rechtsanspruchs eindeutig und verpflichtend für die Kostenträger regelt.“

Auch reichen die Vorschläge von einer verbindlichen Rahmenempfehlung über die Entwicklung und Umsetzung einer Landesrahmenvereinbarung bis hin zu einem Landesvertrag. Im Zuge der Diskussion mit den IFF wurde deutlich, dass eine höhere Verbindlichkeit begrüßenswert sei, diese allerdings so formuliert sein müssten, dass die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden können.

In die verbindlich zu regelnden Bereiche wurde neben den oben genannten explizit auch das Abrechnungsverfahren einbezogen.

- *Schiedsstellen*

Für die Durchsetzbarkeit der benannten Aspekte wird eine Schiedsstelle benötigt, wie zahlreiche Einrichtungen betonen. Diese soll bei Vertragsangelegenheiten angerufen werden können. Weitere Einrichtungen hätten gern eine (unabhängige!) Schiedsstelle für Preisverhandlungen.

- *Finanzierung / Kostenteilung*

Aus Sicht der Einrichtungen bedarf es landesweiter Regelungen in Bezug auf die Finanzierung. Gefordert wird eine „flächendeckende Umsetzung des IFF-Modells mit Refinanzierung auf Grundlage des öffentlichen Tarifrechts.“ Weitere, bislang unzureichend finanzierte Bestandteile sind nach übereinstimmender Ansicht die Berechnungsgrundlage und damit Höhe der Ausfallpauschale sowie die mit der Finanzierung einhergehenden Regelungen zu den Elterngesprächen als indirekte Leistungen (in Westfalen-Lippe). In diesem Zusammenhang wurde auch ein einheitliches Kalkulationsschema in NRW gefordert.

Bezogen auf die Kostenteilung wurde eine Teilung zwischen den Leistungsträgern gem. der realen Verteilung der medizinisch-therapeutischen und der heilpädagogischen Fördereinheit gefordert.

- *Weiteres*
 Weitere Forderungen auf Bundes- bzw. Landesebene beziehen sich auf den Abbau von Bürokratie durch einen kürzeren und kompakteren FuB sowie durch eine Veränderung der Dokumentations- und Abrechnungspflichten, auf die Einrichtung einer Arbeitsstelle Frühförderung, auf eine verbesserte Vernetzung von Frühförderung und frühe Hilfen sowie auf „die Erarbeitung eines Konzepts zur Umsetzung der ICF-CY in IFFs.“

Örtliche Ebene / Frühförderstellen

Eine wichtige Forderung an die örtliche Ebene ist die Anerkennung der oben beschriebenen Standards. Neben positiven Äußerungen über gut funktionierende Kommunikationsstrukturen sowie über eine gute konzeptionelle Aufstellung vor Ort wurden folgende Aspekte benannt, die aus Sicht der Einrichtungen verbessert werden sollten:

- *Kindbezogene Aspekte*
 Kindern mit einem Förderbedarf muss die IFF auch im Säuglingsalter angeboten werden. In weiteren Diskussionen wurde deutlich, dass z.T. für Neugeborene mit einer Behinderung Komplexleistung mit dem Hinweis auf fehlende Notwendigkeit nicht gewährt wurde. Aus Sicht von Frühförderern/innen ist dies ein Skandal und zeigt geringe Bedeutung, die von diesen Stellen der Elternarbeit im Rahmen der Frühförderung beigemessen wird. Diese sei aber ein elementarer Bestandteil der Frühförderung, durch die die Förderung des Kindes erst ihre Wirkung voll entfalten kann.
 Von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder haben einen individuellen Rechtsanspruch auf Leistungen, wobei die Betonung auf individuell liegt. Dieser Anspruch passt nicht zu einer Obergrenze je Kind, die an einem Durchschnittswert orientiert ist. Gleiches gilt für die Durchsetzung eines festgelegten Verhältnisses von medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen.
- *Angebote*
 Durch offene Beratungsangebote soll auch weiterhin (oder wieder) ein niedrigschwelliger Zugang in das System ermöglicht werden. Kritisch werden des Weiteren die eingeschränkten Möglichkeiten der mobilen Förderung im Rahmen der Komplexleistung gesehen.
- *Indirekte und direkte Leistungen, Vereinbarungen*
 Elterngespräche werden in Westfalen-Lippe als indirekte Leistungen und im Rheinland als direkte Leistungen vereinbart. Aus Sicht der IFF gehören Elterngespräche zu den direkten Leistungen. Daher sollte in Westfalen-Lippe so verfahren werden wie es im Rheinland bereits der Fall ist.
 Ein wesentlicher Leistungsbestandteil der Komplexleistung sind Teamgespräche, die derzeit keinen eigenen Leistungsbestand hätten, dies sollte aus Sicht der IFF geändert werden.
- *Verträge*
 Insgesamt seien die Verträge in Ordnung, ausschlaggebend sei jedoch die

Umsetzung vor Ort. Verschiedene Differenzierungen in den Verträgen durch Sonderanhänge sollten vermieden werden, hier wäre ein einheitlicher Vertrag notwendig.

– *Zeitkontingente / Auslastung*

Weiterhin seien die Zeitkontingente nicht ausreichend, was insbesondere in Verbindung mit einer niedrigen Ausfallquote zu Verlusten führe. So entstehen Ausfallkosten bei zu vielen Familien und die gegen gerechnete und finanzierte Ausfallquote von 5% sei real viel höher.

Hinzu käme, dass die Mitarbeiter/innen zu 100% ausgelastet werden müssten. Dabei stelle sich die Frage, wie dann im Jahresverlauf weitere Kinder aufgenommen werden können.

– *Kooperation / Vernetzung*

Aus Sicht der Frühförderstellen bedarf es vor Ort einer guten Vernetzung mit dem System der frühen Hilfen bzw. mit dem gesamten öffentlichen Hilfesystem. Hierzu gehören auch die Familienzentren, die Kindertageseinrichtungen etc. Für die Verbesserung der Vernetzung wird z.B. die Einrichtung eines Runden Tisches vorgeschlagen.

Die Zusammenarbeit mit dem medizinischen System sollte ebenfalls gut aufgestellt sein, hierzu gehören sowohl die niedergelassenen Ärzte/innen sowie die Kinderkliniken und SPZ. Bezogen auf die SPZ wird in einem Fall eine effektive Aufteilung der Leistungen angeregt.

Schließlich wird eine verbesserte Vernetzung der verschiedenen Träger - ausdrücklich auch der privaten Anbieter angeregt.

Neben den geschilderten Veränderungsbedarfen auf den verschiedenen Ebenen wurden weitere benannt, die aus Sicht der Frühförderung in den Blick genommen und verändert werden müssen. Hierzu gehören insbesondere

– *Bezogen auf die Kinder und ihre Eltern*

- Übergang zur Schule „langsamerer Übergang zur Schule; 2-3 Fördereinheiten zur Übergabe.“
- Entwicklung eines Case Management: „Optimierung entwicklungsfördernder Bedingungen in der Familie, Tageseinrichtung, Umfeld.“
- Elternkurse „Elternkurse obligatorisch.“
- Berücksichtigung der gesellschaftlichen Veränderungen einhergehend mit veränderten familiären Strukturen und Problemen. „Angebot auf Bedarf ausrichten - Familien mit vielen Risikofaktoren, für kindliche Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund, Trennung/Scheidung, Armut, Bildungsferne, psych. Erkrankung der Eltern.“

– *Inklusion / Prävention* („ernst nehmen, dass Kinder wirklich unsere Zukunft sind“)

- Ausbau der präventiven Arbeit „(wie z.B. das Projekt Kinder Zukunft/ NRW), um die Eltern frühzeitig zu erreichen.“
- Ausbau der integrativen Kitaplätze, „da Inklusion zurzeit nur Einzelintegration bedeutet, was kein Vorteil ist.“

- Überprüfung der U-Untersuchungen „es gibt Kinder mit vermehrtem Förderbedarf, deren U-Untersuchungen alle okay sind; gültige Tests evaluieren für die heutigen Kinder; Ärzte zu Vernetzung mit Praxen, Trägern bzw. Therapeuten verpflichten; nicht nur überprüfen, wer zu viele Rezepte erstellt, sondern auch wer zu wenig.“
- Inklusion forcieren, „damit allen Kindern überall (Kitas, Schulen) fachgerechte, qualifizierte Hilfen in ihrer Lebenswelt anbieten, nicht oder nur wenn notwendig erforderlich in isolierten Praxis- oder Einrichtungsgegebenheiten.“
- *Kindertageseinrichtungen*
 - Schulungen des Personals in Kindertageseinrichtungen als verbindliches Konzept
 - Beratung von Mitarbeitern/innen in Kindertageseinrichtungen
- *Befürchtungen von Veränderungen durch die IFF*
 - „Abschaffung der IFF als Großunternehmen, um die örtliche Praxiswelt nicht zu gefährden. Eltern wünschen ortsnahe, persönliche Praxen mit freier Therapeutenwahl“,
 - „Im Kreis läuft es zurzeit sehr gut; niedrighschwelliger Zugang; systemisches Arbeiten möglich; gute Netzwerke; Habe die Angst/Befürchtung, dass durch die IFF diese Arbeit nicht mehr möglich ist, Kinder werden insgesamt weniger FE bekommen, systemisches Arbeiten nicht erwünscht!! Sollte also so bleiben wie bisher, dann wäre vieles weiterhin möglich.“
- *Umsetzung der Komplexleistung:* Fristenregelung, bis wann alle Kommunen und FFS auf Komplexleistung umgestellt sein müssen
- *Finanzierung*
 - "kein Töpfedenken";
 - „Städte und Kommunen benötigen mehr Fördergelder, um FF zu finanzieren.“

Im Verlauf des Workshops, an dem 20 IFF aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe teilnahmen, wurden weitergehend notwendige Veränderungen aus Sicht der IFF formuliert; diese betreffen:

Einheitlichkeit in NRW

- *Kalkulationsmatrix*
Für beide Landesteile in NRW soll eine einheitliche Kalkulationsmatrix gelten, die allen Beteiligten regelhaft zur Verfügung gestellt wird.
- *Mindeststandards*
Mindeststandards sollten entwickelt und implementiert werden.
- *Verfahren*
Es bedarf eines einheitlichen und anerkannten Bewilligungsverfahrens, dem sich die Städte und Landkreise anschließen. Hierzu gehört auch ein festgelegter Standard zum Bewilligungszeitraum (z.B. auf 1Jahr)

Verwaltungshandeln

- *Vermeidung von Überregulierung*
Dauer- Überregulierungen sollten aufgegeben werden, wie z.B. bezogen auf jedes Kind festgelegte einheitliche Obergrenzen und Fachbereiche. Regelmäßige tarifliche Anpassung können langwierige Verhandlungen über Personalkosten vermeiden.
- *Abrechnung*
Die IFF beklagen den erheblichen Verwaltungsaufwand, der durch die getrennte Abrechnung mit beiden Kostenträgern entsteht. Aus diesem Grund soll entweder die Gesamtabrechnung mit einem Kostenträger erfolgen oder die getrennte Abrechnung sollte angemessen vergütet werden.
Die Komplexleistung wird transdisziplinär erbracht und so sollte sie auch abgerechnet werden können. Die Auflistung einzelner Leistungsbestandteile wirke hier entgegen.
- *Zeitkontingente*
Die Stundenzahl, die für die Eingangsdiagnostik zugestanden wird, liegt zwischen 6-7,5 Stunden und 9,75-10 Stunden. Diese Zeitvolumina sei nicht ausreichend.
Die indirekten Leistungen nehmen ein erhebliches Zeitvolumen ein, hierfür bedarf es auskömmlicher Zeitkontingente.
Hinzukomme, dass wichtige Leistungen oftmals nicht mehr klar formuliert werden. Diese sind Qualitätsmanagement, Supervision sowie Teamsitzungen. Diese Leistungen würden nur zum Teil vom Kostenträger übernommen. Gefordert wird eine klare Benennung dieser Leistungen, die einen hohen zeitlichen Anteil ausmachen, verbunden mit einer verbesserten Finanzierung. Grundlage hierfür könnten die Ergebnisse der Arbeitsgruppe der LAG FW und der Vereinigung interdisziplinäre Frühförderung Nordrhein-Westfalen (VIFF-NRW) „Darstellung des Leistungsumfangs einer ambulanten Fördereinheit in der IFF-Komplexleistung“ sein.
- *Vorhaltekapazitäten und Ausfallzeiten*
Vorhaltekapazitäten und reale Ausfallzeiten müssen adäquat berücksichtigt werden.

Leistungsgewährung

- *Systemorientierung*
Die wissenschaftlichen Erkenntnisse (von der Kindzentrierung hin zur Systemorientierung) sollten in der Praxis Berücksichtigung finden. Zudem wird weiterhin ein offenes Beratungsangebot benötigt sowie eine Begleitung von Übergängen und dies in allen Phasen vom Säuglingsalter bis in die Schule.
- *Orientierung an Kind und Familie*
Komplexleistung und Integration können im Bedarfsfall parallel erbracht werden, Einzelintegration ersetzt eine Förderung nicht. Darüber hinaus bedarf es einer am Kind orientierten Verteilung der Therapieformen (keine pauschal festgelegten Vorgaben). Eine unbürokratische Anpassung des FuB bei der Veränderung des Förderbedarfs sollte möglich sein. Mobil-aufsuchende und ambulante Leistungserbringung sollten gleichberechtigt möglich sein.
- *Direkte Leistungen*
Psychologische und ärztlich Leistungen sowie Elternarbeit, Fallberatung in der Kita

und Beratung im Netzwerk seien direkte Leistungen und sollten als FE abrechenbar sein.

– *Rechtsanspruch*

Der individuelle Rechtsanspruch des Kindes sollte mit einem verbindlichen Leistungssystem hinterlegt werden.

Diesen Anforderungskatalog abschließend wurden zwei weitere Aspekte formuliert: So sollte eine Schiedsstelle eingerichtet und ein überregional finanzierte Begleitforschung implementiert werden.

9.3 Perspektive der Rehabilitationsträger

Für eine Einbeziehung der Perspektive der Rehabilitationsträger wurden mit insgesamt 16 Vertretern und Vertreterinnen von örtlichen Sozialhilfeträgern sowie mit den beiden in NRW für die Umsetzung der Komplexleistung zuständigen Krankenkassen telefonische leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Interviews wurden getrennt für die Sozialhilfeträger und für die Krankenkassen themenbezogen zusammengefasst.

9.3.1 Sozialhilfeträger

Die Auswahl der Kommunen erfolgte anhand der Kriterien Region (Rheinland und Westfalen-Lippe), Gebietskörperschaft (Landkreise und kreisfreie Städte) sowie Angebot der Komplexleistung (Kommunen mit sowie ohne Angebot der Komplexleistung). An den Gesprächen haben jeweils acht Kommunen aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe, 9 in Landkreisen und 7 in Städten sowie jeweils 8 mit und ohne Angebot der Komplexleistung teilgenommen. Damit sind den Anforderungen an die Verteilung in NRW erfüllt.

Die Ansprechpartner/innen bei den Sozialhilfeträgern wurden uns von den angeschriebenen Fachbereichen benannt. Dieses Verfahren wurde deshalb gewählt, weil die Aufgabenzuständigkeiten vor Ort sehr unterschiedlich geregelt sind. Im Ergebnis wurden 16 Gespräche mit Abteilungsleitungen, Amtsleitungen, Referenten/innen sowie Leitungen von Gesundheitsämtern geführt. In der Auswertung konnten keine Zusammenhänge zwischen den Aussagen und der jeweiligen Position festgestellt werden.

Gründe für die Einführung

Die Komplexleistung wurde in den Kommunen aus unterschiedlichen Gründen eingeführt. Sie ging dann eher vom Sozialhilfeträger aus, wenn Unzufriedenheit mit dem bestehenden System bestand: Konkret benannt wurden in diesem Zusammenhang ein ungeordnetes / unübersichtliches und angebotsgesteuertes System verschiedener Einzelmaßnahmen („je nachdem, wo die Kinder zuerst „aufschlugen“ gab es die entsprechenden Leistungen, ein Förderkonzept war nicht identifizierbar“) sowie eine bestehende Unterversorgung, die abgebaut werden sollte. Ein Sozialamtsleiter gab an, dass seitens der Verwaltung politische Überzeugungsarbeit geleistet werden musste. Grund für die Zurückhaltung sei die Sorge gewesen, ein neues, teures Angebot einzuführen.

Als weiterer Grund für ein Interesse auf Seiten der Sozialhilfeträger, die Komplexleistung umzusetzen, wurde die Beteiligung der Krankenkassen an Leistungen angegeben. („Aus finanzieller Sicht bezahlen die Sozialhilfeträger pro Kind einen geringeren Anteil bei der IFF als bei der heilpädagogischen Versorgung“).

Einige Gesprächspartner/innen gaben zudem an, dass Sozialhilfeträger und Leistungsanbieter gemeinsam Möglichkeiten der Umsetzung der Komplexleistung entwickelt hätten. Häufig begann der Umsetzungsprozess aufgrund einer Antragstellung zur Anerkennung zur IFF seitens einer Einrichtung („Grund war der Antrag von Anbietern (FFS), dann ist das so seinen Gang gegangen“).

Förderlich für eine Umsetzung der Komplexleistung wirken sich bereits bestehende interdisziplinäre Angebotsstrukturen aus. Kommunen, in denen dies der Fall war, beschrieben den Prozess bezogen auf die Angebote durchgängig als unproblematisch.

Gründe für eine Nichteinführung

Die Gründe, warum Kommunen die Komplexleistung bislang nicht eingeführt haben, sind vielfältig. Einige Sozialhilfeträger sehen durchaus Vorteile in der abgestimmten Leistungserbringung bei der Komplexleistung für die Kinder und ihre Eltern

Interdisziplinäre Zusammenarbeit „Durch die KL wird eine effektivere Zusammenarbeit gewährleistet, derzeit laufen die HP-Leistungen und die medizinisch-therapeutische Leistungen nebeneinander her“),

bessere Verzahnung der Leistungen,

Korridorleistungen könnten implementiert werden für Elterngespräche, für Kooperation, Verbessertes Abstimmungsprozess (auch für Eltern vorteilhaft („Qualitätssteigerung im Sinne der Betroffenen“).

Einige Kommunen sehen dagegen bei einer Umsetzung der Komplexleistung keine Vorteile, weil sie das vor Ort implementierte System als Ziel führend für eine gute Versorgung der Kinder beschreiben. Oder sie befürchten gar Einbußen in Qualität der bisherigen Leistungen durch die Einführung der Komplexleistung, z.B. durch ein Zurückdrängen der mobil-aufsuchenden Förderung bei der Einführung der Komplexleistung.

Bei der Mehrheit der interviewten Sozialhilfeträger stehen Befürchtungen einer Fallzahlsteigerung und einer damit verbundenen Kostenexplosion im Vordergrund (Die Fälle kommen noch oben drauf, aber woher kommen die denn, „das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass es derzeit eine Unterversorgung gäbe. Hierfür gibt es aber keine Anhaltspunkte?“). Die Frage der Zugangssteuerung im Rahmen der Komplexleistung beunruhigt insbesondere die Sozialhilfeträger, bei denen der Zugang zu heilpädagogischen Leistungen derzeit vollständig oder weitgehend von Seiten der Kommune gestaltet ist, bzw. die, die heilpädagogische Maßnahmen bislang institutionell fördern (Wenn Komplexleistung eingeführt wird, stellt sich unmittelbar die Frage nach der Zugangssteuerung: „Entwicklung ist dann nicht mehr absehbar“). In diesem Zusammenhang wird zudem ein steigender bürokratischer Aufwand – verbunden mit steigenden Personalkosten – benannt, der mit der Umstellung von institutioneller Förderung auf Einzelfallhilfen einherginge.

Als Informationsquellen, die zu den Einschätzungen über die Fallzahl- und Kostensteigerung aufgrund der Umsetzung der Komplexleistung führten, wurden sowohl benachbarte Kommunen als auch die Krankenkassen benannt.

Verhandlungen

Einige der Kommunen, die die Komplexleistung bislang nicht umsetzen, haben Sondierungsgespräche oder Verhandlungen mit den Krankenkassen geführt. In einem Fall wurde nach ersten Gesprächen Abstand von der Umsetzung genommen („In diesem Gespräch wurde von Seiten der Krankenkassen deutlich gemacht, dass die Komplexleistung oben drauf kommt“). In einem anderen Fall besteht ein erheblicher Unmut über die Dauer der Verhandlungen, die nun seit 2 Jahren laufen und bei allein denen 1,5 Jahre über die Konzeption diskutiert wurde. Eine weitere Kommune wird nach ersten Verhandlungen mit den Krankenkassen aufgrund zu vieler Unsicherheiten über die Verteilung der Fachqualifikationen, die Vergütung und Kostenteilung ebenfalls keine Komplexleistung anbieten („insgesamt waren die Gespräche eher abschreckend“). Diese Kommune ist allerdings zu dem Schluss gekommen, dass die Interdisziplinarität der Frühförderung im Kreis gestärkt werden soll.

In der Kritik steht zudem das Verhandlungsverfahren: Derzeit müssen die FFS ein Konzept vorlegen, dieses wird dann lange Zeit (im konkreten Fall 2 Jahre) verhandelt, insbesondere Krankenkassen legten dabei ihre Vorstellungen nach und nach vor. Im Anschluss daran gibt es Verhandlungen über Förderzeiten, indirekte Zeiten etc. und zum Schluss wird die %-uale Verteilung der Kosten unter den Rehabilitationsträgern verhandelt. Die Beurteilung: „Dieses Procedere macht keinen Sinn: Viel besser wäre es, wenn die Rehaträger sagen würden, das sind die Leistungen, die wir erwarten zu den und den Bedingungen, mit den entsprechenden Qualifikationen etc. und dem Preis.“ In diesem Zusammenhang stelle sich auch die Frage, was wirtschaftlich – Vorgabe der Krankenkassen heißt: „Wirtschaftlich oder billiger Jakob?“

Obwohl sich die Kommunen insgesamt über die Komplexleistung gut informiert fühlen – benannt wurden Informationen seitens der kommunalen Spitzenverbände, der Krankenkassen sowie der VIFF und des BVKM – merkten einige fehlende Informationen zu den Details an. So gibt es viele Unsicherheiten in der konkreten Umsetzung, die insbesondere auch Fragen der Preisgestaltung und der Kostenteilung betreffen. Ein Sozialhilfeträger bemängelte die fehlende Transparenz bei den Verhandlungen. Zum Teil wurden explizit landesweit einheitliche Regelungen zu Qualität und Vergütung befürwortet („Es kann nicht sein, dass die Leistung zwischen den Einrichtungen so unterschiedlich ist. Und alles heißt das Gleiche.“).

Von einigen Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung wurde zum Teil ebenfalls von langwierigen Verhandlungen berichtet, die auf die Schwierigkeit zurückgeführt wurden, die Interessen recht vieler Parteien zusammenzubinden. Die meisten hatten bei den Verhandlungen allerdings keine Schwierigkeiten. Dies wurde bspw. auf die Übertragbarkeit von Erfahrungen und Konzepten aus Nachbargemeinden zurückgeführt. Andere überließen nach eigenen Angaben gern den Krankenkassen die Verhandlungsführung und erlebten dies als für sie hilfreich.

Zugang zur Komplexleistung

Die Komplexleistung wird über eine ärztliche Verordnung zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik eingeleitet. Dies wurde von keinem Gesprächspartner/ keiner Gesprächspartnerin in Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung kritisiert. Kommunen ohne ein Angebot der Komplexleistung halten diesen Zugangsweg dagegen teilweise für falsch („Die Zugangssteuerung muss in der Hand des Sozialhilfeträgers bleiben“).

In diesem Zusammenhang erwähnte die Ärztin eines Gesundheitsamtes, dass Heilmittelrezepte für schwer behinderte Kinder im Rheinland von der Budgetierung ausgenommen seien, in Westfalen-Lippe dagegen nicht. Dies könnte das höhere Gesamtvolumen für Heilmittel bei den Ausgaben der GKVen im Rheinland (s. Abschnitt 8.2) z.T. erklären.

Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird in der Regel in den IFF durchgeführt. Bekannte Ausnahmen hiervon sind die Durchführung der Eingangsdiagnostik im Gesundheitsamt (Kommune in Westfalen) sowie die Durchführung im SPZ des städtischen Krankenhauses in Zusammenarbeit mit der IFF (Kommune im Rheinland). Darüber hinaus gibt es Lösungen, bei denen z.B. die ärztliche Eingangsdiagnostik durch die städtische Klinik durchgeführt wird.

Die Entscheidung über die Anträge i.V.m. dem eingereichten Förder- und Behandlungsplan obliegt dem Sozialhilfeträger und erfolgt in der Regel nach Aktenlage. Einige Sozialhilfeträger haben hier das Gesundheitsamt zur fachlichen Prüfung ebenfalls auf Aktenlage zwischengeschaltet. Eine weitere Einbestellung der Kinder erfolgt in der Regel nicht: Eine ärztliche Diagnostik hat bereits stattgefunden und eine weitere Einbestellung würde das Procedere erheblich verzögern.

Die Gesprächspartner/innen der rheinischen Kommunen beschreiben den jeweils gewählten Zugangsweg überwiegend als geeignet und sehen keinen Änderungsbedarf. Kritisiert wurde seitens einer Kommune eine mangelnde Steuerungsmöglichkeit. Nach diesen Aussagen beurteilt das Gesundheitsamt als beurteilende Fachstelle die FuB sehr moderat (Zustimmungsquote 100%). Die Frage ist: „Wie kann das Ziel der Steuerung mit kurzer Vorlaufzeit bis zum Förderbeginn verbunden werden?“ Hier wird überlegt, ob die Kommune z.B. eigene Heilpädagogen/innen anstellt, die an der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik beteiligt werden.

Die Sozialhilfeträger in westfälischen Kommunen beurteilen den in der FrühV vorgesehenen Zugangsweg mit der Durchführung der Eingangsdiagnostik in der IFF gemischt. Gute Erfahrungen mit diesem Weg sowohl auf Seiten der Sozialhilfeträger als auch der Leistungserbringer werden dort gemacht, wo es ein Einvernehmen gibt über Inhalt und Qualität des FuB. Andere Sozialhilfeträger haben die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik auf das Gesundheitsamt übertragen (s.o.) oder Stellen mit Heilpädagoginnen geschaffen, die nun an den dort stattfindenden Fallkonferenzen teilnehmen. Ziel in diesen beiden Kommunen ist es, den Zugang vollständig selbst zu kontrollieren oder zumindest ein inhaltliches Verständnis für das Ergebnis der Eingangsdiagnostik aufzubauen.

Teilweise wurde darauf hingewiesen, dass das Verfahren zum Zugang bei der Komplexleistung auf den Zugang zu solitären heilpädagogischen Maßnahmen übertragen wurde, dieser Zugang sei zuvor eher ohne Steuerung gelaufen.

Die Frage der Zugangssteuerung bei der Komplexleistung stellt sich in Westfalen insbesondere auch in den Kommunen, die bislang die Komplexleistung nicht anbieten. Nicht wenige der interviewten Sozialhilfeträger haben jüngst das Zugangsverfahren zu den solitären heilpädagogischen Maßnahmen hin zu mehr Aufsicht durch den Sozialhilfeträger verändert. Diese Kommunen befürchten durch das Verfahren bei der Komplexleistung, diese Steuerungskompetenz wieder zu verlieren.

Versorgungssituation

Der wichtigste Indikator zur Beurteilung der Versorgungssituation durch die Sozialhilfeträger ist die Warteliste. Von den Gesprächspartner/innen in Kommunen ohne ein bestehendes Angebot wird die Versorgungssituation als ausreichend bis hin zu sehr gut beschrieben. Vor der Einführung der Komplexleistung bestandene Versorgungslücken wurden dagegen von Gesprächspartner/innen in Kommunen mit Angebot der Komplexleistung benannt.

Der Indikator Warteliste lässt allerdings keine Aussagen über die Qualität der angebotenen Leistungen zu. Hierauf bezogen unterscheiden sich die Kommunen ohne Komplexleistungsangebot: Diejenigen, die Verbesserungen durch das Angebot der Komplexleistung Vorteile für die Kinder und ihre Eltern sehen und diejenigen, deren Angebot so ausgebaut ist, dass aus ihrer Sicht auch keine qualitative Verbesserung durch ein Komplexleistungsangebot gegeben wäre.

Kinder in der Komplexleistung

Weitgehend einig sind sich die Gesprächspartner darüber, dass die Komplexleistung insbesondere für die „klassisch“ behinderten Kinder, aber auch für die Kinder mit drohender Behinderung aus sozial schwierigen Familien mit multiplen Problemlagen ein wichtiges Angebot darstellt:

- Kinder aus sozial schwierigen Verhältnissen: hier fällt es den Eltern schwer, sich zu organisieren, eine gebündelte Leistungserbringung mit festen Ansprechpartnern ist hilfreich und wichtig. Müssen mehrere Stellen angelaufen werden, fehlt hierzu oftmals die dafür notwendige Energie.
- Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund: Das Anerkennen einer Behinderung oder drohenden Behinderung ist oftmals eine Schwierigkeit. Hier ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses von besonderer Bedeutung. Feste Anlaufstellen mit gleich bleibenden Ansprechpartnern sind besonders wichtig.
- Kinder mit Mehrfachbehinderungen: Organisationserleichterung und damit Entlastung für die Eltern
- Für die Kinder ist es in allen Fällen gut, in einer vertrauten Umgebung gefördert zu werden.

Seitens der Sozialhilfeträger wird in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit des Zusammenbindens von Frühen Hilfen und Komplexleistung hingewiesen. Die konkrete Ausgestaltung des Zusammenwirkens scheint jedoch - auch aufgrund der bestehenden rechtlichen Unklarheiten - schwierig. „Es wird daran gearbeitet, das gesamte Hilfesystem

weiter zu verbessern, damit insbesondere die beiden Systeme der Frühförderung und der Frühen Hilfen besser koordiniert werden. Dies ist entscheidend dafür, dass die Familien bestmöglich unterstützt werden.“

Ein Sozialhilfeträger wies darauf hin, dass Krankenkassen in letzter Zeit häufiger die Komplexleistung für schwer behinderte Säuglinge abgelehnt hätten. „Dabei ist in diesen Fällen die Unterstützung der Eltern eine besondere Aufgabe der Komplexleistung“. Hier scheint es Klärungsbedarf über Aufgabe und Inhalte der Komplexleistung zu geben.

Dabei gibt es Bemühungen, die Kinder mit einem Förderbedarf möglichst früh zu finden und adäquat zu versorgen. Nach Aussagen eines Sozialhilfeträgers ist es wichtig, auch die Kinder mit drohenden Behinderungen in schwierigen Lebenslagen in die Komplexleistung aufzunehmen und zu fördern, denn insbesondere bei diesen Kindern sei dadurch die Chance deutlich verbessert, eine Regelschule zu besuchen.

Übergang Schule

Das Übergangsmanagement zur Schule hat Entwicklungspotential, wie die meisten der Interviewpartner/innen meinen. Ein Sozialhilfeträger gab an, den Übergang behutsam zu gestalten, indem die Schulen frühzeitig eingebunden werden. Weitere Vorschläge gehen dahin, die Frühförderung bei Bedarf im Lauf des ersten Schuljahrs „auszuschleichen“, um auf diese Weise einen weicheren Übergang für die Kinder zu schaffen. Dieser Vorschlag wird allerdings auch z.T. mit Verweis auf die Haushaltslage kritisch gesehen. Zudem sei Schule ein anderes System mit anderen Hilfen, das sollte auch so bleiben.

Bewertung der Komplexleistung

Die Vorteile der Komplexleistung liegen aus Sicht der Sozialhilfeträger in der abgestimmten Leistung aus einer Hand und an einem Ort. Dies führe zu einer verbesserten Leistungsqualität und zu effektiveren Leistungen. „Eine gute frühe Versorgung zahlt sich aus, der Versorgungsauftrag kann mit abgestimmter Komplexleistung gut erfüllt werden.“ Zudem sei eine fachübergreifende Beurteilung in der IFF leichter, dies wurde z.T. als Qualitätssprung beschrieben. Neben einer verbesserten Förderung für die Kinder sei die gleich bleibende und dadurch vertraute Örtlichkeit für die Kinder ebenfalls förderlich. Weiterhin wird positiv vermerkt, dass die Eltern entlastet werden, und zwar aufgrund des geringeren Koordinationsaufwandes und aufgrund gleich bleibender Ansprechpartner/innen.

Sofern Nachteile benannt wurden, betrafen diese das Konstrukt des Zugangs: „Negativ ist, dass der Leistungserbringer gleichzeitig auch derjenige ist, der die Eingangsdiagnostik macht. Eine Trennung wäre hier besser.“ In diesem Zusammenhang wurde zudem das Problem einer fehlenden Fachlichkeit aufseiten der Sozialhilfeträger beschrieben: „Verwaltung kann schlecht beurteilen, ob die KL wirklich in allen Fällen erforderlich ist oder ob auch solitäre medizinisch-therapeutische Leistungen ausreichen würden.“ In einer Kommune, in der die Eingangsdiagnostik im SPZ unter Beteiligung der IFF durchgeführt wird, wird als Vorteil die „neutrale Instanz“ benannt, bei der der Sozialhilfeträger die Steuerungsfunktion behalte. „Seit es die IFF gibt, sind Kinder auch mal austherapiert oder es kommt zu einem Therapiewechsel, dies kam vorher nie vor.“

Erfahrungsaustausch

Die meisten Interviewpartner/innen in Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung befürworteten einen Erfahrungsaustausch bzw. einen Workshop, der etwa einmal jährlich stattfinden sollte. In diesem Zusammenhang wurden z.B. auf den Workshop der AOK zum Thema Komplexleistung, der sehr positiv beurteilt wurde, hingewiesen. Darüber, ob eine solche Veranstaltung ausschließlich für die Rehabilitationsträger oder für alle mit der Komplexleistung befassten Gruppen organisiert werden soll, herrschte keine Einigkeit. Dies hing unter anderem mit den Themenkomplexen zusammen, die im Rahmen einer solchen Veranstaltung bearbeitet werden sollte. Als wichtige Themen wurden benannt:

- *Zugang zur Komplexleistung*
Beschreibung der Komplexleistung, Zugangskriterien, Diagnostik (Kinder mit welchem Bedarf, sollen die Komplexleistung erhalten?), Prüfung des FuB durch den Sozialhilfeträger, Optimierung des FuB, Einbindung von Dritten bei Fallzahlsteigerungen, Trennung von Diagnostik und Leistungserbringung.
- *Rehabilitationsträger*
Leistungsbestandteile und Aufteilung der Kosten, diese sei derzeit zu „sozialhilfefastig“.
- *Weitere Themen*
Übergang zur Schule: Entwicklung eines Übergangsmanagements bzw. von Kooperationen, Umgang mit / Versorgung von Pflegekindern.

Organisiert werden sollte ein solch regelmäßig stattfindender Erfahrungsaustausch unter den Rehabilitationsträgern von den Krankenkassen oder den kommunalen Spitzenverbänden. Sofern alle Beteiligten einbezogen sind, wird hier das zuständige Landesministerium in der Pflicht gesehen.

Handlungsbedarf

Abschließend wurden die Vertreterinnen und Vertretern der Sozialhilfeträger nach aus ihrer Sicht notwendigen Veränderungen gefragt. Dabei wurden Aussagen zu folgenden Themen benannt.

Verbesserung der Versorgung

Verzahnung mit der Jugendhilfe:

Für eine verbesserte Versorgung bedarf es einer engen Verzahnung mit dem Jugendamt, wobei hier zunächst die Grundsatzfragen (kleine Lösung / große Lösung) zu klären wäre. In diesem Zusammenhang wurde zudem angemerkt „die Kinder nicht losgelöst fördern, hierzu das Jugendamt stärker einbeziehen, die ganzen Zuständigkeitsregelungen aufgeben, das macht keinen Sinn.“

Ausbau des Angebots

Integrative Kita-Plätze sollte für Kinder ab 2 Jahre angeboten und gleichzeitig die Hilfen für Kinder von 0 bis 2 Jahren intensiver ausgebaut werden, wobei es hier einer engen Verzahnung von frühen Hilfen und Frühförderung bedarf.

Private Krankenversicherung

Die unzureichende Versorgung von Kindern mit privater Krankenversicherung wurden als ein dringend zu lösendes Problem benannt.

Zugang zur Komplexleistung

Einige Gesprächspartner stellen die derzeitigen Regelungen zum Zugang zur Komplexleistung und dabei insbesondere die Durchführung der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik durch IFF in Frage. Aus ihrer Sicht muss die Zugangssteuerung in kommunaler Hand bleiben. Ein Sozialhilfeträger würde den Zugang gern über neutrale Stelle regeln: bei der die Fachkräfte die Diagnostik kritisch und bedarfsorientiert durchführen und feststellen, welche Leistung notwendig ist. Derzeit bestehe ein großes Misstrauen auf beiden Seiten: „Unterversorgung aufgrund von Kosteneinsparerwägungen versus Überversorgung aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen“.

Geregelt werden sollte die Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern

Stringentere Vorgaben

Über die Frage, ob verbindliche Richtlinien in die Landesrahmenempfehlungen aufgenommen werden sollten, herrschte Uneinigkeit: Befürworter/innen von landeseinheitlichen Regelungen benannten folgende Aspekte

- Zugangsbestimmungen,
- Inhalte der Diagnostik
- Zeit für eine Fördereinheit, Preis für eine Fördereinheit. Begründet wurde dies damit, dass zur Zeit jeder einzeln verhandele und seine Erfahrungen mache. Das dauere zu lange, bis gemeinsame Erfahrungen vorlägen und sich ein Gleichgewicht einpendle.
- Verhältnis zwischen mobil-aufsuchender und ambulanter Versorgung,
- Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträger

Andere verwiesen darauf hin, dass weiterhin Spielräume vor Ort bestehen bleiben sollten, denn: „Stringentere Vorgaben heißt auch Einschränkungen bei den Verhandlungen“. Diese Gesprächspartner wiesen darauf hin, dass örtliche Gegebenheiten beachtet werden müssen, von daher zumindest keine verpflichtenden Präzisierung gewünscht seien.

9.3.2 Krankenkassen

Die geführten Gespräche mit den Krankenkassen befassten sich mit Themen zur Umsetzung der Komplexleistung, zum Zugang zur Komplexleistung, zur Versorgungssituation sowie zur Bewertung der Komplexleistung.

Umsetzung der Komplexleistung

Prinzipiell förderlich für die Umsetzung der Komplexleistung sind ein partnerschaftlicher Umgang bei den Verhandlungen sowie eine hohe Transparenz.

Bezogen auf die Sozialhilfeträger sind die Verhandlungen dann einfacher zu führen, wenn die Kommunen insofern gut aufgestellt sind, als dass sie die relevanten Parameter

kennen und selbst klare Vorstellungen zur voraussichtlichen Anzahl der Fälle, zu den Personalkosten und den Gesamtausgaben haben. Dies komme aber eher selten vor. Schwierigkeiten bei der Umsetzung mache insbesondere das Haushaltssicherungskonzept, in dem sich zahlreiche Kommunen befinden, gepaart mit fehlender Kenntnis über die Komplexleistung und die Kosten dafür.

In diesem Zusammenhang wird einerseits auf die unterschiedliche Herkunft von Sozialhilfe und Krankenkasse hingewiesen, die die Verhandlungen bisweilen ebenfalls erschweren. Andererseits wird die Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträgern aber auch als gut bis sehr gut beschrieben. Hier wurde eine gute Verhandlungsbasis gefunden.

Für etliche Leistungsanbieter sei zudem zu Beginn die betriebswirtschaftliche Sichtweise zu Kosten, Personal etc. schwierig gewesen. An dieser Stelle wird ein guter Einfluss der LAG Freie Wohlfahrtspflege erwähnt, die hier die Einrichtungen unterstützt. Die Zusammenarbeit wird einerseits als gut beschrieben. Gründe hierfür sind nach Aussagen der Krankenkasse, dass individuell auf die vorgelegten Konzepte inklusive der Personalstruktur eingegangen wurde und die Krankenkassen hier auch deutlich machen konnten, dass sie den Leistungsanbietern entgegenkommen, auch wenn bisweilen „alte Zöpfe abgeschnitten werden mussten.“

Andererseits seien manche Detailfragen zur Definition der Komplexleistung oder zu indirekten und direkten Leistungen schwierig zu verhandeln und zu klären. Weiterhin werden im Zuge der Komplexleistung zum Teil Leistungsbestandteile – wie etwa die Erziehungsberatung – nun nicht mehr finanziert, was von den Einrichtungen nicht verstanden wird. Diese „weiche“ Schnittstelle zur Jugendhilfe stellt aus Sicht der Krankenkassen ein immer wiederkehrendes Problem dar.

Möglichkeiten auf Seiten der Krankenkassen, die Umsetzung der Komplexleistung auch in den Kreisen und Städten zu befördern, in denen bislang keine Komplexleistung angeboten wird, werden nicht gesehen. Hier wird für das Rheinland beschrieben, dass es eine Kommune gäbe, die die Komplexleistung nicht einführen will und nicht einführen wird. Die Krankenkasse habe außer Kontakt und Beratung (sofern gewünscht) keinerlei Möglichkeiten aktiv zu werden.

In Westfalen-Lippe, wo zahlreiche Kommunen die Komplexleistung noch nicht eingeführt haben, werden unterschiedliche Gründe hierfür benannt. Diese beziehen sich zum einen auf Kommunen, die die Komplexleistung nicht umsetzen wollen, weil sie befürchten, dass die Komplexleistung teurer werde oder weil sie die derzeitige Leistungsgewährung (institutionelle Förderung) aufgeben müssten. Zum anderen beziehen sie sich auf die Leistungsanbieter, die aus Sicht der Krankenkasse intransparent agieren und nicht akzeptable Konzeptionen vorlegen, auch nicht auf wiederholte Aufforderung hin.

Diesen Themenkomplex abschließend wurde nach einer möglichen Optimierung der Verträge gefragt. Diese sind nach Auskunft der Krankenkassen Mitte des Jahres angepasst worden und es gäbe keine Details, die überflüssig seien. In diesem Zusammenhang wird die Einheitlichkeit der Verträge positiv angemerkt, das erhöhe die Vergleichbarkeit.

Zugang zur Komplexleistung

Der derzeitige Zugang zur Komplexleistung ist aus Sicht der Krankenkassen ein guter und sollte auf jeden Fall beibehalten werden. Die anfängliche Problematik bei der Einbeziehung der Ärzte/innen in der Entwicklungsphase konnte in der Zwischenzeit überwunden werden.

Sehr viele Kinderärzte/innen seien gut über die Komplexleistung informiert und als besonderer Vorteil wird die Lotsenfunktion der Ärzte/innen benannt sowie die Informationen an die Ärzte/innen über den Entwicklungsstand des jeweiligen Kindes. Einzig sei es für Ärzte/innen bisweilen schwierig, einen heilpädagogischen Bedarf zu erkennen.

Versorgungssituation

Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit einem komplexen Bedarf haben einen Anspruch auf Komplexleistung. Zudem wird in diesem Zusammenhang die soziale Komponente von Kindern erwähnt, die hier eine Einbeziehung der Eltern erschwert und deshalb die Komplexleistung als besonders notwendig erachtet wird. Anders wird dies für „gut gestellte“ Eltern mit behinderten Kindern gesehen. Hier sei eine Elternberatung nicht mehr so wichtig, weil die Eltern zahlreiche Möglichkeiten haben, sich selbst zu informieren.

Des Weiteren sei die Versorgungslage auch in den Kommunen ohne ein Angebot der Komplexleistung ausreichend „Kein Kind bleibt unversorgt.“ In diesen Regionen gäbe es zahlreiche Kooperationspartner und zudem bestünde der Vorteil, dass die Therapeuten/innen erhalten blieben.

Der harte Bruch durch die Beendigung der Leistung beim Schuleintritt wird von einer Gesprächspartnerin als problematisch beschrieben. Aus ihrer Sicht müsste verstärkt darauf hingewirkt werden, die Kinder möglichst früh zu erkennen und damit früh zu fördern. Diese Aufgabe sollte bei den niedergelassenen Ärzten/innen bleiben, für die allerdings mehr Schulungen in diesem Zusammenhang angeboten werden müssten.

Bewertung der Komplexleistung

Die Vorteile der Komplexleistung liegen in der abgestimmten Leistungserbringung aus einer Hand. Dies habe für die Eltern Organisationsvorteile, zudem haben sie feste Ansprechpartner und müssen die Informationen über das Kind nicht mehr selbst zwischen den Therapeuten/innen transportieren. Hinzu kommt, dass der Prozess durch die Einbindung die Eltern (Fortsetzung der Förderung zu Hause) verbessert werden kann.

Schwierig ist aus Sicht der Krankenkassen die Abgrenzung zur Jugendhilfe, insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl von Kindern mit problematischen sozialen Situationen. Hier wird auf der einen Seite durchaus der Vorteil der Komplexleistung gesehen, dies allerdings in den Grenzen der bestehenden Leistungsbestandteile. Auf der anderen Seite müsste eigentlich das Jugendamt als weitere Kostenträger hinzugenommen werden, dann könnten auch Leistungen, wie Erziehungsberatung, als zusätzliches Modul angeboten werden. Diese Problematik sei aber nur politisch zu lösen.

Ein Austausch zur Komplexleistung ist wichtig, so die einhellige Meinung. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang der Runde Tisch gemeinsam mit den Sozialhilfeträgern, der freien Wohlfahrtspflege und der VIFF. Hier werden aktuelle Themen besprochen.

Die Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände wird insofern als problematisch gesehen, als diese kein Mandat der Kommunen haben und es aus diesem Grund keine erkennbare bzw. einheitliche Position auf dieser Seite gebe.

Insgesamt werden die Rahmenbedingungen als ausreichend beurteilt. Wesentliche Änderungen werden nicht gewünscht.

9.4 Perspektive des ärztlichen Systems

Die Ärztinnen und Ärzte haben im System der Komplexleistung eine Schlüsselrolle, denn die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erfolgt auf ärztliche Verordnung. Zudem sind sie je nach gewähltem Verfahren vor Ort an der medizinischen Diagnostik beteiligt und sie sind diejenigen, die die Kinder auch über die Einschulung hinaus medizinisch betreuen. Die Ärzte/innen im Gesundheitsamt sind ebenfalls je nach vor Ort gewähltem Verfahren in unterschiedlicher Weise an dem Eingangsverfahren beteiligt – als Fachstelle für den Sozialhilfeträger, die Empfehlungen zur Bewilligung abgibt, als Kooperationspartner für die IFF im Rahmen der Eingangsdiagnostik oder als die Eingangsdiagnostik übernehmende Stelle.

Insgesamt wurden mit zehn Ärztinnen und Ärzten telefonische Gespräche zu ihrer Einschätzung des Zugangsverfahrens und der Versorgungssituation sowie zu ihrer Bewertung der Komplexleistung geführt.

9.4.1 Zugang zur Komplexleistung

Der Zugang zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik über die ärztliche „Verordnung über die Eingangsdiagnostik Interdisziplinärer Frühförderung“ (Verordnungsmuster 16) hat sich nach Ansicht aller Gesprächspartner bewährt.

Begründet wird dies mit einer besseren Einbeziehung der Ärzte/innen „so weiß der Kinderarzt, dass auch wirklich was passiert.“ Dabei wird nicht nur das Eingangsverfahren verstanden, sondern auch die Involvierung in den gesamten Förderprozess.

Positiv bewertet wird auch das einfache Verfahren „es ist ein einfaches Rezept“, auf dem der Arzt/ die Ärztin bereits Schwerpunkte vermerken und damit an die IFF entsprechende Hinweise geben kann, welche Professionen (Physio-, Ergotherapeut oder Logopädie) an der Diagnostik beteiligt werden sollte.

Bei diesem Zugangsweg ist der Bekanntheitsgrad der Leistung bei den Ärztinnen und Ärzten von zentraler Bedeutung. In diesem Zusammenhang wird für Westfalen-Lippe angemerkt, dass die Kinderärzte/innen zahlreiche Regresse seitens der Krankenkassen wegen zu häufiger Verordnung von Heilmitteln hatten. Die Ärzte/innen nutzen nun eher die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik, auch um die solitäre Heilmittelverordnung abzusichern. Ein Effekt davon ist, dass die Kinder nun früher kommen, was aus Sicht eines Gesundheitsamtes durchaus wünschenswert sei.

Negativ wird angemerkt, dass der Zugang über die Ärzte/innen zwar gut, aber alternativlos sei. Dies fällt insbesondere dort negativ auf, wo Wartezeiten bis zum Beginn der Eingangsdiagnostik bestehen.

Ein besonderes Modell

Im Zusammenhang mit dem Zugang wurde von einem besonderen Modell berichtet, bei dem die Kinderärzte/innen in der IFF eng zusammenarbeiten: Ein Kind, das Komplexleistung in einer IFF erhält, bleibt unter der Supervision des Kinderarztes. Der Vorteil sei eine enge Einbindung aller Beteiligten sowie die Koordination von Informationen. Der Nachteil sei, dass keine spezialisierten Kinderneurologen o.a. im System zur Verfügung stehen.

9.4.2 Versorgungssituation

Aus ärztlicher Sicht wird die Komplexleistung von Kindern benötigt, die die entsprechenden Defizite aufweisen, dies sind i.d.R. komplexe Entwicklungsstörungen, die viele Bereiche betreffen (keine isolierten Probleme).

Dabei werden zwei Gruppen unterschieden: Kinder mit bekannten frühkindlichen Schädigungen, mit Grunderkrankungen wie z.B. Autismus sowie Frühgeborene mit perinatale Schädigungen. Darüber hinaus werden von einigen Ärzten/innen explizit Kinder mit familiären Problemen bzw. sozial benachteiligte Kinder sowie „Migrantenkinder“ benannt. Ein Gesprächspartner weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Prävention hin „nicht erst eingreifen, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“.

Die Anzahl der Kinder mit einem Förderbedarf wird auch in Zukunft konstant bleiben oder zunehmen, darüber sind sich die Gesprächspartner/innen mit einer Ausnahme (Hinweis auf die demografische Entwicklung) einig. Erklärt wird dies mit der medizinischen Entwicklung – und hier insbesondere mit der guten Versorgung der Frühgeborenen – sowie mit der Zunahme von Eltern, die überfordert sind und/oder selbst Verhaltensprobleme haben. Benannt werden im Zusammenhang mit der Überforderung auch die Zunahme allein erziehender Mütter.

In Bezug auf die Frühgeborenen wird explizit die Einbeziehung der Familie betont: „Diese Kinder und auch die Familie insgesamt müssen psychologisch betreut und gefördert werden, viele haben viel Leid erlebt und lange Krankenhausaufenthalte und sind in ihrer Entwicklung zurück.“

Welche Leistungen Kinder in schwierigen sozialen Lagen benötigen, und ob dies immer die Komplexleistung sein muss, lassen einige Gesprächspartner/innen offen, weisen aber auf fehlende gute Alternativen hin.

Die Versorgungssituation in ihrer Region für Kinder mit manifesten Behinderungen wird von den meisten Ärzten/innen als gut bis hervorragend eingeschätzt. Allerdings wird in einer Region deutlich von der Sparversion der Komplexleistung gesprochen, weil insbesondere Kinder mit einem hohen Förderbedarf nicht adäquat versorgt werden können. Hier gibt es eine Beschränkung auf 60 Fördereinheiten pro Kind und Jahr, was im individuellen Fall ggf. nicht ausreicht.

Insgesamt schwieriger ist es nach Ansicht der Ärzte/innen dagegen, Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und sozialen Schwierigkeiten adäquat zu versorgen. Hier müsste wesentlich mehr getan werden. Benannt werden Programme wie Obstpäje, eine gute Vernetzung mit den Angeboten der Jugendhilfe und der frühen Hilfen.

Dass die Komplexleistung mit Eintritt in die Schule endet, beurteilen etwa gleich viele Gesprächspartner/innen als prinzipiell in Ordnung bzw. als eher nachteilig. In Ordnung ist dies, sofern die Förderung rechtzeitig beginnt. Einige plädieren dafür, dass die Komplexleistung in der Regel mit Schuleintritt endet, es aber begründete Ausnahmen gibt, in denen die Förderung auch ein bis zwei Jahre weitergeführt werden kann bzw. dafür, dass es ein „Übergangsmanagement“ gibt, bei dem die Kinder die ersten Wochen durch die IFF begleitet werden können.

In diesem Zusammenhang wird die Inklusion in den Schulen kritisch gesehen. „Es wird auch vermutlich eine Zunahme derjenigen Kinder geben, die über Schuleintritt hinaus gefördert werden müssen, wenn Inklusion stattfindet und Förderschulen reduziert werden. Ich glaube nicht, dass Regelschulen in der Lage sind, diese Kinder aufzufangen und entsprechend zu fördern. Aber die finanziellen Ressourcen sind ja knapp, es wurde schon vieles in der Vergangenheit ersatzlos gestrichen (z.B. Vorschulen), was eigentlich sinnvoll war. Inklusion ist sinnvoll, aber ich sehe es auch eher skeptisch, eher als Sparmodell.“

9.4.3 Bewertung der Komplexleistung

Vorteile der Komplexleistung

Alle Gesprächspartner benennen Vorteile der Komplexleistung gegenüber der solitären Leistungserbringung. Diese sind für die Kinder, dass ein individuell abgestimmter Förderablauf gestaltet wird, der den Bedürfnissen bzw. dem aktuellen Entwicklungsstand des Kindes entsprechend flexibel angepasst und verändert werden kann. Durch den Förder- und Behandlungsplan werden zudem Doppeltherapien oder Lücken in der Förderung vermieden, was dem Kind ebenfalls zu Gute kommt.

Für Eltern wird eine Organisationserleichterung wahrgenommen, die sich durch die Komplexleistung nicht mehr die einzelnen Therapien und Förderungen zusammensuchen müssen. In diesem Zusammenhang wird zudem die Elternbegleitung an sich als ein Vorteil der Komplexleistung beschrieben.

Darüber hinaus wird eine bessere Qualität der Förderung durch die interdisziplinäre Arbeit gesehen, insbesondere weil die gesamte Entwicklung eines Kindes von verschiedenen Professionen beurteilt wird. „All das könnte ein einzelner Therapeut ja gar nicht schaffen.“

Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Schwierigkeiten bestehen aus Sicht der Gesprächspartner/innen dann, wenn die Wartezeiten zunehmen, was von einigen angemerkt wird. „Im Moment gibt es ½ Jahr Wartezeit, was viel zu lang ist, insbesondere bei initiativlosen Eltern, die noch nicht mal einen Brief zum Briefkasten bringen können. Für die wäre FF am nötigsten, und da ist ½ Jahr Wartezeit tödlich, weil sie dann unter Umständen auch gar nicht mitmachen.“ Vier der Ärzte/innen gehen davon

aus, dass der Bedarf weiter steigt und hier eine Anpassung bzw. Aufstockung des Personals in den IFF erfolgen muss, um diesen Bedarf decken zu können. „Um diese Probleme in den Griff zu kriegen, müsste in jedem Fall das Personal aufgestockt werden.“

Probleme werden auch des Weiteren vor allem in einer Unterfinanzierung gesehen. „Der Kostenträger erwartet immer eine Auslastung von 100%, dabei wäre eine Auslastung von 80% nötig, um genug Spielraum zu haben.“

In einem Fall wird die Bewilligungspraxis als Problem geschildert: „Die Bewilligungspraxis ist auch ein Problem: Teilweise erfolgt eine Ablehnung durch das Gesundheitsamt, vor allem, wenn es sozial benachteiligte Kinder sind. Dann kommt vom Gesundheitsamt die Information: Der ET 6-6 war vollkommen unauffällig. Ich frage mich da, ob sie da auch Vorgaben haben und Kosten einsparen müssen und nur eine begrenzte Anzahl an Kindern zur IFF schicken dürfen. Man könnte eine andere Testung in einem anderen Institut veranlassen, um das Ergebnis zu überprüfen, das habe ich bis jetzt aber noch nicht gemacht.“

Schließlich wurden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit dem SPZ benannt, das nicht hinreichend in das Fördergeschehen einbezogen wird und Berichte nicht regelhaft an das SPZ versendet werden, sobald dort ein Kind in Behandlung ist. Dies sollte verändert werden, um auch hier den Abstimmungsprozess zu verbessern.

Austausch zur Komplexleistung

Im Prinzip befürworten alle Gesprächspartner/innen einen Austausch zur Komplexleistung. Einige Ärzte/innen geben zudem an, dass ein regelmäßiger Austausch mit den IFF – unentgeltlich – stattfände und halten hier überwiegend eine Ausweitung auf weitere Akteure für nicht sinnvoll. Dies wird von Ärzten/innen in einer Region anders gesehen und sie schlagen einen regelmäßigen Austausch zwischen IFF, Ärzten und dem Gesundheitsamt vor. Dort, wo es keine regelmäßigen Treffen von ärztlicher Seite mit den IFF gibt, werden diese aber als sinnvoll erachtet.

Ein Gesprächspartner berichtet in diesem Zusammenhang von einem gut arbeitenden Berufsverband und einem Netzwerk (Verein) der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte. Diese treffen sich vier Mal im Jahr zu einem Qualitätszirkel (ADHS, Logopädie, Psychotherapie), bei dem auch die Frühförderung ein Thema ist.

Veränderungen zur Verbesserung der Komplexleistung

Zusammenfassend wurden die Ärzte/innen nach aus ihrer Sicht notwendigen Veränderungen der Rahmenbedingungen gefragt, um die Komplexleistung bestmöglich umzusetzen bzw. weiter zu befördern. Dabei äußerten einige Gesprächspartner/innen eine hohe Zufriedenheit mit dem System, dass ihnen die Arbeit erleichtere und für die Kinder und ihre Eltern eine große Hilfe darstelle. Verändert werden sollte

- *Eintritt in die Schule*: entweder sollte die Förderung darüber hinausgehen oder die Schule sollte frühestmöglich einbezogen werden.
- *Ortsgebundene Leistungserbringung*: Dies bemerkten Ärzte/innen in Grenzregionen zu anderen Kreisen ohne ein Angebot der Komplexleistung.

- *Wartezeiten*: sollten möglichst reduziert werden
- *Individuelle Feststellung der benötigten Leistungen* muss gewährleistet sein
- *Privat versicherte Kinder*: haben keinen Anspruch auf Komplexleistung, dies ist ein Problem und sollte verändert werden
- *Mobilität der Förderung* ist in ländlichen Regionen wichtig, hier gibt es aber die Forderung an die IFF, möglichst wenig mobil-aufsuchende Leistungen zu erbringen
- *Jugendhilfe*: Die Zusammenarbeit zwischen IFF und Jugendhilfe ist wichtig und sollte auf- bzw. ausgebaut werden.

10 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Dieses Kapitel enthält eine zusammenfassende und integrierte Darstellung der Ergebnisse. Hieran anschließend werden Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

10.1 Zentrale Ergebnisse

Die Darstellung folgt den in der Aufgabenstellung beschriebenen Bereichen: Angebot der Komplexleistung Frühförderung, Zugangssteuerung und Inanspruchnahme, Fall- und Kostenentwicklung sowie Bewertung der derzeitigen Strukturen.

10.1.1 Angebot der Komplexleistung Frühförderung

Frühförderung und Komplexleistung in NRW

In NRW erbringen insgesamt 156 Einrichtungen Leistungen der Frühförderung, darunter befinden sich 101 Frühförderstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege und 12 in öffentlicher Trägerschaft. Zudem erbringen 43 Einrichtungen in privater Trägerschaft Frühförderleistungen, wobei diese Zahl nicht abschließend verifiziert werden konnte. Im Rheinland wird die Frühförderung von 50 Einrichtungen angeboten, und in Westfalen-Lippe bieten insgesamt 108 Einrichtungen Frühförderleistungen an.

Die Komplexleistung Frühförderung wird landesweit von insgesamt 56 anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) angeboten (Stand Oktober 2012), wobei die Trägerlandschaft in etwa so verteilt ist wie bei den Frühfördereinrichtungen insgesamt.

Von den 56 IFF ist gut die Hälfte im Rheinland angesiedelt und knapp die Hälfte in Westfalen-Lippe. Erhebliche Unterschiede zwischen den Landesteilen sind allerdings bezogen auf die flächendeckende Verteilung des Angebots zu verzeichnen: im Rheinland wird in 20 von insgesamt 26 kreisfreien Städten und Landkreisen die Komplexleistung angeboten; in Westfalen-Lippe dagegen in nur 7 von 27 Städten und Kreisen.

Komplexleistung – Gründe für und gegen eine Implementierung

Um die Komplexleistung in einer Stadt oder in einem Landkreis anbieten zu können, muss der örtliche Sozialhilfeträger ein solches Angebot schaffen wollen, und ein Leistungsanbieter ist erforderlich, der die Komplexleistung anbieten möchte. Die Krankenkassen als dritter Vertragspartner sind im Vorfeld oftmals beratend tätig und führen die Verhandlungen zur Anerkennung auf eine Interdisziplinäre Frühförderstelle gemeinsam mit dem Sozialhilfeträger und der Einrichtung.

Auf Seiten der Sozialhilfeträger können zwei Gruppen unterschieden werden: Diejenigen, die keine Verbesserung durch ein Komplexleistungsangebot sehen, diese setzen die Komplexleistung nicht um; und diejenigen, die die Komplexleistung als ein verbessertes Leistungsangebot anerkennen, was mehrheitlich der Fall war. Von diesen setzen jedoch nicht alle die Komplexleistung um.

Gründe für die Einführung der Komplexleistung

Die Initiative zur Einführung der Komplexleistung geht häufig von den Leistungsanbietern aus, die einen Antrag auf Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle stellen. Sie geht aus folgenden Gründen eher vom Sozialhilfeträger aus, wenn

- Unzufriedenheit mit dem bestehenden System, z.B. aufgrund eines aus Sicht des Sozialhilfeträgers ungeordneten, unübersichtlichen und angebotsgesteuerten Systems verschiedener Einzelmaßnahmen besteht,
- Abbau einer bestehenden Unterversorgung angestrebt wird bzw.
- die Krankenkassen an den interdisziplinären Frühförderleistungen beteiligt werden sollen.

In einigen Fällen haben Leistungsanbieter, Krankenkassen und Sozialhilfeträger gemeinsam Möglichkeiten der Umsetzung der Komplexleistung entwickelt.

Gründe, die Komplexleistung nicht anzubieten

Aus Sicht der Sozialhilfeträger wirken insbesondere Befürchtungen hinderlich, dass die Fallzahlen steigen, verbunden mit entsprechenden Kostensteigerungen. Die Informationsquellen hierüber waren eher informell, es wurden sowohl benachbarte Kommunen als auch die Krankenkassen genannt. Eine überdurchschnittliche Fallzahlsteigerung in Westfalen-Lippe kann jedoch nach den Ergebnissen dieser Studie nicht bestätigt werden (s. Abschnitt 10.3).

Eine weitere wichtige Frage aus Sicht der Sozialhilfeträger ist die der Zugangssteuerung. Dies ist insbesondere dort relevant, wo der Zugang zu heilpädagogischen Leistungen (inzwischen) vollständig oder weitgehend von Seiten der Kommune gestaltet wird. Hier wird durch die Einführung der Komplexleistung, bei der die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik von der IFF durchgeführt wird, der Verlust dieser Steuerungskompetenz befürchtet.

Die Erfahrungen der Kommunen, die die Komplexleistung eingeführt haben, sind bezogen auf die Zugangssteuerung allerdings sehr unterschiedlich. So gibt es die kritischen Stimmen, die eine stärkere Einbindung des Sozialhilfeträgers fordern. Andere bewerten den derzeitigen Zugang zur Komplexleistung als geordnet und zielführend. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn zwischen Sozialhilfeträgern und IFF Einigkeit darüber besteht, welche Informationen ein Förder- und Behandlungsplan in welcher Form zu enthalten hat. Einige Sozialhilfeträger haben das Zugangsverfahren der Komplexleistung in etwas abgestufter Form auch für den Zugang zu heilpädagogischen Leistungen übernommen.

Aus Sicht der Leistungsanbieter gibt es inzwischen ebenfalls Gründe, keinen Antrag zur Anerkennung auf Erbringung der Komplexleistung zu stellen. Benannt wurden schlechtere Förderbedingungen für die Kinder, Befürchtungen finanzieller Einbußen, Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation, eine ablehnende Haltung seitens der Kostenträger, abnehmende Möglichkeiten mobil-aufsuchender Arbeit sowie schlechte Erfahrungen von IFF in der Nähe.

Während seitens der IFF als positive Effekte der Komplexleistung berichtet wird, dass es Verbesserungen insbesondere bei der Teamarbeit, bei der Beurteilung der Entwicklung im Förderverlauf und bezogen auf den nachhaltigen Fördererfolg gibt, sind die Erwartungen der Einrichtungen, die keine Komplexleistung erbringen, in dieser Hinsicht deutlich pessimistischer.

Begünstigende und hemmende Angebotsstrukturen

Förderlich für eine Umsetzung der Komplexleistung wirken sich bereits bestehende interdisziplinäre Angebotsstrukturen aus. Dies war traditionell eher im Rheinland der Fall, während in Westfalen-Lippe heilpädagogisch arbeitende Frühförderstellen die Regel waren.

Zu den hinderlichen Faktoren gehören des Weiteren vor Einführung der Komplexleistung bestehende Finanzierungsstrukturen. Eine institutionelle Förderung von Einrichtungen, die Frühförderleistungen erbringen, muss bei der Einführung der Komplexleistung aufgegeben werden. Dies bedeutet sowohl für den Sozialhilfeträger als auch für die betreffende Frühförderstelle eine mit Kosten verbundene Umstellung auf individuelle Abrechnung je Kind.

Informationen und Verhandlungen

In Nordrhein-Westfalen wird jeder Antrag auf Anerkennung zur IFF und damit zur Erbringung der Komplexleistung mit jeder Einrichtung einzeln ausgehandelt. Beteiligt sind dabei die antragstellende Einrichtung und in der Regel Vertreter ihres jeweiligen Spitzenverbandes (bei den freien Trägern) sowie Vertreter/innen des örtlichen Sozialhilfeträgers und der Krankenkassen. Während die Erstverhandlungen für die Einrichtungen und für die örtlichen Sozialhilfeträger „Neuland“ sind, werden die Krankenkassen immer von denselben Personen der AOK im Rheinland und des vdek in Westfalen-Lippe vertreten.

Dies hat den Vorteil, hier über erfahrene Verhandlungspartner/innen zu verfügen, die mit ihrem Know-how beratend tätig sein können. Dieses Konstrukt führt aber auch unweigerlich dazu, dass eine Informationsasymmetrie zuungunsten der örtlichen Sozialhilfeträger und der Leistungsanbieter besteht.

Sozialhilfeträger, in deren Kommune die Komplexleistung noch nicht angeboten wird, befürchten oftmals ein Ungleichgewicht aufgrund dieser Asymmetrie. Zahlreiche Gesprächspartner gaben in diesem Zusammenhang an, dass sie sich im Allgemeinen zwar recht gut informiert fühlten, aber über keine Kenntnisse in den für sie entscheidenden Details verfügten. Hierzu gehören Richtwerte über Dauer und Preis einer Fördereinheit und über die Kostenteilung.

Solche Richtwerte vermissen ebenfalls die Einrichtungen in den Verhandlungen. Auch hier stellt sich das Problem einer vereinzelt Verhandlungssituation mit ungleichem Kenntnisstand.

Dieser Informationsasymmetrie können letztendlich nur die Krankenkassen entgegenwirken. So ist im Rheinland eine höhere Transparenz allein dadurch zu konstatieren,

dass hier in den Verhandlungen eine einheitliche, offen zugängliche Kalkulationsmatrix verwendet wird.

Die Krankenkassen selbst bekunden ebenfalls ein hohes Interesse an transparenten Verhandlungen, wobei aus ihrer Sicht zudem erleichternd für die Verhandlungen wirkt, wenn die Sozialhilfeträger möglichst genaue wissensbasierte Vorstellungen zum Komplexleistungsangebot und den Größenordnungen der Klientel haben.

Ein Sozialhilfeträger, in dessen Kommune die Komplexleistung nicht angeboten wird, äußerte vor dem Hintergrund recht langwieriger und schwieriger Verhandlungen mit der Krankenkasse Unverständnis über die gesamte Vorgehensweise. Seiner Ansicht nach müsse sehr klar vorgegeben sein, was eine Komplexleistung beinhaltet, welche Leistungen mit welcher qualitativer Ausstattung erbracht werden sollen und wie hierfür die Vergütung und die Kostenteilung gestaltet werden.

Verträge zur Komplexleistung

Zur Regelung der Komplexleistung werden dreiseitige Verträge abgeschlossen. Grundlage ist ein Mustervertrag, sodass die Verträge in ihrem Aufbau sehr ähnlich gestaltet sind. Jeder Vertrag hat aber zum einen einrichtungsbezogene Besonderheiten, was die Personalstruktur, die durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit und damit verbunden die Vergütung betrifft, da das jeweils vorliegende Konzept Grundlage der Verhandlungen ist. Und zum anderen werden in einigen Kommunen durch Anhänge Besonderheiten z.B. im Zugang zur Komplexleistung durchgesetzt.

Die im Rheinland und in Westfalen-Lippe verhandelten Vergütungssätze sind nicht miteinander vergleichbar, da in beiden Landesteilen andere Systematiken zugrunde liegen. Feststellbar sind aber zwei Aspekte: Zum einen sind die Unterschiede bei den abgeschlossenen Vergütungssätzen zwischen den IFF in Westfalen-Lippe deutlich größer, als dies im Rheinland der Fall ist. Und zum anderen sind die Vergütungssätze im Rheinland bei den Neuverträgen im Vergleich zu den Erstverträgen nahezu konstant geblieben, während sie in Westfalen-Lippe deutlich (-8%) reduziert wurden.

Vertraglich festgelegt sind in einigen IFF zudem pauschale, auf das einzelne Kind bezogene Leistungsobergrenzen. Dies stellt dann ein Problem dar, wenn ein niedriger, z.B. durchschnittlicher Wert als Obergrenze festgelegt wird. Dadurch ist es dann nicht mehr möglich, dem individuellen Rechtsanspruch auf die Leistung gerecht zu werden. Empirisch ungerechtfertigt erscheint eine solche Regelung vor dem Hintergrund, dass die Erfahrungen anderer Kommunen, die keine solchen festen Obergrenzen haben, zeigen, dass auch hier die durchschnittliche Zahl der Fördereinheiten nicht höher liegt.

10.1.2 Zugang und Inanspruchnahme

Zugang zur Komplexleistung

Zugangsregelungen

Zum Erhalt der Komplexleistung ist zunächst eine ärztliche Verordnung zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik erforderlich. Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird

regelmäßig von der IFF durchgeführt, sie erstellt einen Förder- und Behandlungsplan, der zusammen mit dem Antrag zur Bewilligung der Leistung an den Sozialhilfeträger gesendet wird. Die Entscheidung erfolgt in der Regel nach Aktenlage - zum Teil mit zwischen geschaltetem Gesundheitsamt als Fachinstanz. Die Krankenkassen haben dem Bewilligungsverfahren zugestimmt und folgen der Entscheidung der Sozialhilfeträger.

Von diesem Zugangsweg sind zwei Ausnahmen bekannt: In einer rheinischen Kommune erfolgt die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik im SPZ in Zusammenarbeit mit der IFF. In einer westfälischen Kommune wurde das Verfahren dahingehend geändert, dass die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik vollständig durch das Gesundheitsamt durchgeführt wird. Dieses letztgenannte Verfahren widerspricht aber § 7 Abs.1 der Frühförderungsverordnung.

Die Ärzte/innen sind durch diese Zugangsregelungen in besonderer Weise in das Leistungsgeschehen eingebunden, was von ihnen explizit begrüßt wird. Aus diesem Grund wundert es nicht, dass Eltern zu einem sehr hohen Anteil (70%) angeben, dass der Arzt/ die Ärztin den Impuls zum Aufsuchen einer IFF gegeben habe. Kindertageseinrichtungen spielen hier ebenfalls eine wesentliche initiiierende Rolle.

Diagnostik

An der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik sind heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Fachkräfte sowie Psychologen/innen und Ärzte/innen beteiligt. Sofern die IFF keine eigenen Ärzte/innen angestellt haben, erfolgt die medizinische Diagnostik in erster Linie in Kooperation mit Ärzten/innen des örtlichen Gesundheitsamtes, gefolgt von Kooperationen mit einem SPZ oder Krankenhaus. Alle Bestandteile der Eingangsdiagnostik finden überwiegend (65%) am selben Ort statt. Sofern dies nicht der Fall ist und einzelne Bestandteile woanders stattfinden, wird dies von den Eltern weitgehend als unproblematisch beurteilt.

Nach erfolgter Interdisziplinärer Eingangsdiagnostik empfehlen die IFF in 86% der Fälle eine Komplexleistung. Sofern keine Komplexleistung empfohlen wird, wird in über der Hälfte dieser Fälle eine solitäre medizinisch-therapeutische Leistung empfohlen. Empfehlungen einer solitären heilpädagogischen Leistung wurden in einem Fünftel der Fälle gegeben, und keine Leistungen wurden ebenfalls von einem Fünftel der Kinder benötigt. Solitäre (kombinierte) heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen werden in der Regel dann empfohlen, wenn die Eltern dies wünschen. Eine IFF gab an, dass sie inzwischen für schwerstmehrfach behinderte Kinder mit einem hohen Förderbedarf solitäre kombinierte Leistungen empfiehlt, weil mit dem zugestandenen Leistungsvolumen in der IFF wegen der Obergrenze je Kind der individuelle Bedarf, insbesondere dieser Kinder, nicht gedeckt werden kann. Einer solchen Entwicklung sollte vor dem Hintergrund, dass die Komplexleistung insbesondere für diese Kinder mit einem komplexen und hohen Bedarf vorgesehen ist, entgegengewirkt werden.

Das Eingangsverfahren vom Erstgespräch im Rahmen der Eingangsdiagnostik bis zum Leistungsbeginn dauert im Durchschnitt drei Monate, davon entfallen acht Wochen auf die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik. Die Zeit von der Beantragung bis zur Bewilligung dauert im Durchschnitt fünf Wochen. Sofern im Zuge des Bewilligungsverfahrens

Fallkonferenzen (Instrument zur Zugangssteuerung durch Sozialhilfeträger) durchgeführt werden, verdreifacht sich die Zeit von der Beantragung bis zur Bewilligung auf 15 Wochen.

Aus Sicht der Eltern war eine Dauer des Eingangsverfahrens von bis zu drei Monaten überwiegend in Ordnung. Ab diesem Zeitpunkt nimmt die Akzeptanz erheblich ab und wird ab einer Dauer von sechs Monaten nur noch von 30% akzeptiert, außer es kommt zu außerordentlichen und erklärbaren Verzögerungen, wie die schwerwiegende Erkrankung des Kindes.

Kinder im Leistungsbezug

Kinder in der Frühförderung sind zu zwei Dritteln Jungen und zu einem Drittel Mädchen; diese Verteilung ist unabhängig von der Art der Leistung (solitäre heilpädagogische Leistungen oder Komplexeleistung) und in zahlreichen Studien belegt. Von den „Komplexeleistungskindern“ kommt ein vergleichsweise geringer Anteil im Säuglingsalter (7%) und etwa die Hälfte im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre) in die Frühförderung. Der vergleichsweise geringe Anteil der Säuglinge wurde von Seiten der Rehabilitationsträger zum Teil damit begründet, Säuglinge benötigten keine heilpädagogische Leistungen und damit auch keine Komplexeleistung. Diesem Argument wird von Seiten der IFF insbesondere mit Blick auf mehrfach behinderte Säuglinge und mit Verweis auf die Klarstellung des BMAS von 2009 zur Frühförderungsverordnung deutlich widersprochen.

Bei einem eher geringen Anteil der „Komplexeleistungskinder“ verbleibt weniger als ein Jahr bis zur Einschulung. Dies wird mit dem aufwändigen Eingangsverfahren bei der Komplexeleistung erklärt, sodass bei Kindern, deren Förderbedarf sehr spät festgestellt wird, den Leistungsanbietern zufolge besser zügig mit einer solitären Förderung begonnen werden sollte.

Unter den Komplexeleistungskindern hat etwa die Hälfte einen Migrationshintergrund. 40% der Kinder kommen aus Familien mit schwerwiegenden Belastungsfaktoren. Diese Kinder stellen neben denen mit einer manifesten Behinderung wichtige Zielgruppen für die Komplexeleistung dar, so die einhellige Meinung.

Die Probleme der „Komplexeleistungskinder“ haben insbesondere erhebliche Auswirkungen auf die Kommunikation und Interaktion mit „fremden“ Menschen und mit anderen Kindern, auf die Kindergartenbetreuung und auf die familiäre Situation.

Leistungsgeschehen

Die Komplexeleistung wird in der Regel in der IFF erbracht (78% des Leistungsgeschehens). Diese Praxis unterscheidet sich von der heilpädagogischen Frühförderung, bei der Leistungen zu gut 40% ambulant und ansonsten zu Hause oder in der Kita erbracht werden. Generell besteht Einigkeit darüber, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine stärker ausgeprägte ambulante Leistungserbringung bewirkt. Insbesondere in ländlichen Räumen kann eine strikte ambulante Leistungserbringung ein Problem darstellen. 6% der befragten Eltern benannten lange Fahrtzeiten als Schwierigkeit bei der Inanspruchnahme, die im Extremfall dazu führen kann, dass die Komplexeleistung nicht

(mehr) in Anspruch genommen wird oder aber dass empfohlene Fördervolumina nicht aufrechterhalten werden können, wie betroffene Eltern berichteten.

Ein wichtiges Element der Komplexleistung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Professionen. 91% der befragten Eltern sind der Meinung, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert. Zudem fanden sich in weiteren Kommentaren der Eltern sehr häufig Formulierungen wie: „Danke an das Team“, was ebenfalls zeigt, dass die Therapeuten/innen der verschiedenen Professionen als Team wahrgenommen werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Komplexleistung sind interdisziplinäre Teambesprechungen, bei denen die Entwicklung des Kindes besprochen und der weitere Förderverlauf geplant wird. Von den befragten IFF gaben 84% an, dass sie regelmäßig festgesetzte Teambesprechungen durchführen, mehrheitlich einmal im Quartal; die übrigen führen sie bei Bedarf durch. Der Anteil der IFF mit solch institutionalisierten, regelmäßig festgesetzten Teambesprechungen ist höher als bei den Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbringung der Komplexleistung (50%). Die Vorteile von terminierten Teamgesprächen für die Kinder liegen in der regelmäßigen interdisziplinären Reflexion über den jeweiligen Förderverlauf, aus denen ggf. entsprechende Anpassungen resultieren, und sollte daher in allen IFF umgesetzt werden.

Zu den direkten Leistungen im Rahmen der Komplexleistung gehört die Förderung des Kindes, hierüber herrscht Einigkeit. Ob Elterngespräche allerdings direkte Leistungen sind, mit der Folge, dass die Gespräche als Fördereinheit abgerechnet werden können, wird in den beiden Landesteilen unterschiedlich beurteilt: Im Rheinland werden Elterngespräche eine direkte Leistung gesehen, in Westfalen-Lippe ist dies nach Aussagen der Einrichtungen nicht der Fall.

Dabei wird der Elternberatung und -begleitung im Förderverlauf von allen Beteiligten eine hohe Bedeutung beigemessen. Eine regelhafte Einbeziehung der Eltern während der Förderung sowie regelmäßige Gespräche am Rand einer Fördereinheit sind immer dann möglich, wenn das Kind die Förderung im Beisein oder in Begleitung der Eltern erhält und nicht in der Kindertageseinrichtung gefördert wird. Aufgrund einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung beider Elternteile wird ein steigender Bedarf einer Förderung in der Kindertageseinrichtung festgestellt. Darüber hinaus werden bei zwei Dritteln der Kinder gesonderte Gespräche mit vereinbarten Terminen geführt.

Ihre Begleitung und Beratung ist aus Sicht der Eltern ein sehr wichtiger Leistungsbestandteil, wobei sich über 90% der befragten Eltern auch hinreichend in das Fördergeschehen einbezogen fühlen. Die Einbeziehung der Eltern verfolgt verschiedene Zielrichtungen:

- anleitend, um mit dem Kind die Förderung zu Hause gut fortsetzen zu können,
- beratend, um die Verhaltensweisen des entwicklungsverzögerten oder behinderten Kindes besser verstehen und adäquat auf diese reagieren zu können und
- begleitend sowie unterstützend, um die Eltern in ihrer Situation mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind zu stärken und die durch die Behinderung entstehende familiäre Belastung zu senken.

Die Begleitung der Eltern im Rahmen der Komplexleistung wird insofern insbesondere von den Krankenkassen kritisch gesehen, als die Grenzen zur allgemeinen Familienberatung nicht trennscharf sind. Leistungen der Familienberatung liegen in der Verantwortung der Jugendämter und müssten entsprechend von diesen bezahlt werden.

Beendigung der Leistungen

Die durchschnittliche Förderdauer der Komplexleistung liegt mit 1,78 Jahren unter der solitären heilpädagogischen Förderung. Bei knapp der Hälfte der Kinder wird die Komplexleistung aufgrund des Schuleintritts beendet, und bei knapp einem Viertel erfolgt ein Wechsel in eine andere Maßnahme. Ein erfolgreicher Abschluss der Komplexleistung, ohne dass eine weitere Maßnahme erforderlich war, wurde bei 15% der Komplexleistungskinder im Rahmen der Aktenanalyse dokumentiert.

10.1.3 Fallzahlen und Kosten

Versorgungsquoten im Überblick

Aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen wurden alle Auswertungen getrennt für das Rheinland und für Westfalen-Lippe durchgeführt.

Im Gesamtüberblick zeigt sich, dass im Rheinland je Kind im Alter von 0 bis 7 Jahren für medizinisch-therapeutische Leistungen 7 Euro mehr ausgegeben werden als in Westfalen-Lippe. Gleichzeitig ist die Versorgungsquote mit heilpädagogischen Plätzen in Förder- und integrativen Kindertagesstätten durch den LVR mit 1,27 Plätzen je 100 Kinder mehr als zweieinhalb Mal so hoch wie in Westfalen-Lippe (0,46 Plätze je 100 Kinder).

Dafür ist in den westfälischen Städten und Kreisen die Versorgungsquote der Kinder im Frühförderalter, die ambulante heilpädagogische Leistungen beziehen, insgesamt signifikant höher als im Rheinland – und dies war bereits vor Einführung der Komplexleistung im Jahr 2006 der Fall. Die Versorgungsquote mit Komplexleistung beträgt dagegen in Westfalen-Lippe insgesamt 0,4 je 100 altersgleiche Kinder und im Rheinland 1,2 je 100 Altersgleiche.

Werden dagegen nur die Städte und Landkreise betrachtet, in denen die Komplexleistung angeboten wird, so erhielten im Jahr 2011 in den beiden Landesteilen anteilig etwa gleich viele Kinder Komplexleistungen. Die insgesamt höhere Versorgungsquote in den westfälischen Städten und Kreisen ist durch eine höhere Versorgung mit solitären heilpädagogischen Maßnahmen begründet.

Entwicklung der Versorgungsquoten

Die Ausgangssituation und die Entwicklung der Versorgungsquote stellen sich in den beiden Landesteilen unterschiedlich dar:

In Westfalen-Lippe: Die Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung hatten bereits vor der Einführung im Jahr 2006 eine höhere Versorgungsquote als die Kommunen, die in den Folgejahren die Komplexleistung nicht einführten. Im Zeitraum von 2006 bis 2011 ist die Versorgungsquote in den Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung langsamer gestiegen als in den Kommunen ohne ein solches Angebot.

Im Rheinland: Hier gibt es nur noch wenige Kommunen, die die Komplexleistung nicht anbieten, und diese hatten im Jahr 2006 vor der Einführung von Komplexleistung eine höhere Versorgungsquote als die rheinischen Kommunen, die heute die Komplexleistung anbieten. Im Zeitverlauf haben sich die Versorgungsquoten verschoben, und im Jahr 2011 haben die rheinischen Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung eine etwas höhere Versorgungsquote als die – wenigen – Kommunen im Rheinland ohne ein solches Angebot.

Entwicklung des Nettoaufwands

In beiden Landesteilen haben in den darauffolgenden Jahren insbesondere die Kommunen die Komplexleistung umgesetzt, die bereits vor dem Jahr 2006 durchschnittlich höhere Aufwendungen pro Kopf hatten.

Die höheren Versorgungsquoten mit heilpädagogischen Maßnahmen in Westfalen-Lippe sind mit höheren Ausgaben verbunden. In den westfälischen Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung sind die Ausgaben pro Kopf für ambulante heilpädagogische Maßnahmen um insgesamt 37% gestiegen. Damit sind die Pro-Kopf-Ausgaben langsamer gestiegen als die Versorgungsquote. In den westfälischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung sind die Pro-Kopf-Ausgaben um 26% gestiegen, dies ist im landesweiten Vergleich die niedrigste Steigerungsrate. Bei den Vergleichskommunen im Rheinland ist ein Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben von 40% zu verzeichnen.

In den rheinischen Kommunen mit heutigem Angebot der Komplexleistung stiegen die Kosten für die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen in den Folgejahren kontinuierlich um insgesamt 63% an. Wie in den westfälischen Kommunen bleibt auch hier der Anstieg der Kosten hinter der Versorgungsquote zurück. Anders sieht dies bei den Pro-Kopf-Ausgaben in den rheinischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung aus. Hier ist mit einer Steigerungsrate von 40% ein schnelleres Wachstum der Kosten als der Versorgungsquote zu verzeichnen.

Der Nettoaufwand für die Komplexleistung seitens der AOKen und Ersatzkassen betrug im Rheinland rd. 6 Mio. Euro und in Westfalen-Lippe knapp 2 Mio. Euro. Die Steigerungsraten seit 2009 sind in beiden identisch hoch, sodass keine Annäherung der Ausgaben in Westfalen an die im Rheinland zu verzeichnen ist.

Fallkosten

Die Kosten je Kind waren im Jahr 2011 in den westfälischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung mit 2.603 Euro landesweit am höchsten, in den rheinischen Kommunen ohne Angebot der Komplexleistung mit 1.630 Euro landesweit am niedrigsten. In den Kommunen mit Angebot der Komplexleistung lagen die Kosten dazwischen (2.084 Euro im Rheinland und 2.220 Euro in Westfalen). Die Aussage, die Komplexleistung sei ein teures Angebot, stimmt damit für die westfälischen Sozialhilfeträger ohne Angebot der Komplexleistung nicht, für die rheinischen Vergleichskommunen dagegen schon.

Nur Komplexleistung: Fallkosten und Kostenteilung

Die Fallkosten für ein „Komplexleistungskind“ setzen sich zusammen aus den Leistungen der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik und der Erbringung der Komplexleistung. Die Kosten für diese Leistungen teilen sich Sozialhilfeträger und die Krankenkassen. Die gesamten Fallkosten für ein „Komplexleistungskind“ sind in den beiden Landesteilen in etwa gleich hoch und betragen 3.725 Euro im Rheinland und 3.731 Euro in Westfalen-Lippe.

In Westfalen-Lippe übernehmen die Sozialhilfeträger derzeit 2.420 Euro je Kind und tragen somit insgesamt 65% der Kosten für die Komplexleistung. Im Rheinland übernehmen die Sozialhilfeträger dagegen nur 2.161 Euro je Kind, damit liegt ihr gesamter Finanzierungsanteil bei nur 58%.

Dieser erhebliche Unterschied kann nicht ausschließlich mit anderen Leistungsstrukturen in den beiden Landesteilen erklärt werden, sondern muss weitere Ursachen haben.

10.1.4 Bewertung der derzeitigen Strukturen

Vorteile der Komplexleistung

Die befragten Eltern, deren Kinder Komplexleistung erhalten, beurteilen die Komplexleistung sehr positiv, über 90% würden die Komplexleistung Freunden oder Verwandten in einer ähnlichen Situation auf jeden Fall weiterempfehlen. Zahlreiche Kommentare der Eltern sind eher allgemeine Bekundungen hoher Zufriedenheit mit der Komplexleistung. Weitere positive Kommentare der Eltern bezogen sich auf das Wohlbefinden in der IFF bzw. die Fortschritte des Kindes durch die Förderung, auf eine gute Beratung und Begleitung der Eltern und damit unmittelbar zusammenhängend auf die gute gemeinsame Arbeit von Therapeuten/innen und Eltern für das Kind.

Die entlastende Wirkung für die Eltern durch die koordinierte Organisation der Leistungen wird von allen Beteiligten bestätigt und als ein wichtiges Element der Komplexleistung gesehen.

Für die Kinder haben sich nach Ansicht der IFF mit der Komplexleistung insbesondere das Ergebnis der Diagnostik sowie die Beurteilung der Entwicklung im Förderverlauf verbessert. Diese positiven Veränderungen werden von den Ärzten/innen bestätigt, diese sehen in dem Förder- und Behandlungsplan ein sehr geeignetes Instrument, um Doppeltherapien oder Leistungslücken zu vermeiden. Betont wird darüber hinaus, dass die vertraute Umgebung der Förderung für die Kinder wichtig und hilfreich sei.

Durch die Leistungserbringung aus einer Hand entstehen auch aus Sicht der Sozialhilfeträger und der Krankenkassen organisatorische Vorteile, die zu einer verbesserten Leistungsqualität und zu effektiveren Leistungen führen. Diese Veränderungen wurden von Sozialhilfeträgern zum Teil als „Qualitätssprung“ beschrieben.

Versorgungssituation

Das koordinierte Leistungsgeschehen, verbunden mit der Beratung und Begleitung der Eltern, ist insbesondere für behinderte Kinder mit einem komplexen Förderbedarf, für

behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit multiplen Problemlagen und schwierigen Familienverhältnissen sowie für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit Migrationshintergrund eine wichtige und notwendige Leistung. Darüber herrscht unter den Gesprächspartnern/innen Einigkeit.

Ob die Kinder in einer Stadt oder einem Landkreis gut versorgt sind, wird von den Sozialhilfeträgern unter anderem an Wartelisten festgemacht. In diesem Zusammenhang gaben Sozialhilfeträger (aus dem Rheinland) zum Teil an, dass sie die Komplexleistung auch vor dem Hintergrund einer zuvor bestandenen Unterversorgung eingeführt haben.

Darüber hinaus können Kinder nach Aussagen der Einrichtungen auch dann nicht adäquat versorgt sein, wenn sich das für jedes Kind zugestandene Leistungsvolumen nicht am individuellen Bedarf, sondern an einer restriktiven Obergrenze orientiert; hier sind insbesondere die schwerstmehrfach behinderten Kinder betroffen. Oder wenn die Bewilligungspraxis derart restriktiv ist, dass selbst aus ärztlicher Sicht eine Unterversorgung insbesondere für von Behinderung bedrohte Kinder in schwierigen sozialen Verhältnissen vorliegt.

Kinder erhalten Frühförderung, darunter auch die Komplexleistung, von 0 Jahren bis zur Einschulung. Mit Schuleintritt entsteht ein abrupter Wechsel für die Kinder, weil gleichzeitig die vertraute Förderung beendet wird. Die meisten Gesprächspartner/innen sehen hierin ein Problem, das bislang nicht gelöst werden konnte. Die genannten Vorschläge reichen von der Bemühung um einen rechtzeitigen Förderbeginn bis hin zur Implementierung eines Übergangsmanagements.

Ein bekanntes, aber bislang nicht gelöstes Problem ist die Komplexleistung für Kinder mit privater Krankenversicherung. Da es sich hierbei um eine Leistung der Rehabilitation handelt, können privat versicherte Kinder nur in Ausnahmen in Abstimmung mit der Versicherung die Komplexleistung erhalten.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Komplexleistung

Rechtzeitiger Einstieg und Organisation

Die Aussagen zu Schwierigkeiten seitens der Eltern zeigen, dass ein rechtzeitiger Einstieg in die Komplexleistung schon durch eine entsprechende Kenntnis bei den Ärzten/innen verbessert werden könnte. Offensichtlich gibt es erhebliche Unterschiede in der Zuweisungspraxis der Ärzte/innen.

Deutlich wurden zudem Schwierigkeiten bei der Organisation der Leistungen insbesondere für Berufstätige sowie mit Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen. Hiermit in engem Zusammenhang stehen Fördermöglichkeiten in den Kitas bzw. der Wunsch seitens der Eltern nach einer engen Kooperation mit den Kindertageseinrichtungen.

Zugang

Der Zugang zur Komplexleistung über eine ärztliche Verordnung wird gut akzeptiert. Allerdings kritisieren Sozialhilfeträger zum Teil die rechtliche Festlegung, dass die interdisziplinäre Diagnostik in der IFF stattzufinden hat und sie dabei in keiner Weise einbezogen seien. Den Förder- und Behandlungsplan können sie genau genommen nur auf

formale Fehler hin prüfen, und den Gesundheitsämtern als prüfende Fachstelle wird bisweilen eine eher zugehende als kritische Prüfung zugeschrieben. Damit könne der Sozialhilfeträger seine Aufgabe als bewilligende oder ablehnende Instanz nicht adäquat wahrnehmen.

In den Städten und Landkreisen, in denen sowohl die Leistungserbringer als auch die Sozialhilfeträger mit dem Zugangsverfahren bei der Komplexleistung zufrieden sind, kann folgende Gemeinsamkeit konstatiert werden: Der Förder- und Behandlungsplan enthält dort alle für eine Entscheidung notwendigen Informationen. Welche dies in welcher Ausführlichkeit und in welcher Form sind, darüber müssen sich Sozialhilfeträger und Leistungsanbieter verständigen. Einige der Sozialhilfeträger bemerkten in diesem Zusammenhang, dass sie den FuB der Komplexleistung nun auch für die anderen heilpädagogischen Leistungen in etwas abgewandelter Form nutzen, um auch hier das bis dahin eher unsystematische Zugangsverfahren zu ordnen.

Begleitung der Eltern – Erziehungshilfen

Dass die Beratung und Begleitung der Eltern ein zentrales Element der Komplexleistung ist, ist unbestritten. Aus Sicht der Eltern wird die Notwendigkeit von Beratung und Begleitung unterstrichen. Vor diesem Hintergrund ist bedauerlich, dass sich die Zeit für die Elternarbeit aus Sicht der IFF mit der Komplexleistung verschlechtert hat.

Schwierig ist hier aus Sicht der Krankenkassen und einiger Sozialhilfeträger die Abgrenzung zum Leistungsbereich der Jugendhilfe. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund als problematisch gesehen, dass die Komplexleistung vor allen Dingen auch für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder in sozial schwierigen Situationen gewährt wird. Im Rahmen der Komplexleistung ist die Beratung und Begleitung der Eltern kindbezogen, in der Familienberatung familiensystembezogen. Diese Grenze ist in der Tat nicht trennscharf, und ein verbessertes Zusammenwirken mit dem Jugendamt wird hier von verschiedenen Seiten gefordert. Da es sich hier um ein Problem verschiedener Zuständigkeiten unter den Rehabilitationsträgern handelt, muss dies politisch gelöst werden. Der Abschlussbericht der von der ASMK und JFMK²³ eingesetzten Arbeitsgruppe „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung“, mit dem wichtige Weichen für den weiteren politischen Diskurs gestellt werden und der möglicherweise auch zur Klärung dieser Abgrenzung beitragen könnte, liegt z.Z. noch nicht vor.

Standards der Komplexleistung

Ein Ergebnis der vorliegenden Evaluation ist, dass sich die Komplexleistung zwischen den Landesteilen, aber auch zwischen den Kommunen erheblich unterscheidet. Dies ist eine Folge der Landesrahmenempfehlung, bei der die Ausgestaltung der Komplexleistung an die örtliche Ebene delegiert wird.

Diese Situation ist aus Sicht der IFF nicht zielführend, um eine flächendeckende Versorgung der Kinder mit einer vergleichbaren Leistungsqualität der Komplexleistung zu gewährleisten. Hier bedarf es einer höheren Einheitlichkeit in NRW – explizit auch zwischen

²³ ASMK: Arbeits- und Sozialministerkonferenz, JFMK: Jugend- und Familienministerkonferenz

den beiden Landesteilen. Hierfür müssen einheitliche Standards entwickelt werden, die das Zugangsverfahren, das Verwaltungshandeln sowie das Leistungsgeschehen klar definieren. Deutlich muss werden, welche Standards hier mindestens einzuhalten sind – und dies verbindlich für alle Regionen.

Nicht nur die IFF, auch zahlreiche Sozialhilfeträger sind ebenfalls der Meinung, dass konkretere Regelungen in den benannten Bereichen hilfreich für die Umsetzung der Komplexleistung seien. Mit welcher Verbindlichkeit diese jedoch durchgesetzt werden sollen, darüber herrscht Uneinigkeit. Wer betont, dass „Besonderheiten vor Ort“ berücksichtigt bleiben sollten, wünscht einen empfehlenden Charakter dieser Konkretisierungen, wer die Vorteile eines einheitlichen Leistungsgeschehens betont, befürwortet eine stärkere Verbindlichkeit.

Transparenz

Hilfreich für die Umsetzung der Komplexleistung ist ein hohes Maß an Transparenz, und zwar aus Sicht von Sozialhilfeträgern (insbesondere der westfälischen ohne bisheriges Angebot der Komplexleistung) sowie bezogen auf das Zugangsverfahren; aus Sicht der IFF bezogen auf die Verhandlungen z.B. durch den Einsatz einer einheitlichen Kalkulationsmatrix, wie im Rheinland praktiziert. Auch die Krankenkassen haben ein hohes Interesse an Transparenz bei den Verhandlungen im Anerkennungsverfahren der IFF bekundet.

10.2 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen lassen sich im Überblick sechs wesentliche Schlussfolgerungen ziehen:

1. Komplexleistung

Die Erfahrungen mit der Komplexleistung haben gezeigt, dass das koordinierte Leistungsgeschehen aus einer Hand insbesondere den schwerbehinderten Kindern sowie behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in sozial schwierigen Situationen und ihren Eltern zugute kommt. Darüber hinaus werden deutliche Verbesserungen in der Beurteilung des Förderbedarfs der Kinder und damit der Förderplanung konstatiert. Doppelleistungen und Lücken werden vermieden, und durch die Komplexleistung kann eine effektivere Förderung erfolgen. Die Erwartungen an diese qualitativen Verbesserungen seitens der Einrichtungen und von einigen Sozialhilfeträgern, die bislang keine Erfahrungen mit der Komplexleistung haben, bleiben hinter den Erfahrungen zurück.

Die Elternberatung und -begleitung ist ein wesentlicher Leistungsbestandteil der Komplexleistung, der die Entwicklung des Kindes sowie die Akzeptanz der Schwierigkeiten des Kindes durch die Eltern befördert. Dies wird nicht nur von den Eltern bestätigt, sondern auch von den übrigen Beteiligten. Im konkreten Handlungs-geschehen hat sich die Elternarbeit aus Sicht der IFF mit der Komplexleistung jedoch

verschlechtert. Aus Sicht der Krankenkassen wird die Elternarbeit überwiegend eher der Familienhilfe und damit der Jugendhilfe zugeordnet.

Handlungsempfehlungen

Die Begleitung und Beratung der Eltern ist ein wesentlicher Leistungsbestandteil der Komplexleistung. Dies muss anerkannt und in der Leistungsabrechnung gewürdigt werden.

Eine Abgrenzung zu Leistungen der Jugendhilfe ist notwendig, sofern keine einvernehmliche Lösung zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe gefunden wird. Hier bedarf es einer politischen Entscheidung, die im Zuge der Diskussionen um die Neuordnung der beiden Rechtskreise SGB VIII und SGB XII geführt werden sollte.

2. Versorgungssituation in NRW

Im Rheinland ist die Versorgung der Kinder mit (drohenden) Behinderungen anders organisiert als in Westfalen-Lippe. Auffallend ist insbesondere eine höhere Versorgungsquote mit heilpädagogischen Plätzen in integrativen und Förder-Kindertageseinrichtungen sowie eine höhere Versorgung mit solitären medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rheinland. Demgegenüber sind die Kinder in Westfalen-Lippe zu einem höheren Anteil durch ambulante heilpädagogische Leistungen in Kostenträgerschaft der örtlichen Sozialhilfeträger versorgt.

Die Versorgungssituation mit Komplexleistung ist dagegen in Westfalen-Lippe insgesamt deutlich schlechter als im Rheinland. Dies ist eine Folge des hohen Anteils von Städten und Kreisen in Westfalen-Lippe, die die Komplexleistung bislang nicht anbieten – nur 6 von insgesamt 27 Kommunen bieten dort die Komplexleistung an. Im Rheinland bieten dagegen nahezu alle Kommunen die Komplexleistung an (20 von insgesamt 26 Kommunen).

Handlungsempfehlungen

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in Westfalen-Lippe die ambulanten heilpädagogischen Maßnahmen eine so hohe Bedeutung haben, sollten hier die Bemühungen zur Umsetzung der Komplexleistung intensiviert werden.

3. Zugang zur Komplexleistung

Der Zugang zur Interdisziplinären Eingangsdiagnostik durch das ärztliche System wird von allen Befragten akzeptiert.

Für Sozialhilfeträger stellt sich generell die Frage nach der Zugangssteuerung zu Leistungen der Eingliederungshilfe. Aus Sicht einiger Sozialhilfeträger hat das geordnete Zugangsverfahren bei der Komplexleistung Modellcharakter auch für den Zugang bei den solitären heilpädagogischen Leistungen. Andere fordern eine stärkere Einbindung des Sozialhilfeträgers in das Eingangsverfahren.

Dies wird insbesondere in den Kommunen deutlich, die bislang keine Komplexleistung anbieten und die das Zugangsverfahren bei den heilpädagogischen Leistungen

dahingehend umgestellt haben, dass dies nun auf Seiten der Sozialhilfeträger liegt. Diese Kommunen befürchten, dass ihnen diese Kompetenz durch den bei der Komplexleistung vorgesehenen Zugangsweg (die Diagnostik erfolgt durch die IFF) wieder entzogen wird.

Handlungsempfehlungen

Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erfolgt durch die IFF oder durch ein SPZ, so sieht es § 7 Abs. 1 FrühV vor. Diese Vorgaben der Rechtsverordnung sollten durchgesetzt werden.

Gleichzeitig muss das Bestreben der Sozialhilfeträger, ihrer Verantwortung bei der Bewilligung von Leistungen gerecht zu werden, gewürdigt werden. Damit stellt sich die Frage, welche Verfahren beiden genannten Anforderungen gerecht werden können. Gute Erfahrungen mit dem Zugangssystem wurden dort gemacht, wo die Instrumente (FuB), deren Inhalt und Ausgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern einvernehmlich geklärt sind. Die gesammelten Erfahrungen und erarbeiteten Vorgehensweisen zur Erzielung eines gemeinsamen Verständnisses in diesen Kommunen sollten genutzt werden.

4. Komplexleistung: Anzahl der Kinder und Kosten

Die Aussage, dass die Komplexleistung eine teure Leistung sei und mit ihrer Einführung automatisch eine starke Fallzahlsteigerung einherginge, kann anhand der vorliegenden Leistungsdaten der Sozialhilfeträger so nicht bestätigt werden.

Dies gilt insbesondere für den westfälischen Landesteil, wo die Fallkosten in den Kommunen ohne Komplexleistungsangebot deutlich über denen in Kommunen mit einem Angebot der Komplexleistung liegen. In diesem Landesteil ist die Versorgungsquote von 2006 bis 2011 zudem ebenfalls in den Kommunen ohne Komplexleistungsangebot stärker gestiegen als in den Kommunen mit einem solchen Angebot.

Im Rheinland beteiligen sich die Krankenkassen in erheblich höherem Maß an den Kosten für die Komplexleistung, als dies in Westfalen-Lippe der Fall ist. Die Beteiligungsquote der Krankenkassen liegt im Rheinland bei 42% und in Westfalen-Lippe bei 35%.

Handlungsempfehlungen

Die Aussage, dass die Komplexleistung in jedem Fall teurer sei und automatisch zu einer Fallzahlsteigerung führe, ist nicht korrekt und sollte so auch nicht verbreitet werden.

Der erhebliche Unterschied in der Beteiligungsquote der Krankenkassen zwischen den beiden Landesteilen kann nicht mit einem anderen Leistungsgeschehen begründet werden. Dieser Sachverhalt muss unter den Rehabilitationsträgern geklärt werden.

5. Informationsbedarf

Von den Sozialhilfeträgern, die die Komplexleistung bislang nicht anbieten, gaben recht viele an, sich im Allgemeinen gut über die Komplexleistung informiert zu fühlen. Schwierig sei es aber, konkrete und detaillierte Informationen zur Umsetzung der Komplexleistung zu erhalten. An einem Informationsaustausch zeigten sich die meisten Sozialhilfeträger sehr interessiert.

Handlungsempfehlungen

Für die Förderung der angestrebten flächendeckenden Umsetzung der Komplexleistung sollte speziell für die Sozialhilfeträger ein Angebot, das sich mit den konkreten Fragen zur Komplexleistung befasst, initiiert werden. Empfohlen wird, dabei insbesondere auch die Expertise der erfahrenen Sozialhilfeträger einzubinden.

6. Unterschiedlichkeit der Komplexleistung

Aufgrund der Delegation an die örtliche Ebene haben sich in der Zwischenzeit erhebliche Unterschiede in der Leistungserbringung und in der Vergütung herausgebildet. Diese werden bis zu einem gewissen Grad von allen Seiten akzeptiert, weil dadurch den Besonderheiten vor Ort und der jeweiligen Konzeption der Einrichtungen Rechnung getragen werden kann. Problematisch wird dies dann, wenn die Erbringung der Komplexleistung so stark divergiert, dass von erheblichen qualitativen Unterschieden im Leistungsgeschehen ausgegangen werden muss.

Zudem wünschen insbesondere Sozialhilfeträger, in deren Kommunen die Komplexleistung bislang nicht angeboten wird, konkrete Kriterien zum Leistungsgeschehen der Komplexleistung.

Handlungsempfehlungen

Angestrebt werden sollte eine vergleichbare Leistungserbringung der Komplexleistung in beiden Landesteilen.

Hierfür sollten auf der Basis der vorliegenden Erfahrungen Standards entwickelt werden, die Aussagen zum Zugangsverfahren, zu den Leistungsinhalten und dem Leistungsumfang enthalten. Damit Einvernehmlichkeit zwischen den Akteuren erzielt und den örtlichen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann, sollten diese als Mindeststandards formuliert werden, die dann aber flächendeckend in NRW Anwendung finden.

Die Rehabilitationsträger, die mit der Komplexleistung eine qualitativ hochwertige Leistung bezahlen, haben ein berechtigtes Interesse daran, diese im Ergebnis zu evaluieren. Eine Möglichkeit hierzu besteht in regelmäßigen Befragungen der Eltern zur Bewertung der Arbeit der IFF durch die Sozialhilfeträger. Auch hier kann auf bereits bestehende Erfahrungen bspw. in Dortmund zurückgegriffen werden.

Zur Schlichtung konkreter Unstimmigkeiten zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern kann eine Schiedsstelle dienen. Die Implementierung einer Schiedsstelle wird aber erst dann als sinnvoll und wichtig erachtet, wenn entsprechende



konkrete Vorgaben, die justiziabel sind, von den beteiligten Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. ihren Trägern gemeinsam erarbeitet und akzeptiert worden sind.

11 Verzeichnisse

11.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einrichtungen der Frühförderung: Beteiligung an der Befragung.....	11
Tabelle 2:	Teilnahme der IFF nach Trägern.....	12
Tabelle 3:	Leistungsdaten der Sozialhilfeträger - Beteiligung	14
Tabelle 4:	Einrichtungen aller Frühförderstellen im Überblick.....	21
Tabelle 5:	Alle Einrichtungen der Frühförderung nach Trägerschaft	22
Tabelle 6:	IFF im Überblick	23
Tabelle 7:	Verteilung der IFF nach Trägerschaft.....	23
Tabelle 8:	Versorgungssituation in den Gebietskörperschaften (GKS)	24
Tabelle 9:	Anzahl der Beschäftigten.....	27
Tabelle 10:	In den Einrichtungen vertretene Professionen	29
Tabelle 11:	Diagnostische Leistungen	36
Tabelle 12:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen	38
Tabelle 13:	Kooperationen mit Ärzten/Ärztinnen im Rahmen der Komplexleistung	40
Tabelle 14:	IFF: Ort der Diagnostik	40
Tabelle 15:	Ergebnis des Eingangsverfahrens für alle Kinder im Jahr 2011	42
Tabelle 16:	Ergebnis des Eingangsverfahrens für „Komplexleistungskinder“ im Jahr 2011	43
Tabelle 17:	Empfehlung zur Komplexleistung – Anteil an allen diagnostizierten Fällen in %.....	44
Tabelle 18:	Im Jahr 2011 abgelehnte Anträge – Anteile nach Kategorien.....	49
Tabelle 19:	Fehlende Inanspruchnahme trotz Bewilligung im Jahr 2011	50
Tabelle 20:	Kinder nach Art der Leistung in den Einrichtungen am Jahresende 2011 ...	51
Tabelle 21:	Geschlecht der Frühförderkinder.....	52
Tabelle 22:	Alter der Frühförderkinder bei Förderbeginn	54
Tabelle 23:	Frühförderkinder mit Migrationshintergrund	55
Tabelle 24:	Frühförderkinder aus Familien mit schwerwiegenden Belastungsfaktoren..	56
Tabelle 25:	Ort der Leistung	58
Tabelle 26:	Komplexleistung – Ort der Leistungserbringung nach Art der Leistung.....	59
Tabelle 27:	Durchschnittliche Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung.....	60
Tabelle 28:	Direkte und indirekte Leistungen	61
Tabelle 29:	Regelmäßige Teambesprechungen	62
Tabelle 30:	Durchschnittliche Dauer der Frühförderung in Jahren	65
Tabelle 31:	Gründe für die Beendigung der Frühförderung	67
Tabelle 32:	Vertraglich vereinbarte Leistungen.....	70
Tabelle 33:	Vereinbarte Zeiten für die Fördereinheiten (Jahr 2011)	72
Tabelle 34:	Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen	73
Tabelle 35:	Vergütungssätze im Rheinland und in Westfalen-Lippe	75

Tabelle 36:	Beteiligung nach Landesteilen und Angebot	77
Tabelle 37:	Kinder im Frühförderalter, die ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) erhalten, je 100 Altersgleiche	78
Tabelle 38:	Von den Landschaftsverbänden geförderte Plätze für Kinder mit Behinderung	80
Tabelle 39:	Nettoaufwand pro Kopf für ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) für Kinder im Frühförderalter.....	85
Tabelle 40:	Kostenteilungssätze nach Landesteilen im Jahr 2011	88
Tabelle 41:	Kinder im Leistungsbezug der Komplexleistung nach Alter und Geschlecht	90
Tabelle 42:	Nettoaufwand für die Komplexleistung seitens der Krankenkassen	91
Tabelle 43:	Nettoaufwand je Bürger für medizinisch-therapeutische Leistungen	92
Tabelle 44:	Fallkosten für die Komplexleistung seitens der Krankenkassen.....	93
Tabelle 45:	Versorgungsstrukturen in den beiden Landesteilen	94
Tabelle 46:	Fallkosten der Komplexleistung je Kind und Jahr in 2011	95
Tabelle 47:	Orte im Rahmen der Eingangsdiagnostik.....	99
Tabelle 48:	Dauer bis Förderbeginn.....	101
Tabelle 49:	Therapeutenwechsel aufgrund Beginn der Komplexleistung.....	103
Tabelle 50:	Leistungen unter einem Dach.....	104
Tabelle 51:	Schwierigkeiten	104
Tabelle 52:	Art der Schwierigkeiten und Personen	105
Tabelle 53:	Kommentare und Veränderungswünsche	109
Tabelle 54:	Einrichtungen ohne Anerkennung zur Erbring der KL: Planungen	115

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Eingerichtete IFF in den Städten und Landkreisen, Stand November 2012.....	25
Abbildung 2:	Personalstruktur nach Einrichtungsart	31
Abbildung 3:	Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen – Anteil an jeweils beschäftigten Mitarbeiter/innen der entsprechenden Fachrichtung.....	33
Abbildung 4:	Impulsgeber zum Aufsuchen einer IFF – dokumentierte Angaben von Eltern	35
Abbildung 5:	Organisation der Diagnostik nach Bereich der Diagnostik – Angaben in %	39
Abbildung 6:	Im Rahmen der Eingangsdiagnostik benannte Diagnosen nach ICD-10.....	41
Abbildung 7:	Keine Empfehlung zur Komplexleistung – andere Empfehlungen	45
Abbildung 8:	Komplexleistung – Dauer einzelner Komponenten im Eingangsverfahren ..	46
Abbildung 9:	Komplexleistung – Beantragung bis Bewilligung nach Art des Verfahrens ..	47
Abbildung 10:	Komplexleistung – Bewilligung bis Leistungsbeginn.....	48
Abbildung 11:	Gründe für Nicht-Inanspruchnahme von bewilligten Leistungen.....	50
Abbildung 12:	Auswirkungen der Probleme des Kindes auf die Teilhabe.....	57

Abbildung 13:	Durchschnittliche Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung.....	60
Abbildung 14:	Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten	63
Abbildung 15:	Einbeziehung der Eltern	64
Abbildung 16:	Gründe für die Beendigung der Komplexleistung.....	68
Abbildung 17:	Bei der Komplexleistung zu vereinbarende indirekte Leistungen	71
Abbildung 18:	Kinder im Frühförderalter, die ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) erhalten, je 100 Altersgleiche	79
Abbildung 19:	Versorgungsquoten getrennt nach Art der Leistung für das Jahr 2011	81
Abbildung 20:	Versorgungsquoten nach Art der Leistung in Kommunen mit Angebot der Komplexleistung im Jahr 2011	82
Abbildung 21:	Anteil der älteren Kinder (4 Jahre bis zum Schuleintritt) an allen Kindern im Leistungsbezug im Jahr 2011.....	83
Abbildung 22:	Anteil der Jungen an allen Kindern im Leistungsbezug im Jahr 2011	84
Abbildung 23:	Nettoaufwand je Bürger für ambulante heilpädagogische Leistungen (einschließlich Komplexleistung) für Kinder im Frühförderalter.....	86
Abbildung 24:	Fallkosten auf Seiten der Sozialhilfe nach Angebot und Region im Jahr 2011	87
Abbildung 25:	Kinder, die Komplexleistung erhalten.....	89
Abbildung 26:	Nettoaufwand Komplexleistung – Förderung und Eingangsdiagnostik.....	91
Abbildung 27:	Anteil der Kosten je Leistungsart im Jahr 2011	93
Abbildung 28:	Fallkosten der Komplexleistung je Kind und Jahr in 2011	96
Abbildung 29:	Informationsgeber zur Komplexleistung	98
Abbildung 30:	Ortswechsel im Rahmen der Eingangsdiagnostik – Bewertung	100
Abbildung 31:	Beurteilung des Zeitraums vom Erstkontakt bis zur ersten Förderstunde .	102
Abbildung 32:	Zusammenarbeit der Therapeuten/innen	106
Abbildung 33:	Einbeziehung der Eltern	107
Abbildung 34:	Veränderungen seit Beginn der Förderung	107
Abbildung 35:	Weiterempfehlung der Komplexleistung.....	108
Abbildung 36:	Erfüllung der Erwartungen.....	108
Abbildung 37:	Veränderungen durch das Angebot der Komplexleistung – Erwartungen und Erfahrungen –	114
Abbildung 38:	Einheitliche Standards zur Umsetzung der Komplexleistung.....	118