

Köln | 03. April 2019

Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände

Abschlussbericht

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Bearbeitung:

Lisa Huppertz, Dr. Dietrich Engels

Unter Mitarbeit von:

Linda Froese, Vanessa Wittemann

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Einleitung	4
2.1 Das System der Frühförderung	5
2.2 Rechtliche Grundlagen	6
2.3 Aufgabenstellung der Untersuchung	8
3. Methodisches Vorgehen	10
3.1 Zusammenarbeit mit den derzeitigen Leistungsträgern	10
3.2 Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen	12
3.3 Analyse der Qualitätsbegriffe und -standards	15
3.4 Schriftliche Befragungen der Leistungsträger und Leistungsanbieter 16	
4. Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen	20
4.1 Bilaterale Verträge	20
4.2 Dreiecksverträge	23
5. Ergebnisse der Befragung der derzeitigen Leistungsträger	26
5.1 Allgemeine Angaben	26
5.2 Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung	28
5.3 Finanzdaten und Fallzahlen	39
5.4 Konkrete Fallübernahme	47
5.5 Ideen für die Aufgabenübernahme und Qualitätsbegriffe	48
5.6 Clearing- und Diagnostikstellen	50
6. Ergebnisse der Befragung der Leistungsanbieter	55
6.1 Beschreibung der Institution und der personellen Besetzung	55
6.2 Angebot und Ausgestaltung der Frühförderleistungen	60
6.3 Kooperationen mit anderen Einrichtungen	68
6.4 Zugang zu den Leistungen	71
6.5 Kinder mit Frühförderbedarf	78
6.6 Frühförderung aus Sicht der Sozialpädiatrischen Zentren	81
7. Vergleich mit dem Jahr 2012	84
8. Fazit und Handlungsempfehlungen	87

9.	Verzeichnisse	94
9.1	Tabellenverzeichnis	94
9.2	Abbildungsverzeichnis	97

1. Vorbemerkung

Die Trägerschaft für Leistungen der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe wird auf Grundlage des Ausführungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (AG BTHG NRW) zum 01.01.2020 von den Kreisen und kreisfreien Städten auf die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) übertragen. Um einen Überblick über die gegenwärtigen Strukturen in der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen zu erhalten, haben die beiden Landschaftsverbände das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) mit der Studie „Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände“ beauftragt.

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Studie und damit auch für den Prozess der Aufgabenübernahme stellte die Mitwirkungsbereitschaft seitens der gegenwärtigen kommunalen Träger sowie der Anbieter von Frühförderleistungen dar, von denen relevante Informationen zur derzeitigen Ausgestaltung der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen erfasst werden sollten.

Dazu wurden die 53 Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände nach Auftaktveranstaltungen mit deren Sozialdezernenten und -dezernentinnen um die Übermittlung von Verträgen mit Leistungsanbietern, die Teilnahme an einer Befragung und die Darlegung von Informationen zu Struktur, Leistungsgewährung und Vergütung der Frühförderung gebeten. Zwölf Vertreterinnen und Vertreter aus insgesamt acht nordrhein-westfälischen Kommunen haben das ISG im Rahmen eines Pretests bei der Erstellung der Fragebögen unterstützt. Neben den derzeitigen Leistungsträgern wurden darüber hinaus auch Frühfördereinrichtungen und weitere Anbieter von Frühförderleistungen befragt. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse dieser Befragungen und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen.

Die Mitwirkungsbereitschaft und das Vertrauen, das dem ISG bei der Durchführung der Studie entgegengebracht wurde, war sowohl seitens der Kommunen als auch der Frühfördereinrichtungen sehr hoch.

Aus diesem Grund möchten wir uns ganz herzlich bei allen Akteurinnen und Akteuren für ihre Unterstützung bedanken!

2. Einleitung

Das im Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfasst eine Reihe von gesetzlichen Veränderungen, die insgesamt darauf abzielen, die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen und Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen. In der Gesetzesbegründung der Bundesregierung wird das grundlegende Ziel der Reform so beschrieben:

„Die Leistungen für Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, sollen aus dem bisherigen ‚Fürsorgesystem‘ herausgeführt und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden.“¹

Das BTHG tritt in vier Stufen in Kraft. Dabei erfolgt die umfassende Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe einschließlich der Verlagerung in das Teilhaberecht des SGB IX im Jahr 2020. Bereits im Vorfeld wurden aber viele Veränderungen in die Wege geleitet, die sich auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auswirken. Diese Änderungen haben unter anderem das Ziel, die Leistung der Eingliederungshilfe von einer Einrichtungs- hin zu einer Personenzentrierung zu verlagern. Weiterhin ist es die Aufgabe der Länder, die zukünftigen Träger der Eingliederungshilfe zu bestimmen.

In diesem Zusammenhang wurde den beiden Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe im Juli 2018 mittels des Ausführungsgesetzes zur Umsetzung des BTHG auf Ebene des Landes Nordrhein-Westfalen (AG BTHG NRW) die Leistungsträgerschaft der Eingliederungshilfe im Bereich der Frühförderung übertragen (Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 4 AG BTHG NRW), welche bisher von den 53 kommunalen Trägern der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen (i. d. R. von den örtlichen Sozialhilfeträgern) wahrgenommen wurde. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat festgelegt, dass die Landschaftsverbände auch für solitäre heilpädagogische Leistungen, aber nicht für Annexleistungen nach dem SGB IX zuständig sind. Mit dem Gesetz und der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sollen die Strukturen, Organisation und Umsetzung der Frühförderung in ganz Nordrhein-Westfalen auf der Basis des Bundesteilhabegesetzes und der Frühförderungsverordnung angeglichen werden, die laut der Evaluation der

¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Bundesteilhabegesetz vom 22.06.2016, S. 2.

Komplexleistung aus dem Jahr 2012 durch das ISG in den 53 Kommunen sehr unterschiedlich gestaltet sind.²

Um die Übernahme der Frühförderleistungen durch die beiden Landschaftsverbände und die landespolitisch intendierte Angleichung sorgfältig vorbereiten zu können, bedarf es erneut einer empirisch gestützten Analyse der derzeitigen Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass Fallzahlen, Finanzvolumen und Strukturen, so wie sie sich im Jahr 2012 dargestellt haben, immer noch auf dieselbe Art und Weise bestehen. Mit dieser Analyse wurde das ISG zum 01. September 2018 von den beiden Landschaftsverbänden beauftragt. Die Methoden und Ergebnisse dieser Analyse werden im vorliegenden Bericht dargelegt und erläutert. Zunächst werden jedoch im Folgenden die für die Studie relevanten Begriffe sowie theoretische und rechtliche Grundlagen im Bereich der Frühförderung erörtert.

2.1 Das System der Frühförderung

Das System der Frühförderung umfasst ein breites Spektrum an Leistungen für Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind. Von der Geburt des Kindes bis zu dem Schuleintritt werden im Rahmen der Frühförderung die einzelnen Teilaspekte, die von der Eingangsdiagnostik über verschiedene Therapiemaßnahmen bis hin zur Begleitung und Beratung der Familie bzw. der Eltern reichen, angeboten und umgesetzt. Behinderungen oder Beeinträchtigungen sollen mithilfe der Frühförderung möglichst früh erkannt und weitestgehend kompensiert oder sogar verhindert werden.

Die Leistungsangebote zur Frühförderung in Nordrhein-Westfalen gestalten sich sehr vielfältig. Diese werden durch verschiedene ambulante und mobile Einrichtungen erbracht, darunter allgemeine und spezielle Leistungsanbieter, integrative Kindertagesstätten, Sozialpädiatrische Zentren und Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten. Bei Frühförderstellen, die sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Frühförderleistungen erbringen, ist zu unterscheiden zwischen anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, die sich nach der Frühförderverordnung (FrühV) richten und eine Kombination aus medizinisch-therapeutisch und heilpädagogischen Angeboten als Komplexleistung aus der Hand eines interdisziplinär besetzten Teams erbringen und solchen Frühförderstellen, die zwar eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen anbieten, was allerdings nicht interdisziplinär erfolgt und damit auch nicht der Komplexleistung im Sinne der FrühV entspricht.

² Engel, H.; Engels, D. et al. (2012): Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung in Nordrhein-Westfalen - Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Abschlussbericht. Köln.

Sozialpädiatrische Zentren zählen in einigen Fällen ebenfalls zu den Anbietern der interdisziplinären Frühförderung und erbringen in diesem Rahmen insbesondere medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Leistungen. Spezielle Anbieter sind meist auf Kinder mit verschiedenen Sinnesbehinderungen oder Entwicklungsstörungen, wie beispielsweise Autismus-Spektrum-Störung, ausgerichtet. In Anlehnung an diese unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung im Bereich der Frühförderung wurden in der vorliegenden Studie Daten zu folgenden drei Leistungsformen erhoben und analysiert:

1. Solitäre „heilpädagogische Leistungen“

Hiermit sind diejenigen Leistungen gemeint, die ausschließlich als heilpädagogische Maßnahmen gewährt werden. Hierzu gehörten bisher z. B. auch Autismus- und Reittherapien. Zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen werden entweder Pauschalvergütungen mit den Leistungserbringern vereinbart oder bilaterale Verträge zwischen kommunalen Trägern und Leistungserbringern abgeschlossen.

2. Komplexleistungen

Im Rahmen von Komplexleistungen werden heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle oder durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht, die den Anforderungen des § 46 SGB IX und der FrühV entsprechen. Zur Erbringung der Komplexleistung werden gesonderte dreiseitige Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern, den Leistungsträgern und den Krankenkassen geschlossen.

3. Heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen, die zusammen, aber nicht als Komplexleistung erbracht werden

Bei dieser Leistungsform erhalten Kinder sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen, welche jedoch im Gegensatz zur Komplexleistung nicht durch eine anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden. Die Leistungen werden separat von beiden Kostenträgern finanziert.

Als Ergänzung zu diesen drei Angebotsformen werden rein medizinisch-therapeutische Angebote hingegen ausschließlich durch die Krankenkassen und nicht durch den Sozialhilfeträger finanziert und sind insofern weder für die vorliegende Studie noch für die Übernahme der Trägerschaft durch die beiden Landschaftsverbände von Relevanz.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Das im Jahr 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) bindet erstmals das Teilhabe- und Rehabilitationsrecht von Menschen mit Behinderungen in das Sozialrecht ein. Mit der dort festgelegten „Komplexleistung Frühförderung“ liegt dem Angebot der Frühförderung seitdem ein klarer Rechtsbestand zugrunde. Von diesem

Zeitpunkt an wurde das Teilhabe- und Rehabilitationsrecht des SGB IX mehrfach weiterentwickelt.

Zum 01. Juli 2001 wurde die erste gesetzliche Regelung zur Definition und Inhaltsbeschreibung von Frühförderung und Früherkennung, § 30 SGB IX, verabschiedet. Die darin enthaltene Neuregelung von Frühförderung als Komplexleistung stellt einen wichtigen Meilenstein in der Rechtssicherung der Frühförderleistung dar, der erstmals die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Angebote in Form einer kombinierten Leistung regelt. Dass eine konkrete Definition des Begriffs der Komplexleistung in § 30 SGB IX fehlte, ermöglichte den Anbietern einen breiten Spielraum in der Umsetzung der Leistung, was mehrfach kritisiert wurde³.

Die gesetzliche Regelung zur Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Angebote als Komplexleistung intendiert ein Angebot „aus einer Hand“, das den Eltern und Kindern die Inanspruchnahme von Frühförderleistungen erleichtern soll. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind, sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen koordiniert von einem Leistungsanbieter erhalten, um das Aufsuchen mehrerer Leistungsanbieter zu vermeiden. Dennoch findet sich in Nordrhein-Westfalen zurzeit ein heterogenes Leistungsspektrum der Frühförderung, das von Anbietern, die zwar interdisziplinär arbeiten, aber nicht als Interdisziplinäre Frühförderstelle nach der FrühV gelten, über entsprechende anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen, die gesetzlich verankerte Komplexleistungen anbieten, bis hin zu rein solitär-heilpädagogischen Anbietern reicht⁴.

Auf § 30 SGB IX bezugnehmend stellt die Frühförderverordnung (FrühV) seit 2003 konkrete Anforderungen an die interdisziplinären Frühförderstellen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren und regelt die Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Trägern der Eingliederungshilfe. Zum 01. April 2005 trat zur näheren Erläuterung die Landesrahmenempfehlung zur Frühförderverordnung in Nordrhein-Westfalen in Kraft, die z. B. – allerdings unverbindlich – die personelle Ausstattung und die Abrechnungspauschalen als bedarfsorientierte Angelegenheit vor Ort beschreibt. Die überarbeitete Landesrahmenempfehlung NRW vom 13. Januar 2016 zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung beinhaltet weiterhin Hinweise zur Kooperation von Rehabilitationsträgern und Leistungsanbietern.

³ 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.

⁴ Vgl. Engel, H.; Engels, D. et al. (2012): Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Abschlussbericht. Köln.

Mit dem am 23. Dezember 2016 beschlossenen BTHG wurden auch die Strukturen der Frühförderung als Teil der Eingliederungshilfe angepasst. Ein Kernstück ist die Personenzentrierung der Eingliederungshilfe. Außerdem wird die völlig neu geregelte Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom SGB XII in das SGB IX verlagert. Im Bereich der Frühförderung werden u. a. die Inhalte in einer nunmehr verbindlich auf Länderebene zutreffenden Landesrahmenvereinbarung geregelt.

Die im Zusammenhang mit dem BTHG auf Bundesebene beschlossene und am 01. Januar 2018 in Kraft getretene Änderung der Frühförderungsverordnung beinhaltet eine Auflistung weiterer Leistungen, die Frühförderung als interdisziplinäre Komplexleistung abdecken muss. Der entsprechende § 6a legt damit die Begleitung von Erziehungsberechtigten, Beratungsangebote für Eltern, weitere Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität sowie mobile Hilfen als Teilangebote der Komplexleistung Frühförderung fest.

Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verabschiedete der Landtag NRW am 11. Juli 2018 das Ausführungsgesetz (AG-BTHG NRW). Diese beinhaltet u. a. den Zuständigkeitswechsel bezüglich der Leistungen der Frühförderung. Den Landschaftsverbänden Westfalen-Lippe und Rheinland wurde mit Art. 1 §1 Abs. 2 Nr. 4 AG-BTHG NRW zum 01. Januar 2020 die Zuständigkeit für Leistungen der Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder übertragen. Wie bisher sind Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, unabhängig von der Art der Behinderung von den Trägern der Eingliederungshilfe zu gewähren (Art. 4 § 27 Abs. 1 AG BTHG NRW).

Das konkrete Ziel der Gesetzesänderungen und des damit einhergehenden Trägerschaftwechsels besteht in erster Linie in der Schaffung gleichberechtigter Lebensumstände und einer möglichst umfassenden Teilhabe am politischen und gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung bzw. von Behinderung bedrohte Menschen. Das konkrete Ziel der Gesetzesänderungen in NRW und des damit einhergehenden Trägerschaftwechsels besteht in erster Linie in der Schaffung gleicher Lebensverhältnisse. Durch die Zuständigkeit der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland soll der bisherigen Heterogenität der Angebotsstruktur entgegengewirkt werden. Dies schließt die Angleichung der bestehenden Strukturen an die Vorgaben der Frühförderverordnung inklusive der dazugehörigen Rahmenempfehlung des Landes NRW zur Gewährleistung von Interdisziplinarität sowie weitere Leistungen wie die Beratung und Begleitung der Erziehungsberechtigten mit ein.

2.3 Aufgabenstellung der Untersuchung

Um die Übernahme der Frühförderleistungen durch die beiden Landschaftsverbände sorgfältig vorbereiten zu können, bedarf es einer empirisch gestützten Analyse der derzeitigen Frühförderstrukturen in den Mitglieds Körperschaften der Landschaftsverbände. Die zu erarbeitenden empirischen Erkenntnisse stellen die Voraussetzung für die Vorbereitung und Umsetzung der Aufgabenübernahme dar. Die

Aufgabenstellungen sind zum einen die Erhebung der aktuell bestehenden Frühförderstrukturen in den einzelnen Mitgliedskörperschaften. Zum anderen soll eine Analyse der Frühförderstrukturen hinsichtlich der Standards der Leistungsgewährung und der etablierten Verwaltungsprozesse erfolgen. Im Rahmen der empirischen Erhebung müssen insbesondere aktuelle Informationen zu Finanzen und Qualität, zu Prozessen und Vertragsgestaltungen in der Frühförderung erhoben werden.

In diesem Zuge haben die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe das ISG mit der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedschaftskörperschaften der Landschaftsverbände für den Zeitraum vom 01.09.2018 bis zum 28.02.2019 beauftragt. Die konkrete methodische Umsetzung sowie Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen werden nachfolgend skizziert.

3. Methodisches Vorgehen

Das vorliegende Kapitel beschreibt die in der Studie verwendeten Methoden. Zunächst wird dargestellt, wie sich die Zusammenarbeit mit den gegenwärtigen Leistungsträgern gestaltet hat und auf welcher Basis die Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen erstellt wurden (Kapitel 3.1). Es folgen Informationen zur durchgeführten Analyse der Verträge und Vereinbarungen mit Frühfördereinrichtungen (Kapitel 3.2) sowie der Qualitätsstandards (Kapitel 3.3). Anschließend wird erläutert, auf welche Weise die Befragungen der Leistungsträger und -anbieter gestaltet und welche Rücklaufquoten erzielt wurden (Kapitel 3.4).

3.1 Zusammenarbeit mit den derzeitigen Leistungsträgern

Die Zusammenarbeit mit den 53 Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen als derzeitige Leistungsträger der Frühförderung stellte einen zentralen Bestandteil des Projektes dar, da von diesen die Aufgabenbereiche, Strukturen und Prozesse der Frühförderung, wie sie derzeit gewährt werden, erfasst werden sollten. Welche genauen Informationen im Rahmen der Befragung erhoben wurden, kann Kapitel 3.3 entnommen werden.

Erstellung der Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

Im Rahmen der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen sollten nicht nur die Leistungsträger, sondern auch die Leistungserbringer von Frühförderung schriftlich zu den vorhandenen Strukturen befragt werden. Deswegen wurde strukturiert nach den Mitglieds Körperschaften der Landschaftsverbände und anhand einer umfassenden Internet-Recherche ein Verzeichnis über die in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Frühförderstellen und weiteren Leistungsanbieter von Frühförderung erstellt. Relevant waren hierbei unter anderem folgende Merkmale:

- Name der Einrichtung, Anschrift, Email, Telefon, Webseite,
- Träger,
- Versorgungsregion und Organisationsform,
- Ansprechperson,
- Angebotene Leistungen,
- Fachpersonal in den Einrichtungen.

Das auf diesem Wege erstellte Verzeichnis zu den Leistungsanbietern von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen umfasste zunächst 369 Anbieter (Rheinland: 162 Anbieter, Westfalen-Lippe: 207 Anbieter), darunter unter anderem heilpädagogische und interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Beratungsstellen, Frühförderzentren sowie Autismus-Therapie-Zentren. Das Gesamtverzeichnis aller Anbieter wurde anschließend in 53 kommunale Exceldateien aufgeteilt.

Aufforderung der Kommunen zur Mitwirkung bei der Studie

Nachdem die Sozialdezernentinnen und -dezernenten durch die beiden Landschaftsverbände am 06. September 2018 auf die anstehende Kontaktaufnahme durch das ISG hingewiesen wurden, hat das ISG am 26. September 2018 die Einladungen zur Mitwirkung bei der vorliegenden Studie per E-Mail versandt. Die Sozialdezernentinnen und -dezernenten wurden im Kontext des Anschreibens über das Vorhaben informiert und um Unterstützung des ISG bei der Durchführung der Studie gebeten. Konkret wurden die Träger dazu aufgefordert, das jeweilige Verzeichnis zu den lokal ansässigen Frühförderstellen und weiteren Anbietern zu korrigieren und Verträge bzw. Vereinbarungen mit den Leistungserbringern sowie – falls vorhanden – Qualitätskonzepte, die bezüglich der Erbringung von Frühförderleistungen bestehen, zur Verfügung stellen. Diese Dokumente sollten als Basisdaten zur Vorbereitung der Befragung und ggf. zur Verhandlung neuer vertraglicher Regelungen durch die Landschaftsverbände gelten, die als zukünftige Aufgabenträger ab 2020 unmittelbare Vertragspartner sein werden. Zusätzlich waren die Dokumente notwendig für die Vertragsanalyse, die neben den beiden Befragungen einen weiteren Bestandteil des Auftrags an das ISG darstellte (vgl. Kapitel 3.2). Hinweise zum Datenschutz waren ebenfalls im Anschreiben enthalten.

Aufgrund der Überarbeitung der Verzeichnisse von Anbietern von Frühförderleistungen reduzierte sich die Anzahl von zunächst 369 Leistungsanbietern, die das Ergebnis der Internetrecherche waren, auf 332 Anbieter (Rheinland: 145 Anbieter, Westfalen-Lippe: 187 Anbieter). Insgesamt 42 Kommunen stellten daneben die für die Vertragsanalyse relevanten Verträge und Vereinbarungen mit Frühfördereinrichtungen und Leistungsanbietern zur Verfügung (Rheinland: 19 Kommunen, Westfalen-Lippe 23 Kommunen; vgl. Kapitel 3.2).

Auftaktveranstaltungen zur Information über die Untersuchung

Zeitnah nach Beginn des Projektes führten die Landschaftsverbände in Kooperation mit dem ISG zwei Auftaktveranstaltungen – im Rheinland sowie in Westfalen – durch, wozu die Sozialdezernenten und -dezernentinnen bzw. die für Frühförderung zuständigen Ansprechpersonen aller Kommunen eingeladen wurden. In diesen Veranstaltungen wurde noch detaillierter über die geplante Befragung zu Strukturen und Prozessen informiert. Im Rahmen einer moderierten Plenardiskussion wurde auch vorgeschlagen einen Pretest mit Expertinnen und Experten einzelner Kommunen durchzuführen. Schließlich wurden erste Ergebnisse der Sichtung von Vertragsversionen vorgestellt.

Die Veranstaltung für die Mitgliedskörperschaften des Rheinlandes fand am 30. Oktober 2018 in Köln statt, die inhaltsgleiche Veranstaltung für die Mitgliedskörperschaften aus Westfalen einen Tag später, am 31. Oktober 2018, in Münster. An beiden Veranstaltungen nahmen jeweils 30 Personen von insgesamt 16 Mitgliedskommunen aus dem Rheinland und 18 Mitgliedskommunen aus Westfalen teil. Darüber hinaus war eine Vertretung des Landkreistages Nordrhein-Westfalen bei der Veranstaltung in Köln anwesend.

In beiden Veranstaltungen wurde deutlich, dass erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedskörperschaften hinsichtlich der Gewährung von Frühförderleistungen bestehen. Die aufgeführten Unterschiede bezogen sich unter anderem auf die Zuständigkeiten für die Leistungsgewährung der Frühförderung und den sehr heterogen gestalteten Prozess der Diagnostik zwischen den einzelnen Ämtern innerhalb der Kommunen. In einigen Mitgliedskörperschaften wurden sogar spezielle Fach- und Beratungsstellen für Frühförderung eingerichtet. Neben diesen Informationen konnten aus den Auftaktveranstaltungen wertvolle Hinweise in Bezug auf die Konzeption der Befragungen der Leistungsträger und -anbieter gewonnen werden, auf die in Kapitel 3.3 eingegangen wird.

3.2 Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen

Über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden zwischen den Leistungsträgern und den Leistungsanbietern in der Regel Verträge abgeschlossen. Bei Leistungsanbietern, die solitäre heilpädagogische Leistungen erbringen, werden entweder Pauschalzahlungen an die Anbieter vereinbart oder bilaterale Verträge über die Erbringung und Vergütung der Leistungen mit dem kommunalen Träger ausgehandelt. Bei Interdisziplinären Frühförderstellen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren, die Komplexleistungen erbringen, stellen die Krankenkassen(-verbände) neben dem kommunalen Träger und dem Leistungserbringer einen weiteren, dritten Vertragspartner dar.

Auf Basis der Abfrage bei den Sozialdezernentinnen und -dezernenten der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen vom 26. September 2018 hat das ISG bis zum 31. Januar 2019 hierzu Rückmeldungen von 42 Kommunen erhalten (Rheinland: 19 Kommunen, Westfalen-Lippe: 23 Kommunen; vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die erhaltenen Verträge und Vereinbarungen

		Gesamt	LVR	LWL
Erhaltene Rückmeldungen		42	19	23
Bilaterale Verträge	Erhaltene Vertragsversionen	121	41	80
	...davon analysierbar	100	35	65
Dreiecksverträge	Erhaltene Vertragsversionen	52	34	18
	...davon analysierbar	50	33	17

Quelle: Vorliegende Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsanbietern

Einige Kommunen gaben bezüglich der Anbieter rein heilpädagogischer Leistungen an, dass sie keine Verträge oder Vereinbarungen mit diesen zur Verfügung stellen können, da in bestimmten zeitlichen Abständen Pauschalvergütungen an die Einrichtungen gezahlt werden, welche entweder als Pauschalzahlung pro Einrichtung oder als Pauschale pro gefördertes Kind erfolgen. Von drei weiteren Mitgliedskörperschaften erfolgte die Rückmeldung, dass hinsichtlich der Vergütung der heilpädagogischen Einrichtungen die

vom Berufs- und Fachverband Heilpädagogik empfohlenen Sätze⁵ zur Orientierung dienen und dementsprechend keine weiteren Verträge vonnöten seien.

Das Ziel dieses Untersuchungsschrittes bestand darin, einerseits die bilateralen Verträge zwischen den Leistungsträgern und -anbietern und andererseits die Dreiecksverträge zwischen den Leistungsträgern, -anbietern und Krankenkassen jeweils hinsichtlich verschiedener Kriterien zu systematisieren und miteinander zu vergleichen. Hierzu hat das ISG zwei Excel-Analyseraster entwickelt und anschließend verschiedene Kriterien, wie z. B. Förderumfang, Vergütungshöhe oder Kostenteilung, jeweils Mittelwerte sowie kleinste und größte Werte für das Land Nordrhein-Westfalen und die beiden Landschaftsverbände ermittelt.

Anzahl der übermittelten Vertragsversionen

Dem ISG lagen Ende Januar 2019 insgesamt 121 Versionen bilateralen Verträge (Rheinland: 41 Versionen, Westfalen-Lippe: 80 Versionen) und 52 Versionen von Dreiecksverträgen (Rheinland: 34 Versionen, Westfalen-Lippe: 18 Versionen) vor. Von den 121 bilateralen Vertragsversionen konnten 100 Verträge (Rheinland: 35 Versionen, Westfalen-Lippe: 65 Versionen) für die Analyse herangezogen werden. Die 21 restlichen Verträge waren teilweise veraltet bzw. beinhalteten keine Informationen zum Umfang der Fördereinheiten oder zu Vergütungssätzen.

Von den 52 vorliegenden Dreiecksvertragsversionen (Rheinland: 34 Versionen, Westfalen-Lippe: 18 Versionen) konnten – bis auf zwei Verträge, bei denen der Anhang zu den Vergütungsvereinbarungen fehlte – nahezu alle in das Analyseraster eingearbeitet werden (Gesamt: 50 Versionen, Rheinland: 33 Versionen, Westfalen-Lippe: 17 Versionen). Konkrete Angaben zu gezahlten Vergütungssätzen waren den Dreiecksverträgen allerdings selten zu entnehmen, sodass diese lediglich in Hinblick auf die Kostenteilung bei den einzelnen Leistungsbestandteilen zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkassen ausgewertet werden konnten.

Aufbau der Verträge

Nach einer Durchsicht erster bilateralen, für solitäre heilpädagogische Leistungen relevanter Vertragsversionen zeigte sich, dass sich diese sowohl hinsichtlich der formellen Struktur als auch der enthaltenen Informationen deutlich voneinander unterschieden: Die bilateralen Verträge wurden jeweils individuell zwischen Leistungsträger und -erbringer erarbeitet. Es gab keinen Mustervertrag, der hierbei als Vorlage herangezogen werden konnte. Dementsprechend heterogen gestalteten sich die einzelnen Vertragsversionen. Insgesamt ließen sich nur wenige Analyse Kriterien identifizieren, die in sämtlichen Versionen enthalten waren:

- Zeitlicher Umfang einer Fördereinheit (ambulant und mobil)

⁵ <https://bhpagatur.de/gebuehrenempfehlung/> (zuletzt abgerufen am 08.02.2019)

- Vergütung einer Fördereinheit (ambulant, mobil und als Gruppenförderung)
- Anteile der direkten Leistungen (d. h. Face-to-Face-Arbeit am Kind oder an den Eltern) und der indirekten Leistungen (z. B. Vor- und Nachbereitung) an der gesamten Fördereinheit

Die Dreiecksverträge bzw. Verträge über die Interdisziplinäre Frühförderung nach § 46 (ehemals § 30) SGB IX hingegen wurden alle nach einem einheitlichen Mustervertrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. geschlossen. Der Aufbau der Verträge ist dabei weitestgehend identisch: Sie beinhalten i. d. R. insgesamt 19 Paragraphen, die allgemeine Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis, zur Komplexleistung, zur Einrichtung der Verfahren (Eingangsverfahren, Antrags- und Bewilligungsverfahren), zur Vergütung und zum Abrechnungsverfahren, zum Datenschutz, zum Verfahren bei Vertragsverstößen und bei Regressverfahren sowie zur Qualitätssicherung enthalten. Ebenfalls einheitlich strukturiert sind die zum Vertrag gehörenden Anlagen, wobei im Rahmen der hier durchgeführten Analysen lediglich die dem Vertrag anliegenden Vergütungsvereinbarungen bezüglich der Kostenteilung zwischen dem kommunalen Träger und den Krankenkassen von Relevanz waren. Die Kostenteilung wird hinsichtlich der folgenden sechs Leistungsbestandteile vereinbart:

- Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans
- Reduzierte Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans
- Fördereinheiten
- Fördereinheiten in der Gruppe
- Verlaufsdiagnostik
- Abschlussdiagnostik

Im Rheinland wurden bis auf wenige Ausnahmen lediglich Vereinbarungen zur Kostenteilung für die beiden Leistungsbestandteile der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik sowie der Fördereinheit vereinbart. Nur sechs rheinländische Verträge enthielten Informationen zu den anderen vier Leistungsbestandteilen. In Westfalen-Lippe hingegen ist dies anders geregelt und die vorliegenden Verträge enthielten gleichermaßen Informationen zu der Kostenteilung bei der Eingangsdiagnostik, der reduzierten Eingangsdiagnostik, den Fördereinheiten sowie den Kosten der Verlaufsdiagnostik und der Abschlussdiagnostik. Etwa die Hälfte der westfälischen Verträge beinhaltete darüber hinaus Informationen zu den Kosten bei den Fördereinheiten in der Gruppe (sieben Verträge).

Die Analyse der Verträge erfolgte für die bilateralen Verträge und die Dreiecksverträge aufgrund der Heterogenität ihrer Inhalte und Strukturen getrennt voneinander. Die Darstellung der Ergebnisse beider Analysen erfolgt in Kapitel 4.

3.3 Analyse der Qualitätsbegriffe und -standards

Als weiterer Bestandteil der vorliegenden Studie galt es zu ermitteln, welche Qualitätsbegriffe und -standards mit der Leistung Frühförderung im Land Nordrhein-Westfalen verbunden sind und inwiefern sich diese zwischen den 53 Kreisen und Städten voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund sollten die Qualitätskonzepte verschiedener Kommunen verglichen und analysiert werden, um daraus verbreitete Qualitätsmerkmale und -faktoren von Frühförderung ableiten zu können und den Landschaftsverbänden an die Hand zu geben. In diesem Zusammenhang hat das ISG bei der Kontaktaufnahme mit den Sozialhilfeträgern neben der Bitte um die Übermittlung von Verträgen und der korrigierten Einrichtungsverzeichnisse darum gebeten, entsprechende Qualitätskonzepte zur Frühförderung zur Verfügung zu stellen (vgl. Kapitel 3.1).

Infolge dieser Abfrage wurden allerdings lediglich von acht Kommunen die Konzepte übermittelt. Hinzu kommt, dass sich die Konzepte sowohl in Hinblick auf ihren Umfang als auch auf ihre Inhalte und Strukturen deutlich voneinander unterscheiden, was eine Ableitung einheitlicher Qualitätsbegriffe und -standards nur schwer möglich macht. Einige der übermittelten Konzepte sind eher in Form von Systembeschreibungen gestaltet und nehmen Bezug auf Abläufe bei Diagnostik und Vermittlung, wohingegen andere sich eher auf spezifische Behinderungsformen (z. B. Autismus-Spektrums-Störungen) und damit einhergehend eher auf Ideen, Aufgaben, Ziele und beabsichtigte Personenkreise für entsprechende Therapieangebote konzentrieren. Andere Kommunen wiederum haben spezielle Konzeptionen und Leistungsbeschreibungen für einzelne Beratungs- oder Frühförderstellen oder Konzepte zur Finanzierung der Leistungsangebote zur Verfügung gestellt.

Den übermittelten Konzepten ist gemeinsam, dass sie sich alle am Leitbild der Interdisziplinarität, an interessenorientierter Elternarbeit und Zielen wie z. B. einer weitestgehenden Kompensation der Auswirkungen von Behinderungen orientieren. Neben den Leitbildern der Arbeit der Frühförderung werden auch die einzelnen Maßnahmen und Therapieformen meist ausführlich beschrieben, insbesondere bei anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, die die Komplexleistung anbieten.

Über diese Aspekte hinaus gibt es jedoch keine weiteren Kriterien in den Konzepten, die sich systematisch miteinander vergleichen oder analysieren ließen. Um dennoch ein umfassendes Bild über die Besonderheiten und Qualitätsstandards bei der Gewährung von Frühförderleistungen in den jeweiligen Kommunen zu erhalten, wurde eine entsprechende Abfrage zu qualitativen Prozessen und Besonderheiten in den Fragebogen für die Leistungsträger aufgenommen, deren Ergebnisse in Kapitel 5.5 wiedergegeben werden.

3.4 Schriftliche Befragungen der Leistungsträger und Leistungsanbieter

In der vorliegenden Studie sollten einerseits die derzeitigen Aufgabenbereiche, Strukturen und Prozesse innerhalb der für die Leistungsgewährung von Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe zuständigen Ämter und Fachstellen der Mitgliedskörperschaften – d. h. in der Regel die des Sozialamtes – erfasst sowie andererseits ein Überblick über die Strukturen der Frühfördereinrichtungen und die weiteren Leistungsanbieter von Frühförderung geschaffen werden.

Inhalte der Befragung der Leistungsträger

Mit der Befragung der kommunalen Träger war beabsichtigt, Informationen zur finanziellen, personellen und strukturellen Ausgestaltung der Frühförderleistungen zu erheben. Konkret waren hierbei folgende Aspekte und Fragestellungen von Interesse:

- Kontaktdaten und Ansprechpersonen der zuständigen Verwaltungen
- Leistungsdaten im Sinne der Fallzahlen in den Jahren 2012 bis 2017 für Kinder von 0 Jahren bis zum Schuleintritt (außer nichtärztliche, sozialpädiatrische Leistungen nach § 43 a SGB V), insbesondere:
 - Anzahl der Beziehenden von Komplexleistungen
 - Anzahl der Beziehenden von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden
 - Anzahl der Beziehenden von solitären heilpädagogischen Leistungen
- Finanzielle Daten im Sinne von:
 - durchschnittliche Kosten pro Fall
 - jährlicher Gesamtaufwand für die Leistungsbeziehenden in den Jahren 2012 bis 2017 für die unterschiedlichen Leistungsformen
 - Anteile von personenzentrierter oder einrichtungszentrierter Finanzierung (sofern relevant, z. B. bei Frühförderstellen, die pauschal finanziert werden)
- Verwaltungsverfahren zur Leistungsgewährung, wobei hier von Interesse war:
 - eingebundenes Personal bei der Diagnostik und bei der Leistungsgewährung
 - Regelungen zur Zuständigkeit von Frühfördereinrichtungen für bestimmte Einzugsgebiete
 - Ausschlussstatbestände
- Einschätzung der bestehenden Versorgungsqualität hinsichtlich der jeweils angebotenen Leistungsformen

- Bisher verwendete Controlling-Konzepte, Berichts- und Kennzahlensysteme zur Frühförderung
- Prozesse der Fallübernahme, wobei insbesondere folgende Fragen im Mittelpunkt standen:
 - Wie ist die Fallaktenführung in den einzelnen Kommunen organisiert?
 - Welche weiteren Akten sind darüber hinaus für die Fallübernahme notwendig?
 - Gibt es ein datenbankgestütztes Softwareverfahren für die Bereitstellung von Fachdaten und Akten? Wenn ja, wie lautet die Bezeichnung?
 - Welche Erwartungen haben die Mitgliedskörperschaften bezüglich eines reibungslosen Ablaufs der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände?
 - Welche Qualitätsstandards und Besonderheiten gibt es in den einzelnen Kommunen hinsichtlich der Gewährung von Frühförderleistungen? Welche dieser Prozesse sollten unbedingt erhalten bleiben?

Inhalte der Befragung der Leistungsanbieter

Erhebungsmerkmale der Befragung der Leistungsanbieter von Frühförderung waren unter anderem:

- angebotenes Leistungsspektrum
- beschäftigtes Personal in den Einrichtungen und dessen Professionen
- Ausgestaltung der Frühförderleistungen
- Kooperationsbeziehungen und ihre Intensität
- Zugang zur Leistung
- Fallzahlen und Merkmale der geförderten Kinder im Jahr 2017

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Befragung der Leistungsträger und in Kapitel 6 die der Leistungsanbieter in Bezug auf die hier genannten Fragestellungen erörtert.

Konzeption und Versand der Fragebögen

Die Konzeption der Fragebögen erfolgte in enger Abstimmung zwischen dem ISG und den Auftraggebern. Zusätzlich konnten wertvolle Informationen aus den beiden Auftaktveranstaltungen gewonnen und in die beiden Fragebögen eingearbeitet werden. Darüber hinaus erfolgte ein Pretest der Fragebögen mit zwölf Vertreterinnen und Vertretern aus acht nordrhein-westfälischen Kommunen. Hierbei wurde auf eine paritätische Zusammensetzung dieser Kommunen geachtet, d. h. jeweils vier Kommunen entstammten aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe; dabei waren jeweils vier Kreise und kreisfreie Städte vertreten. Eine wichtige Erkenntnis aus dem Pretest war, dass in einigen Städten

und Kreisen, in denen die Eingangsdiagnostik nicht in den Frühförderstellen selbst, sondern beim Sozialhilfeträger stattfindet, hierfür spezielle Clearing- bzw. Diagnostikstellen eingerichtet seien. Häufig sei dies in Kommunen ohne anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen der Fall. Auch die Arbeit dieser Stellen müsse berücksichtigt und im Rahmen der Befragung abgebildet werden, um ein realistisches Bild der Frühförderstrukturen in den einzelnen Mitglieds Körperschaften entwerfen zu können. Deshalb wurde ein dritter Fragebogen speziell für die Clearing- und Diagnostikstellen entwickelt.

Befragungsrückläufe und Rückmeldungen zu den Fragebögen

Sowohl die Leistungsträger und Clearing- bzw. Diagnostikstellen als auch die Leistungsanbieter wurden darum gebeten, bis zum Jahresende an der Befragung teilzunehmen. Aufgrund einiger Rückmeldungen, dass die Frist wegen des anstehenden Jahreswechsels zu kurz sei, wurde die Abgabefrist verlängert und auf den 18. Januar 2019 datiert. Die Rücklaufquoten für die drei Befragungen mit dem Stand vom 13. Februar 2019 können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Rücklaufquoten der Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter

		Gesamt	LVR	LWL
Leistungs- träger	Kontaktiert	53	26	27
	Ausgefüllte Fragebögen	52	26	26
	Rücklaufquote	98%	100%	96%
Leistungs- anbieter	Ursprünglich Kontaktiert	332	145	187
	...davon unzustellbar	29	16	13
	Nachträglich kontaktiert	29	13	16
	Ausgefüllte Fragebögen	131	52	79
	Rücklaufquote	39%	34%	44%
Clearing- stellen	Ausgefüllte Fragebögen	15	2	13

Quelle: Schriftliche Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter durch das ISG

Von den 53 Mitglieds Körperschaften in Nordrhein-Westfalen haben sich bis auf einen Landkreis in Westfalen-Lippe alle an der schriftlichen Befragung der Leistungsträger durch das ISG beteiligt und die beantworteten Fragebögen übermittelt. Damit beläuft sich die Rücklaufquote insgesamt auf 98 %, für das Rheinland auf 100 % sowie für Westfalen-Lippe auf 96 %, was einer Vollerhebung nahekommt. Daneben hat das ISG die ausgefüllten Fragebögen von insgesamt 15 Clearing- und Diagnostikstellen zurückerhalten (Rheinland: 2, Westfalen-Lippe: 13). Da nicht bekannt ist, wie viele Clearing- und Diagnostikstellen in den Mitglieds Körperschaften insgesamt eingerichtet sind, kann für diese keine entsprechende Rücklaufquote ermittelt werden.

Der Rücklauf für die Befragung der Leistungsanbieter fällt wie zu erwarten deutlich geringer aus als der der Leistungsträger. Insgesamt wurden 332 Leistungsanbieter (Rheinland: 145 Anbieter, Westfalen-Lippe: 187 Anbieter) zur Befragung eingeladen. Bis zum

01. Februar 2019 lagen die bearbeiteten Fragebögen von insgesamt 131 Leistungsanbietern vor (Rheinland: 52 Anbieter, Westfalen-Lippe: 79 Anbieter). Die Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe der Leistungsanbieter in Nordrhein-Westfalen beläuft sich damit auf 39 % und liegt für Westfalen-Lippe mit einer Quote von 44 % um zehn Prozentpunkte höher als diejenige im Rheinland mit 34 %.

Neben den ausgefüllten Fragebögen haben einige kontaktierte Einrichtungen und Leistungsanbieter dem ISG weitere Unterlagen übermittelt, um die spezifische Situation ihrer Institution darzustellen. Um über den Fragebogen hinaus Einblicke in die besondere Rolle der SPZ bei der Erbringung von Frühförderleistungen zu erhalten, haben die Landesarbeitsgemeinschaft der SPZ in Nordrhein-Westfalen sowie weitere einzelne SPZ dem ISG Erläuterungen und Stellungnahmen hierzu übermittelt, die als Ergänzung der Befragung in Kapitel 6.6 zusammenfassend dargestellt werden.

4. Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen, die zwischen kommunalen Trägern und Leistungserbringern (bilaterale Verträge über die Erbringung solitärer heilpädagogischer Leistungen) bzw. kommunalen Trägern, Krankenkassen und Leistungserbringern (Dreiecksverträge über die Erbringung der Komplexleistung) geschlossen werden, erörtert. In Kapitel 3.2 wurden hierzu bereits der Hintergrund und das methodische Vorgehen dargelegt.

4.1 Bilaterale Verträge

Von den 121 an das ISG übermittelten bilateralen Vertragsversionen, die mit den Anbietern heilpädagogischer Frühförderleistungen geschlossen wurden, konnte eine Anzahl von insgesamt 100 Verträgen mithilfe des vom ISG entwickelten Analyserasters ausgewertet und für die Berechnungen der relevanten Kennzahlen herangezogen werden (Rheinland: 35 Verträge, Westfalen-Lippe: 65 Verträge; vgl. Kapitel 3.2). Die entsprechenden Ergebnisse hierzu können Tabelle 3 entnommen werden und werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

Wichtige Kennzahlen bei der bilateralen Vertragsanalyse betreffen einerseits den Umfang der geleisteten Fördereinheiten und andererseits deren Vergütung. Sowohl hinsichtlich des Umfangs der Fördereinheiten als auch in Bezug auf deren Vergütung wurde zwischen ambulanter und mobiler Frühförderung differenziert. Da der Umfang der Fördereinheiten zwischen den Kommunen stark variierte, aber eine Vergleichbarkeit der entsprechenden Daten hergestellt werden sollte, wurden die Kennzahlen immer auf eine durchschnittliche Dauer von 45 Minuten bezogen.

Im Hinblick auf den Gesamtumfang der heilpädagogischen Fördereinheiten, der einerseits die indirekten und andererseits die direkten Leistungen umfasst, lässt sich zunächst vermerken, dass sich dieser landesweit auf jeweils durchschnittlich 83 Minuten beläuft. Der Median, der neben dem Durchschnitt als weiterer Mittelwert herangezogen werden kann, teilt eine der Größe nach geordnete Reihung genau in der Hälfte; 50 % der Daten sind maximal so groß wie der angegebene Wert und die anderen 50 % sind mindestens so groß. Der Median des Gesamtumfangs einer Fördereinheit beträgt in beiden Verbänden jeweils 90 Minuten. Die kürzesten Fördereinheiten dauern in beiden Verbänden jeweils lediglich 45 Minuten, die längste Einheit umfasst im Rheinland 120 und in Westfalen-Lippe sogar 150 Minuten.

Tabelle 3: Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge

			Gesamt (N=100)					LVR (N=35)					LWL (N=65)				
			N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
			Umfang der Fördereinheiten (in Minuten)														
ambulante	Umfang	Min.	79	83	90	45	150	28	83	90	45	120	51	83	90	45	150
	Direkt	Min.	69	58	60	30	120	28	57	60	30	90	41	58	60	45	120
		%	57	67%	67%	40%	100%	18	66%	67%	50%	100%	39	67%	67%	40%	100%
	Indirekt	Min.	54	36	30	10	75	23	29	30	15	60	31	42	45	10	75
		%	48	38%	42%	15%	56%	17	36%	33%	15%	50%	31	39%	43%	17%	56%
mobil	Umfang	Min.	15	116	119	93	160	8	137	135	119	160	7	93	93	93	93
			Vergütung der Fördereinheiten (in Euro)														
ambulante	Einzel	FE	84	78	75	40	133	33	77	71	42	133	51	79	87	40	126
		45 Min.	61	46	44	20	72	24	43	47	20	62	37	48	44	20	72
	Gruppe	FE	44	56	53	20	102	10	50	45	20	97	34	58	58	28	102
		45 Min.	32	31	32	12	49	7	26	27	12	49	25	32	33	20	40
mobil	Einzel	FE	35	81	76	61	141	10	86	81	71	113	25	79	72	61	141
		45 Min.	26	54	54	23	79	7	44	45	30	61	19	58	61	23	80

Legende: N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Min. = Minuten, % = prozentualer Anteil an der gesamten Fördereinheit, Einzel = Einzelförderung, Gruppe = Gruppenförderung (2 Kinder), FE = Vergütung pro Fördereinheit, 45 Min. = Vergütung pro 45 Minuten, N = Anzahl der Antworten, Ø = Durchschnitt, Med = Median, Min = kleinster Wert, Max = größter Wert.

Quelle: Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen durch das ISG

Eine Differenzierung zwischen den direkten und indirekten Leistungen zeigt, dass die Face-to-Face-Arbeit mit dem Kind in beiden Landesteilen mit rund 58 Minuten (Rheinland: 57 Minuten, Westfalen-Lippe: 58 Minuten) ins Gewicht fällt und damit etwa zwei Drittel einer gesamten Fördereinheit ausmacht (vgl. Tabelle 3). Vor- und Nachbereitungszeit als indirekter Teilbestandteil der ambulanten Fördereinheiten belaufen sich insgesamt auf durchschnittlich 36 Minuten und entsprechen damit einem Anteil von etwa einem guten Drittel an der Gesamteinheit (38 %), wobei der Anteil der indirekten Leistungen in Westfalen-Lippe mit durchschnittlich 42 Minuten (39 %) um drei Prozentpunkte höher ausfällt als der entsprechende Anteil im Rheinland mit 29 Minuten (36 %). Im Rheinland beträgt die geringste Dauer für die direkte Face-to-Face-Arbeit am Kind 30 Minuten und in Westfalen-Lippe 45 Minuten; die höchste Dauer hingegen liegt im Rheinland bei 90 und in Westfalen-Lippe bei 120 Minuten.

Bei der Betrachtung des durchschnittlichen Umfangs einer mobilen Fördereinheit muss zunächst angemerkt werden, dass aus Westfalen-Lippe hierzu lediglich sieben Vertragsversionen aus einer einzigen Mitgliedskörperschaft vorlagen, was sowohl die Repräsentativität als auch die Aussagekraft der ermittelten Werte einschränkt. In diesen sieben

Versionen werden jeweils lediglich drei Minuten für die Fahrtzeit eingeplant (ambulante Fördereinheit: 90 Minuten, mobile Fördereinheit: 93 Minuten). Für das Rheinland konnten entsprechende Informationen zum Umfang mobiler Fördereinheiten aus acht Verträgen unterschiedlicher Kommunen entnommen werden: Hier beträgt der durchschnittliche Umfang der mobilen Fördereinheit 116 Minuten und übersteigt damit die durchschnittliche Dauer einer ambulanten Fördereinheit (83 Minuten) um etwas mehr als 30 Minuten.

Hinsichtlich der Vergütung der Fördereinheiten konnten den vorliegenden Verträgen Informationen zur Vergütung sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppenförderungen mit zwei Kindern entnommen werden. Teilweise enthielten die Verträge auch Informationen zur Vergütung bei Gruppenförderungen mit mehr als zwei Kindern. Da dies jedoch nur auf eine Handvoll der Verträge zutrifft, wurden diese Angaben keiner Analyse unterzogen. Bei den ambulanten Fördereinheiten beträgt die Vergütung einer 45-minütigen Einzelförderung landesweit durchschnittlich 46 Euro; in Westfalen-Lippe liegt sie mit 48 Euro um 5 Euro höher als die entsprechende Vergütung im Rheinland (43 Euro). Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (BHP) empfiehlt für eine 45-minütige ambulante Einzelförderung allerdings eine Vergütung von rund 64 Euro⁶, von der also im Landesmittel etwa um 16 Euro nach unten abgewichen wird. Drei Mitgliedskörperschaften gaben explizit im Rahmen der Vertragsanalyse an, den heilpädagogischen Frühförderstellen die vom BHP empfohlenen Vergütungssätze zu zahlen. Die geringste Vergütung beziffert sich für beide Verbände sowie landesweit auf 20 Euro und die höchste auf landesweit 72 Euro (Rheinland: 62 Euro, Westfalen-Lippe: 72 Euro) pro 45 Minuten. Die Differenz zwischen dem kleinsten und dem größten Betrag, der für eine 45-minütige ambulante Einzelfördereinheit gezahlt wird, liegt damit landesweit bei 52 Euro.

Für eine Gruppenförderung zweier Kinder werden durchschnittlich 31 Euro pro Kind und 45-minütiger Fördereinheit gezahlt. Auch hier übersteigt die entsprechende Vergütung in Westfalen-Lippe die Vergütung im Rheinland um etwa 6 Euro (Rheinland: 26 Euro, Westfalen-Lippe: 32 Euro). Allerdings wird auch bei der Gruppenförderung von der Empfehlung des BHP (41 Euro) um etwa zehn Euro nach unten abgewichen.

Die mobile Einzelförderung wird im Durchschnitt mit 54 Euro und damit um 8 Euro höher vergütet als die ambulante Einzelförderung (46 Euro). In Westfalen-Lippe liegt sie bei 58 Euro, wobei erneut zu berücksichtigen ist, dass die Angaben hierzu lediglich aus einer Kommune stammen und damit nicht als repräsentativ anzusehen sind. Entsprechende Informationen aus den Vertragsversionen des Rheinlandes zeigen, dass dort eine mobile Fördereinheit mit durchschnittlich 44 Euro vergütet wird. Hier empfiehlt der BHP einen Betrag von 79 Euro à 45 Minuten.

Zusammenfassend ergibt sich bei der bilateralen Vertragsanalyse hinsichtlich des Fördereinheitenumfangs ein relativ einheitliches Bild: Im Vergleich beider Verbände liegen

⁶ <https://bhpagatur.de/gebuehrenempfehlung/> (zuletzt abgerufen am 08.02.2019)

Durchschnittsdauer mit 83 Minuten pro Fördereinheit und Anteile der Face-to-Face-Leistungen eng beieinander (Westfalen-Lippe: 67 %, Rheinland: 66 %). Die Vor- und Nachbereitungszeit umfasst in Westfalen-Lippe mit 42 Minuten (39 % der Gesamtförderung) 13 Minuten mehr als die im Rheinland mit 29 Minuten (36%). Die Vergütungsstrukturen der heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen deuten insgesamt auf eine etwas höhere Vergütung in Westfalen-Lippe hin und liegen bei ambulanter Einzel- und ambulanter Gruppenförderung um rund 5 Euro höher als im Rheinland.

4.2 Dreiecksverträge

Bei der Analyse der Dreiecksverträge, die über die Erbringung und Vergütung der Komplexleistung zwischen kommunalem Träger, Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden, konnten insgesamt 50 Vertragsversionen herangezogen werden. Das Rheinland, in dem die Frühförderstellen deutlich häufiger die Komplexleistung erbringen als in Westfalen-Lippe, ist mit etwa doppelt so vielen Verträgen vertreten (33 Verträge) wie Westfalen-Lippe (17 Verträge). Die Anzahl der Verträge mit Angaben zur Kostenteilung bei den entsprechenden Einzelbestandteilen der Förderung sind Tabelle 4 zu entnehmen (N). Anteilig werden dort die Kostenübernahmen durch den Sozialhilfeträger (SH) sowie durch die Krankenkassen (KK) abgebildet.

Bei der Darstellung der jeweiligen Anteile der Kostenübernahme bei den einzelnen Leistungsbestandteilen muss berücksichtigt werden, dass im Rheinland in der Regel lediglich die Kostenteilung bei der Eingangsdiagnostik sowie bei den Fördereinheiten vertraglich vereinbart werden. Nur eine Handvoll rheinländischer Verträge enthält entsprechende Angaben zu den anderen vier Förderbestandteilen (vgl. N in Tabelle 4).

Die Kosten der Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans innerhalb der Komplexleistung werden durchschnittlich zu etwa einem Viertel von den Sozialhilfeträgern (27 %) und zu drei Vierteln von den Krankenkassen übernommen (73 %). Das Rheinland weist die Besonderheit auf, dass die Eingangsdiagnostik bis zu 100 % von den Krankenkassen übernommen werden kann, daher liegt der Durchschnitt hier bei einem Anteil von 90 %, der durch die Krankenkassen, und 10 %, der durch den kommunalen Sozialhilfeträger finanziert wird. In Westfalen-Lippe beträgt der Anteil der Finanzierung durch die Krankenkasse hingegen lediglich 39 % und der entsprechende Anteil des Sozialhilfeträgers 61 %.

Hinsichtlich der Kostenteilung bei der reduzierten Eingangsdiagnostik mit Erstellung des Förder- und Behandlungsplans liegen insgesamt 19 Vertragsversionen mit entsprechenden Angaben vor, davon nur vier aus dem Rheinland. Im Landesmittel tragen die kommunalen Sozialhilfeträger die Kosten der reduzierten Eingangsdiagnostik mit 55 % zu etwas mehr und die Krankenkassen mit 45 % zu etwas weniger als der Hälfte. Westfalen-Lippe weist mit einem Kostenanteil von 60 % für den Sozialhilfeträger und 40 % für die

Krankenkasse wie auch bei der vollständigen Eingangsdiagnostik eine stärkere Übernahme seitens des kommunalen Trägers auf als das Rheinland (Sozialhilfeträger: 36 %, Krankenkasse: 64 %).

Tabelle 4: Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge

	Gesamt (N=50)					LVR (N=33)					LWL (N=17)				
	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
Die Kosten der Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans trägt															
SH	50	27%	0%	0%	75%	33	10%	0%	0%	50%	17	61%	58%	50%	75%
KK	50	73%	100%	25%	100%	33	90%	100%	50%	100%	17	39%	42%	25%	50%
Die Kosten der reduzierten Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans trägt															
SH	19	55%	55%	50%	75%	4	36%	46%	0%	50%	15	60%	55%	50%	75%
KK	19	45%	45%	25%	50%	4	65%	54%	50%	100%	15	40%	45%	25%	50%
Die Kosten der Fördereinheiten trägt															
SH	49	63%	63%	40%	75%	33	61%	60%	40%	72%	16	68%	70%	58%	75%
KK	49	37%	37%	25%	60%	33	39%	40%	35%	60%	16	32%	30%	25%	42%
Die Kosten der Fördereinheiten in der Gruppe trägt															
SH	8	64%	66%	58%	67%	1	60%	60%	60%	60%	7	65%	66%	58%	67%
KK	8	36%	34%	33%	42%	1	40%	40%	40%	40%	7	35%	34%	33%	42%
Die Kosten der Verlaufsdiagnostik trägt															
SH	22	55%	50%	48%	75%	6	47%	50%	42%	50%	16	58%	54%	48%	75%
KK	22	45%	50%	25%	58%	6	53%	50%	50%	58%	16	42%	46%	25%	52%
Die Kosten der Abschlussdiagnostik trägt															
SH	22	55%	50%	48%	75%	6	47%	50%	42%	50%	16	58%	54%	48%	75%
KK	22	45%	50%	25%	58%	6	53%	50%	50%	58%	16	42%	46%	25%	52%

Legende: SH = Sozialhilfeträger, KK = Krankenkasse, N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Ø = Durchschnitt, Med = Median, Min = kleinster Wert, Max = größter Wert

Quelle: Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen durch das ISG

Die 49 Angaben zur Kostenübernahme bei den interdisziplinären Fördereinheiten liefern im Gesamt ein landesweit relativ einheitliches Bild: In 63 % erfolgt die Übernahme durch den kommunalen Träger (Rheinland: 61 %, Westfalen-Lippe: 68 %) und in 37 % durch die Krankenkassen (Rheinland: 39 %, Westfalen-Lippe: 32 %). Dies entspricht auch in etwa den Übernahmeanteilen bei der Gruppenförderung (Sozialhilfeträger: 64 %, Krankenkassen: 36 %), wobei hierzu nur acht Vertragsversionen mit relevanten Angaben vorlagen (Rheinland: eine, Westfalen-Lippe: sieben).

Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik weisen nahezu identische Werte auf und werden durchschnittlich jeweils zu 55 % vom kommunalen Träger und zu 45 % von den Krankenkassen getragen. Sowohl die Verlaufs- als auch die Abschlussdiagnostik werden im Rheinland tendenziell ein wenig stärker durch die Krankenkassen (53 %) als durch den Sozialhilfeträger finanziert (47 %), als dies in Westfalen-Lippe der Fall ist (Sozialhilfeträger: 58 %, Krankenkassen: 42 %).

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Komplexleistungsverträge in Westfalen-Lippe eine stärkere Übernahme durch den kommunalen Träger konstatieren (kleinster Durchschnittswert der Übernahme durch den Sozialhilfeträger: 48 %) als im Rheinland (kleinster Durchschnittswert: 0 %). Dies lässt sich anhand der eingangs beschriebenen Besonderheit in diesem Verband erklären, dass im Rheinland die Krankenkassen die Eingangsdiagnostik teilweise vollständig finanzieren. Hinzu kommt, dass in Westfalen-Lippe die Aufteilung der Kostenübernahme der einzelnen Leistungsbestandteile der Komplexleistung zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkassen bei allen Leistungsbestandteilen ausgeglichener ist. Lediglich bei der Eingangsdiagnostik sind die Krankenkassen weniger stark beteiligt.

5. Ergebnisse der Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Im vorliegenden Berichtsteil werden die Ergebnisse aus der Befragung der derzeitigen Leistungsträger der Mitgliedskörperschaften, die in der Regel die Sozialhilfeträger, gelegentlich aber auch die Gesundheitsämter oder weitere Fachstellen sind, erläutert. Die Strukturierung des Kapitels orientiert sich dabei an der Strukturierung des schriftlichen Fragebogens: Zunächst erfolgt eine Ergebnisdarstellung der allgemeinen Angaben zu den kommunalen Trägern (Kapitel 5.1), anschließend wird auf die Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung eingegangen (Kapitel 5.2) und es erfolgt eine Darlegung der Finanzdaten und Fallzahlen (Kapitel 5.3). Daraufhin werden Informationen zur konkreten Fallübernahme dargestellt (Kapitel 5.4) und die Ideen der Kommunen für die Aufgabenübernahme sowie deren Qualitätsverständnis von Frühförderung aufgeführt (Kapitel 5.5). Die Ergebnisse aus dem Fragebogen an die Clearing- und Diagnostikstellen schließen diesen Berichtsteil ab (Kapitel 5.6).

5.1 Allgemeine Angaben

Zunächst wurden die Leistungsträger darum gebeten, Angaben dazu zu machen, wie viele Ämter bzw. Fachstellen in ihrem Zuständigkeitsgebiet für die Leistungsgewährung von solitären heilpädagogischen Leistungen sowie heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) zuständig sind. Dies kann pro Leistungsform sowohl lediglich ein einziges Amt bzw. eine einzige Fachstelle sein, es gibt aber auch Kommunen, in denen die Leistungsgewährung durch mehrere Ämter oder Fachstellen erfolgt.

In den 52 Kreisen und kreisfreien Städten, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind insgesamt 81 Ämter bzw. Fachstellen in die Gewährung solitärer Leistungen (Rheinland: 37 Ämter, Westfalen-Lippe: 44 Ämter) und 58 in die Gewährung von Komplexleistungen (Rheinland: 34 Ämter, Westfalen-Lippe: 24 Ämter) involviert (vgl. Tabelle 5). Die Einbindung der einzelnen Ämter unterscheidet sich zwischen den beiden Leistungsformen nicht erheblich voneinander: An der Gewährung heilpädagogischer Leistungen ist in 57 % und an der von Komplexleistungen in 60 % der Kommunen das Sozialamt beteiligt. Das Gesundheitsamt macht etwa jede dritte involvierte Stelle aus (bei Solitärleistungen: 36 %, bei Komplexleistungen: 31 %). Weitere Ämter bzw. Fachstellen sind für die Leistungsgewährung an beiden Leistungsformen zu 7 % bzw. 9 % beteiligt. Dazu gehören z. B. das Amt für Menschen mit Behinderung, das Institut für Jugendhilfe, das Integrationsamt, die Inklusionskoordinationsstelle, Sozialpädiatrische Zentren oder Kinder- und Jugendkliniken.

Tabelle 5: Zuständige Ämter bei der Gewährung von Frühförderleistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Für solitäre "heilpädagogische Leistungen" zuständige Ämter						
Insgesamt	81	100%	37	100%	44	100%
... davon Sozialamt	46	57%	24	65%	22	50%
... davon Gesundheitsamt	29	36%	10	27%	19	43%
... davon sonstige Fachstellen	6	7%	3	8%	3	7%
Für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen) zuständige Ämter						
Insgesamt	58	100%	34	100%	24	100%
... davon Sozialamt	35	60%	22	65%	13	54%
... davon Gesundheitsamt	18	31%	9	26%	9	38%
... davon sonstige Fachstellen	5	9%	3	9%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Sowohl im Kontext der Auftaktveranstaltungen mit den Sozialdezernentinnen und -dezernenten als auch im Prozess des Projekts sowie anhand der Befragungsergebnisse hat sich immer wieder herausgestellt, wie deutlich sich die Zuständigkeiten der jeweiligen Ämter und Fachstellen zwischen den einzelnen Mitgliedskörperschaften voneinander unterscheiden.

Angebotsstruktur

Hinsichtlich der Frühförderangebote auf kommunaler Ebene gaben nahezu alle Kommunen an, solitäre heilpädagogische Leistungen zu bewilligen (50 von 52 Kommunen bzw. 96 %, vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Struktur der Frühförderangebote

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)		Kreise (N=29)		Kreisfreie Städte (N=23)	
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"	50	96%	25	96%	25	96%	29	100%	21	91%
Komplexleistungen	33	63%	21	81%	12	46%	18	62%	15	65%
Heilpädagogische und med.-therapeutische Leistungen (nicht Komplexleistung)	10	20%	6	23%	4	15%	7	24%	3	13%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Lediglich eine kreisfreie Stadt in Westfalen-Lippe sowie eine im Rheinland bewilligen keine solitären Leistungen. Komplexleistungen werden landesweit in etwa zwei von drei Mitgliedskörperschaften erbracht (33 Kommunen bzw. 63 %). Beim Vergleich der beiden Verbände zeigen sich deutliche Unterschiede: Im Rheinland wird die Komplexleistung in erheblich mehr Kommunen angeboten (21 Kommunen bzw. 81 %), als dies in Westfalen-Lippe der Fall ist (12 Kommunen bzw. 46 %). Keine Unterschiede ergeben sich hingegen bei der Betrachtung des Typs der Gebietskörperschaft: Sowohl in den Kreisen als auch in den kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens wird die Komplexleistung in ungefähr zwei von drei Kommunen angeboten (Kreise: 62 %, kreisfreie Städte: 65 %). Heilpäda-

gogische und medizinisch-therapeutische Angebote, die nicht als Komplexleistung erbracht werden, spielen landesweit eine eher untergeordnete Rolle und sind insgesamt in etwa jeder fünften Mitgliedskörperschaft vertreten (Gesamt: 20 %, Rheinland: 23 %, Westfalen-Lippe: 15 %).

Tabelle 7: Spektrum weiterer Leistungen der Frühförderstellen und der heilpädagogischen Praxen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)		Kreise (N=29)		Kreisfreie Städte (N=23)	
Autismustherapie	33	63%	19	73%	14	54%	18	62%	15	65%
Petö-/Konduktive Therapie	12	23%	8	31%	4	15%	7	24%	5	22%
Gebärdensprache	9	17%	7	27%	2	8%	6	21%	3	13%
Sonstige Leistungen	17	33%	5	19%	12	46%	12	41%	5	22%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Weitere heilpädagogische Leistungen, die in den Kommunen erbracht werden, stellen unter anderem Autismustherapien und Petö- bzw. Konduktive Therapien dar. Darüber hinaus wird hin und wieder Gebärdensprache als Mittel zur Kommunikation mit gehörlosen Eltern angeboten (vgl. Tabelle 7). Diese können im Leistungsspektrum der Frühförderstellen (interdisziplinäre wie heilpädagogische) oder der heilpädagogischen Praxen angesiedelt sein. In den befragten Kommunen wird in zwei von drei Fällen Autismustherapie angeboten (33 Mitgliedskörperschaften bzw. 63 %), wobei dies auf das Rheinland etwas häufiger zutrifft als auf Westfalen-Lippe (Rheinland: 73 %; Westfalen-Lippe: 54 %) und in Kreisen und kreisfreien Städten etwa gleich häufig vorkommt (Kreise: 62 %; Städte: 65 %). Petö- bzw. konduktive Therapien, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden, werden durchschnittlich in jeder vierten Kommune erbracht (Gesamt: 23 %, Rheinland: 31 %, Westfalen-Lippe: 15 %). In etwa jeder sechsten Mitgliedskörperschaft besteht das Angebot der Gebärdensprache (17 %), allerdings gibt es in Westfalen-Lippe nur zwei Mitgliedskörperschaften, die diese Leistung erbringen. Darüber hinaus bietet im Mittel jede dritte Mitgliedskörperschaft sonstige Leistungen, z. B. in Form von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, heilpädagogischer Reittherapie, Marte Meo und Traumapädagogik an.

5.2 Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung

Der darauffolgende Fragenblock zielte auf Strukturen und Prozesse ab, mit denen in den einzelnen Kommunen die Leistungsgewährung der Frühförderung erfolgt. Die erste Frage bezog sich auf die Vereinbarungen mit den Frühfördereinrichtungen bzw. mit den Anbietern rein solitärer heilpädagogischer Leistungen. Es sollte jeweils angegeben werden, bei wie vielen heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen die Finanzierung einrichtungspauschaliert, d. h. in Form einer Pauschale, die in bestimmten Zeitabständen an die Einrichtung gezahlt wird, in wie vielen Fällen fallpauschaliert, d. h. in Form einer Pauschale, die pro gefördertes Kind an die Einrichtung gezahlt wird, und in wie vielen Fällen

personenorientiert, d. h. in Abhängigkeit von der individuellen Förderbedürftigkeit des geförderten Kindes und der Anzahl der benötigten Fördereinheiten, erfolgt. Die Angaben sollten jeweils für den Monat Dezember 2017 gemacht werden.

Tabelle 8: Anzahl der heilpädagogischen Einrichtungen und der geförderten Kinder bei unterschiedlichen Finanzierungsformen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
	insgesamt					
Einrichtungen	289	100%	127	100%	162	100%
geförderte Kinder	23.204	100%	12.656	100%	10.548	100%
	Einrichtungspauschalierte Finanzierung					
Einrichtungen	16	6%	7	6%	9	6%
geförderte Kinder	2.199	9%	863	7%	1.336	13%
	Fallpauschalierte Finanzierung					
Einrichtungen	14	5%	9	7%	5	3%
geförderte Kinder	3.418	15%	3.173	25%	245	2%
	Personenzentrierte Finanzierung					
Einrichtungen	259	90%	111	87%	148	91%
geförderte Kinder	17.587	76%	8.620	68%	8.967	85%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Den Antworten lässt sich entnehmen, dass landesweit insgesamt 23.204 Kinder (Rheinland: 12.676, Westfalen-Lippe: 10.548) in 289 solitär-heilpädagogischen Einrichtungen (Rheinland: 127 Einrichtungen, Westfalen-Lippe: 162 Einrichtungen) zum o. g. Zeitpunkt entsprechende Leistungen erhielten (vgl. Tabelle 8). Am häufigsten erfolgte die Finanzierung dabei personenorientiert, was auf 259 Einrichtungen (90 %) sowie auf dort geförderte 17.587 Kinder (76 %) zutrifft. Einrichtungs- und fallpauschalierte Vergütungsvereinbarungen werden deutlich seltener gewählt und betreffen landesweit jeweils etwa jede zwanzigste Einrichtung (einrichtungspauschalierte Finanzierung: 6 %, fallpauschalierte Finanzierung: 5 % der Einrichtungen) bzw. jedes neunte geförderte Kind (einrichtungspauschalierte Finanzierung 9 % und fallpauschalierte Finanzierung 15 % der Kinder). Diese Zahlen spiegeln wider, dass die personenorientierte Förderung und damit die Ausrichtung der Förderung nach der individuellen Förderbedürftigkeit des Kindes einen sehr hohen Stellenwert haben. Dies macht deutlich, dass bereits vor der Umsetzung des BTHG der Anspruch des Gesetzes, dass sich die Leistungen von Menschen mit Behinderung am persönlichen Bedarf orientieren sollen (vgl. Kapitel 1), zumindest hinsichtlich der Finanzierungsform in einer großen Breite Anwendung findet. Pauschalierte Finanzierungsformen werden eher selten gewählt.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die hier ermittelte Anzahl von 23.204 Kindern, die im Dezember 2017 solitäre heilpädagogische Leistungen erhalten haben, deutlich größer ist als die entsprechende Anzahl bei einer späteren Frage (12.517 Kinder, vgl. Kapitel 5.3). Es liegt die Vermutung nahe, dass bei der Frage zu Tabelle 8 Stelle Stichtags- und Jahresgesamtzahlen vertauscht bzw. von den Befragten nicht strikt Stichtagsangaben gemacht worden sind, sondern die Größenordnung nur ungefähr getroffen wurde. Da bei

der Abfrage zu Tabelle 20 hingegen explizit auf den Unterschied zwischen Stichtags- und Jahresgesamtzahlen hingewiesen wurde, sollte diese vorrangig zur Interpretation der Fallzahlen herangezogen werden.

In den Mitgliedskörperschaften beschäftigtes Personal

Bezüglich der Stellen, die in den jeweiligen Zuständigkeitsgebieten in den Prozess der Diagnostik, in die Fallkoordination und in übergeordnete Tätigkeiten eingebunden sind, sollten sowohl für solitäre als auch für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen die jeweiligen Vollzeitstellen für den Monat Dezember 2017 angegeben werden. Tabelle 9 kann für unterschiedliche Akteurinnen und Akteure und Berufsgruppen jeweils die Summe der landesweit vorhandenen Vollzeitstellen insgesamt, der Mittelwert der eingesetzten Vollzeitstellen pro 1.000 Kinder in Kommunen mit Angaben zum Personal und der Anteil an allen Vollzeitstellen entnommen werden. Zu beachten ist allerdings, dass hierzu nur Angaben von jeweils 25 (Diagnostik; Rheinland: 7, Westfalen-Lippe: 18), 26 (Fallkoordination; Rheinland: 11, Westfalen-Lippe: 15) bzw. zwölf (übergeordnete Tätigkeiten; Rheinland: 9, Westfalen-Lippe: 6) Mitgliedskörperschaften vorlagen, was dafürspricht, dass die hier abgebildeten Werte die realen Werte deutlich unterschreiten dürften und damit als nicht aussagekräftig zu bewerten sind. Darüber hinaus sind die hier abgebildeten Werte auch nicht als Bemessungsgrundlage für den Personalbedarf der Landschaftsverbände geeignet, da bereits aufgrund der Umstellung auf das BTHG und den damit verbundenen, neuen Aufgaben wie z. B. der Teilhabeplanung von einem deutlich abweichenden Personalaufwand für die Landschaftsverbände auszugehen ist.

Für den Prozess der Diagnostik werden in denjenigen Kommunen, die hierzu Angaben gemacht haben, landesweit insgesamt 46 Vollzeitstellen für heilpädagogische Leistungen (betrifft 7.770 Kinder) und 18 für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen; betrifft 3.305 Kinder) eingesetzt (vgl. Tabelle 9). Dies entspricht 5,9 Vollzeitstellen für solitäre bzw. 2,3 Vollzeitstellen für Komplexleistungen pro 1.000 Frühförderkindern.

Als am häufigsten an der Diagnostik beteiligte Institution wird für beide Leistungsformen das Gesundheitsamt angegeben (54 % für heilpädagogische bzw. 68 % für Komplexleistungen). Bei solitären Leistungen sind seitens des Gesundheitsamtes sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Heilpädagoginnen und -pädagogen an der Diagnostik beteiligt, bei Komplexleistungen hingegen fast ausschließlich Ärztinnen und Ärzte. In wenigen Kommunen werden zusätzlich auch Psychologinnen und Psychologen oder medizinische Fachangestellte des Gesundheitsamtes am Prozess der Diagnostik beteiligt. Keine der Mitgliedskörperschaften gab an, im Rahmen der Eingangsdiagnostik auch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte einzubeziehen. An der Diagnostik für heilpädagogische Leistungen werden in etwa jeder dritten Kommune externe Heilpädagoginnen und -pädagogen beteiligt (32 %). Bei Komplexleistungen sind in 16 % der Kommunen Interdisziplinäre Frühförderstellen und in 6 % Sozialpädiatrische Zentren eingebunden. Weitere

an der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure, die vereinzelt genannt wurden, sind medizinische Assistenzkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Tabelle 9: An der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure und bei der Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpädagog. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)		
	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil
	an der Diagnostik beteiligte Akteurinnen/Akteure (N=25)					
insgesamt	45,6	5,9	100%	17,7	2,3	100%
Gesundheitsamt	24,6	3,2	54%	12,0	1,6	68%
...dav. Ärzte/innen	11,9	1,5	48%	11,6	1,5	85%
...dav. Heilpädagogen/innen	8,6	1,9	34%	0,0		
...dav. sonstige	4,5	0,6	18%	2,0	0,3	15%
Niedergel. Kinderärzte/innen	0,0			0,0		
Interdisziplinäre Frühförderstellen	1,0	0,1	2%	2,9	0,4	16%
Sozialpädiatrisches Zentrum	1,1	0,1	2%	1,0	0,1	6%
Heilpädagogen/innen	14,6	1,9	32%	0,4		2%
Sonstige	4,4	0,6	10%	1,5	0,2	8%
	bei der Fallkoordination eingesetztes Personal (N=26)					
insgesamt	57,0	7,5	100%	33,0	7,6	100%
Heilpädagogen/innen	10,5	1,4	18%	3,4	0,8	10%
Sonderpädagogen/innen	0,0			0,0		
Sozialpädagogen/innen	11,6	1,5	20%	7,1	1,6	21%
Sachbearbeiter/innen	31,3	4,1	55%	21,5	4,9	65%
Sonstige	3,6	0,5	6%	1,1	0,2	3%
	bei übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal (für beide Leistungen insgesamt; N=12)					
Sonstige	8,3	1,1	100%			

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Die Tätigkeit der Fallkoordination umfasst u. a. die Hilfeplanung, die formale Aufstellung eines Hilfe- bzw. Förder- und Behandlungsplans sowie die konzeptionelle Abstimmung bezüglich der Förderung eines Kindes. Landesweit sind in den Kommunen mit Angaben hierzu für die Fallkoordination 57 Fachkräfte bzw. 33 Vollzeitstellen für solitäre heilpädagogische Leistungen sowie für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen vorgesehen. Dies entspricht für solitäre Leistungen 7,5 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern und für eine Kombination aus heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen 7,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern. Am häufigsten werden für diese Tätigkeit Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter eingesetzt (bei Solitärleistungen: 55 %, bei Komplexleistungen: 65 %), doch auch Sozialpädagoginnen und -pädagogen und Heilpädagoginnen und -pädagogen führen diese Tätigkeiten aus (vgl. Tabelle 9). Einige Kommunen gaben an, dass Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Ärztinnen und Ärzte und das Sekretariat ebenfalls hierfür vorgesehen sind.

Übergeordnete Tätigkeiten wurden für beide Leistungsformen übergreifend erfasst und zielen u. a. auf Netzwerkaktivitäten sowie die Analyse von Frühförderangeboten in der entsprechenden Region ab. Lediglich zwölf Kommunen gaben an, Personal für solche Tätigkeiten heranzuziehen. In diesen zwölf Kommunen sind hierfür übergreifend insgesamt 8,3 Vollzeitstellen (1,1 pro 1.000 Frühförderkinder) vorgesehen. Beteiligte Berufsgruppen stellen Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter, Verwaltungs- und Koordinationskräfte sowie Ärztinnen, Ärzte, Pädagoginnen und Pädagogen dar. Hinzu kommen Gruppen- bzw. Teamleitungen.

Neben dem bei Diagnostik, Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetzten Personal wurde auch das für das Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung herangezogene Personal erhoben, d. h. das Personal, das an Prozessen von der Antragstellung über die Bewilligung bis hin zur Abrechnung und Vertragspflege beteiligt ist. Eingeschlossen war hierbei das Personal sowohl für fallbezogene Abrechnungsmodalitäten als auch für die übergeordnete Verwaltung. Die Angaben sollten umgerechnet in Vollzeitstellen für den Monat Dezember 2017 erfolgen.

Tabelle 10: Beim Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung eingesetztes Personal

	Gesamt (N=49)			LVR (N=25)			LWL (N=24)		
	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil
Personal insgesamt	95,6	4,3	100%	58,2	2,6	100%	37,4	1,7	100%
Sozialpädagogen/-innen (E 11 - TVöD)	8,5	0,4	9%	8,3	0,4	14%	0,2	0,0	1%
Sachbearbeiter/-innen im mittleren Dienst (E 7 - TVöD)	38,3	1,7	41%	21,8	1,0	37%	17,1	0,8	46%
Sachbearbeiter/-innen im gehobenen Dienst (E 9 - TVöD)	26,7	1,2	28%	13,7	0,6	24%	13,0	0,6	35%
Verwaltungsfachlicher Overhead	8,8	0,4	9%	6,4	0,3	11%	2,4	0,1	6%
Haushaltsplanung	4,6	0,2	5%	3,6	0,2	6%	1,0	0,0	3%
Sonstiges Personal	8,2	0,4	9%	4,5	0,2	8%	3,8	0,2	10%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Über beide Landschaftsverbände hinweg wurde angegeben, dass insgesamt 96 Vollzeitstellen für das Verwaltungsverfahren der Frühförderung eingerichtet sind, von denen sich 58 im Rheinland und 37 in Westfalen-Lippe befinden (vgl. Tabelle 10). Im Mittel sind dies 4,3 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern, wobei dieser Wert im Rheinland mit 2,6 Stellen den in Westfalen-Lippe mit 1,7 Stellen deutlich übersteigt. Personal der Vergütungsstufe E 7 – TVöD, wie z. B. Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter, ist sowohl im Rheinland (37 %) als auch in Westfalen-Lippe (46 %) häufig am Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung beteiligt. Auch Personal der Vergütungsstufe E 9 – TVöD spielt hierbei eine Rolle, auch wenn dies etwas seltener der Fall ist (gesamt: 28 %, Rhein-

land: 24 %, Westfalen-Lippe: 35 %). Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie verwaltungsfachlicher Overhead machen jeweils 9 % des in das Verwaltungsverfahren involvierten Personals aus, erstere sind im Rheinland jedoch deutlich häufiger eingebunden als in Westfalen-Lippe (Rheinland: 14 %, Westfalen-Lippe: 1 % der Kommunen, die Sozialpädagoginnen und -pädagogen beschäftigen). Die Haushaltsplanung ist pro 1.000 geförderte Kinder mit 0,2 Vollzeitstellen vertreten und sonstiges Personal mit 0,4 Stellen. Bezüglich des sonstigen Personals werden Datenerfasserinnen und -erfasser, Koordinatorinnen und Koordinatoren, Sachverständige des Gesundheitsamts, Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Fachkräfte für Bürokommunikation, die Abrechnungsstelle sowie Personal der Vergütungsstufe E 10 – TVöD genannt.

Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen

Als nächstes wurden die derzeitigen Leistungsträger darum gebeten, Angaben zu den Vergütungsvereinbarungen zu machen, die in Bezug auf heilpädagogische Leistungen geschlossen wurden. Neun von zehn Kreisen und kreisfreien Städten gaben an, dass entsprechende Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern überhaupt existieren (22 Kommunen bzw. 85 % im Rheinland, 24 Kommunen bzw. 92 % in Westfalen-Lippe; vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
In Bezug auf die Vergütung heilpädagogischer Leistungen existieren Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern,	46	88%	22	85%	24	92%
... dabei dienen die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik zur Orientierung.	17	33%	4	15%	13	50%
... dabei dienen die Vergütungssätze des TVöD zur Orientierung.	24	46%	12	46%	12	46%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Dabei wurde angegeben, dass in etwa jeder dritten Kommune die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik als Orientierungshilfe bei der Vergütung dienen. Dieses Ergebnis weicht von den Ergebnissen der Vertragsanalyse deutlich ab, da im Rahmen der Vertragsanalyse deutlich seltener eine Orientierung an diesen Vergütungssätzen festgestellt werden konnte (vgl. Kapitel 4.1). Unterschiede ergeben sich ebenfalls beim Vergleich der beiden Regionen: In Westfalen-Lippe gab die Hälfte der Kommunen an, die BHP-Sätze als Orientierungshilfe zu wählen, im Rheinland trifft dies hingegen etwa auf lediglich jede sechste Kommune zu (15 %). Sowohl landesweit als auch in beiden Verbänden antwortete etwa die Hälfte der ansässigen Kreise und kreisfreien Städte, dass die Vergütungssätze des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienst (TVöD) als Orientierungspunkt für die Vereinbarungen zu den heilpädagogischen Leistungen gelten (Gesamt, Rheinland und Westfalen-Lippe: jeweils 46 %).

Ausschlusstatbestände in der Frühförderung

Bei der (Nicht-)Bewilligung von Frühförderleistungen kann es standardisierte Regelungen dafür geben, dass entsprechende Leistungen nicht gewährt werden können. Dies sind z. B. Verweisungen, die erfolgen, wenn der Anspruch auf die Förderung bereits anders erfüllt wird, die auch unter dem Begriff der sog. „Ausschlusstatbestände“ bekannt sind. Die Aufnahme des Kindes in eine heilpädagogische Kindertageseinrichtung ist der am häufigsten genannte Ausschlusstatbestand und führt in vier von fünf Mitgliedskörperschaften dazu, dass Frühförderleistungen nicht bewilligt werden (Rheinland und Westfalen-Lippe: jeweils 81 %; vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Ausschlusstatbestände bei der Bewilligung von Frühförderleistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Aufnahme des Kindes in reguläre Kindertageseinrichtung	11	21%	5	19%	6	23%
Aufnahme des Kindes in heilpädagogische Kindertageseinrichtung	42	81%	21	81%	21	81%
Andere Leistungen sind passender für das Kind	10	19%	3	12%	7	27%
Andere standardisierte Gründe	14	27%	5	19%	9	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Dahingegen stellt die Aufnahme des Kindes in eine reguläre Kindertageseinrichtung und damit die Förderung des behindertenbedingten Mehraufwandes im Rahmen einer integrativen Förderung (FInK-Förderung im Rheinland; Richtlinienförderung in Westfalen-Lippe) deutlich seltener und lediglich in jedem fünften Kreis bzw. jeder fünften kreisfreien Stadt einen Ausschlusstatbestand dar (Rheinland: 19 %, Westfalen-Lippe: 23 %). Ebenfalls durchschnittlich jede fünfte Kommune gab an, dass andere Leistungen, wie z. B. Erziehungsberatungen oder psychologische Hilfen, passender für das Kind sind, was zum Ausschluss der Bewilligung von Frühförderleistungen führt (Rheinland: 12 %, Westfalen-Lippe: 27 %). Neben diesen drei vorgegebenen Antworten bestand für die Befragten auch die Möglichkeit, weitere standardisierte Gründe zu nennen. Hierbei wurden unter anderem eine ausreichende Versorgung durch ausschließlich medizinisch-therapeutische Therapien sowie gesetzlich definierte Ausschlusstatbestände nach § 54 SGB XII aufgeführt.

Eingeschätzte Versorgungsqualität und Dauer bis zur Bewilligung

Bezogen auf die eingeschätzte Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf in den einzelnen Mitgliedskörperschaften wurden jeweils 46 Angaben zu solidären heilpädagogischen Angeboten und 33 zu Komplexangeboten gemacht. Die Leistungsträger sollten für die Qualität der beiden Angebotsformen jeweils eine Einschätzung auf einer Skala von „sehr gut“, über „gut“, „teils/teils“ und „nicht gut“ bis hin zu „unzureichend“ geben. Da die letzten drei Optionen nur selten gewählt wurden, wurden diese bei der Auswertung zu einer einzigen Option zusammengefasst (s. Tabelle 13).

Sowohl für heilpädagogische Leistungen als auch für Komplexleistungen wird die Versorgungsqualität in beiden Regionen am häufigsten als „gut“ eingestuft (heilpädagogische Leistungen: 57 %; Komplexleistungen: 58 %), in einigen Fällen sogar als „sehr gut“ (beide Leistungen: jeweils 30 %). Knapp neun von zehn Kommunen schätzen die Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf für beide Leistungsformen im Mittel also mindestens als „gut“ ein. Bei den solitären Leistungen gab es unter den 45 Kommunen insgesamt sechs, die sich ein qualitativ besseres Angebot der solitären Leistungen wünschen (13 % aller Kommunen). Bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Komplexleistungen trifft dies auf vier Kommunen zu (12 %). Die landesweite Versorgungsqualität wird demnach von den Kommunen selbst als gut bewertet.

Tabelle 13: Einschätzung der Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf

	solitäre "heilpädagogische Leistungen"			heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	46	23	23	33	21	12
sehr gut	14 30%	8 35%	6 26%	10 30%	6 29%	4 33%
gut	26 57%	13 57%	13 57%	19 58%	11 52%	8 67%
teils/teils, nicht gut oder unzureichend	6 13%	2 9%	4 17%	4 12%	3 19%	0 0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Als weiterer Indikator für die Qualität der Versorgungssituation kann die durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern der förderbedürftigen Kinder bis hin zur Bewilligung gelten. Hierbei bestehen große Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen und die Dauer kann entweder wenige Tage, aber auch ein ganzes Jahr betragen. Regionale Unterschiede gibt es hinsichtlich der einzelnen Angaben jedoch lediglich marginale.

Landesweit wurde für etwa jede zweite Kommune angegeben, dass die durchschnittliche Dauer von der Antragstellung bis zur Bewilligung etwa zwischen zwei und vier Monaten beträgt (Rheinland: 48 %, Westfalen-Lippe: 62 %, vgl. Tabelle 14). Dies deckt sich auch mit den Angaben aus der Befragung der Leistungsanbieter, denen zufolge die durchschnittliche Dauer ebenfalls etwa zwei Monate umfasst (vgl. Tabelle 54 in Kapitel 6.4). Auf weniger als zwei Monate beläuft sich die Dauer in etwa jeder dritten Kommune (Rheinland: 36 %, Westfalen-Lippe: 23 %) und auf vier bis sechs Monate in jeder zwanzigsten (Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 8 %). Seitens jeder zehnten Mitgliedskörperschaft erfolgte die Angabe, dass es mindestens ein halbes Jahr oder länger dauert, bis die Frühförderleistungen bewilligt werden (Rheinland: 12 %, Westfalen-Lippe: 8 %).

Tabelle 14: Durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern bis hin zur Bewilligung in Monaten

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	51		25		26	
bis unter 2 Monate	15	29%	9	36%	6	23%
2 bis unter 4 Monate	28	55%	12	48%	16	62%
4 bis unter 6 Monate	3	6%	1	4%	2	8%
6 Monate und länger	5	10%	3	12%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Neben der durchschnittlichen Dauer bis zur Bewilligung der Leistungen wurde in der Befragung der Leistungsträger auch ein Augenmerk auf die durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten gerichtet, wobei hier eine Differenzierung nach solitär-heilpädagogischen sowie heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Aspekten erfolgte (vgl. Tabelle 15). Die Anzahl variierte über beide Leistungsformen hinweg von weniger als 40 bis hin zu über 100 bewilligten Stunden, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen solitären und Komplexleistungen ergaben. Zu den solitären „heilpädagogischen Leistungen“ lagen insgesamt 48 Antworten vor. Diese werden in etwa jeweils zu einem Viertel mit bis zu 40 Stunden (19 %), 40 bis unter 50 Stunden (29 %), 50 bis unter 70 Stunden (23 %) und 70 Stunden und mehr (29 %) bewilligt. Im Rheinland werden allerdings etwa doppelt so häufig 70 und mehr bewilligte Fördereinheiten ausgesprochen, wie dies in Westfalen der Fall ist.

Tabelle 15: Durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten

	solitäre "heilpädagogische Leistungen"			heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistung)		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	48	23	25	30	19	11
bis unter 40 Stunden	9 19%	5 22%	4 16%	4 13%	3 16%	1 9%
40 bis unter 50 Stunden	14 29%	5 12%	9 36%	2 7%	1 5%	1 9%
50 bis unter 70 Stunden	11 23%	4 17%	7 28%	7 23%	3 16%	4 36%
70 Stunden und mehr	14 29%	9 39%	5 20%	16 57%	12 63%	5 45%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) hingegen, zu denen insgesamt 30 Angaben vorlagen, ergibt sich ein hiervon leicht abweichendes Bild: Zunächst einmal werden diese in mehr als der Hälfte der Fälle mit 70 Stunden oder mehr bewilligt (57 %). Im Rheinland, wo die Komplexleistung ohnehin häufiger angeboten wird als in Westfalen-Lippe, wird auch häufiger angegeben, dass die Dauer der bewilligten Fördereinheiten 70 Stunden oder mehr beträgt (Rheinland: 63 %, Westfalen-Lippe: 45 %). Dafür kommt es hier aber auch häufiger vor, dass weniger als 40 Stunden für die Komplexleistung bewilligt werden (Rheinland: 16 %, Westfalen-Lippe: 9 %). In Westfalen-Lippe werden pro Kind dafür deutlich häufiger 50 bis unter 70 Stunden bewilligt (Rheinland: 16 %, Westfalen-Lippe: 36 %). Daraus lässt

sich ableiten, dass sowohl landesweit als auch in beiden Landschaftsverbänden die durchschnittliche Anzahl der bewilligten Fördereinheiten bei solitären Leistungen etwas niedriger ausfällt als die bei Komplexleistungen: Bei solitären Leistungen werden 50 und mehr Stunden in ca. 50 % und bei Komplexleistungen in ca. 75 % der Fälle bewilligt.

Verwaltungstechnische Aspekte der Leistungsgewährung

Die weiteren Fragen an die Leistungsträger bezüglich der Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung zielten im Gegensatz zu den vorangegangenen Fragen, die sich eher auf die Ausgestaltung der Frühförderleistungen konzentrierten, auf verwaltungstechnische Aspekte der Leistungsgewährung in den einzelnen Kommunen ab. Von Interesse war hierbei, ob und in welcher Form die Mitgliedskörperschaften Berichtswesen und Steuerungsinstrumente für die Frühförderung verwenden, ob die Leistungsanbieter Nachweise über die Leistungen erbringen und welche Einwände bezüglich der Nicht-Gewährung von Frühförderleistungen in den Kreisen und kreisfreien Städten bestehen.

Von den 52 Kreisen und kreisfreien Städten machten 24 die Angabe (46 %), im Bereich der Frühförderung mit einem Berichtswesen bzw. mit Steuerungsinstrumenten, wie z. B. Controlling-Konzepten, Controlling-Berichten oder Kennzahlensystemen, zu arbeiten, wohingegen mit einer Anzahl von 28 Kommunen mehr als die Hälfte diese Frage verneinten (54 %; vgl. Tabelle 16). Hierbei fällt auf, dass in Westfalen-Lippe solche Instrumente deutlich häufiger Verwendung finden (65 %) als im Rheinland (27 %). Die Form der verwendeten Berichtswesen und Steuerungsinstrumente, die dabei angegeben wurde, reichen vom verwaltungsinternen Amtscontrolling über Qualitätsdialoge, das Verfahren der Software „Aga Khan Development Network“, Datenbanken, Prognosen und Kennzahlen im Rahmen der Haushaltsplanung und -steuerung bis hin zu Jahres- und Quartalsberichten der Frühförderstellen.

Tabelle 16: Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	52		26		26	
Ja	24	46%	7	27%	17	65%
Nein	28	54%	19	73%	9	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Hinsichtlich der Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen gaben bis auf vier Mitgliedskörperschaften alle an, dass dies in irgendeiner Form umgesetzt wird (Gesamt, Rheinland sowie Westfalen-Lippe: jeweils 92 %; vgl. Tabelle 17). Hierbei gibt es zwischen den einzelnen Kommunen sehr unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Leistungsnachweise konkret erbracht werden: Häufig gibt es einen Leistungsnachweis mit Angabe der einzelnen Termine und Unterschriften der anwesenden Eltern oder Sorgeberechtigten, mit denen die Frühförderstellen ihre erbrachten Leistungen belegen. Eine weitere Möglichkeit der Nachweise stellen in bestimmten Zeitabständen – z. B. mo-

natlich – einzureichende Anwesenheitslisten mit Angabe der Anzahl der geförderten Kinder oder Einzelabrechnungen der Frühförderstellen über den geleisteten Stundenumfang dar. Darüber hinaus wurden Abrechnungsbögen sowie Tätigkeits- bzw. Entwicklungsberichte als Formen der Nachweiserbringung aufgeführt.

Tabelle 17: Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	51		26		25	
Ja	47	92%	24	92%	23	92%
Nein	4	8%	2	8%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Zusätzlich wurden die Einwände erfasst, die im Jahr 2017 bezüglich der Nichtgewährung von Frühförderleistungen bei den Kommunen erhoben wurden. Hierbei wurde zwischen Beschwerden, Widersprüchen und Klagen differenziert.

Tabelle 18: Anzahl der Leistungsträger, die im Jahr 2017 Beschwerden, Widersprüche oder Klagen erhalten haben

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Beschwerden	8	15%	4	15%	4	15%
Widersprüche	19	37%	7	27%	12	46%
Klagen	4	8%	0	0%	4	15%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Die Häufigkeit, mit der die einzelnen Formen der Einwände erfolgten, wird in Tabelle 18 abgebildet. Landesweit gab etwa ein Drittel der Mitgliedskörperschaften an, Widersprüche erhalten zu haben, womit Widersprüche die am häufigsten genannte Form des Einwandes darstellen (37 %). Diese wurden in Westfalen-Lippe in zwölf Kommunen (46 %) und im Rheinland in sieben Kommunen (27 %) eingereicht.

Tabelle 19: Anzahl der im Jahr 2017 bei den Leistungsträgern eingereichten Beschwerden, Widersprüche und Klagen

	Beschwerden		Widersprüche		Klagen	
<i>Anzahl der Antworten</i>	39		43		40	
keine	10	79%	24	56%	36	90%
1 bis unter 3	5	13%	8	19%	4	10%
3 bis unter 5	0	0%	4	9%	0	0%
5 bis unter 10	2	5%	3	7%	0	0%
10 oder mehr	1	3%	2	5%	0	0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Deutlich seltener erhielten die kommunalen Träger Beschwerden (Gesamt, Rheinland sowie Westfalen-Lippe: jeweils 15 %). Klagen gab es lediglich in Westfalen-Lippe in vier Kreisen und kreisfreien Städten (15 %), nicht jedoch im Rheinland. Regional betrachtet wurden im Rheinland insgesamt deutlich seltener Einwände erhoben als in Westfalen-

Lippe. Im Hinblick auf die Anzahl der bei den Leistungsträgern eingereichten Einwände überwiegen Widersprüche deutlich gegenüber Beschwerden oder Klagen, auch wenn für alle drei Beschwerdeformen die meisten Kommunen angaben, gar keine der drei Beschwerdeformen erhalten zu haben (vgl. Tabelle 19).

5.3 Finanzdaten und Fallzahlen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung der finanziellen Aufwände sowie der Anzahl der geförderten Kinder, die in den Kreisen und kreisfreien Städten in den letzten Jahren Leistungen der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe erhielten. In Bezug auf die Berichtsjahre 2012 bis 2017 wurden die Leistungsträger einerseits darum gebeten, anzugeben, wie hoch der jeweilige finanzielle Gesamtaufwand für die unterschiedlichen Formen der Frühförderleistungen für Kinder im Frühförderalter, d. h. von null Jahren bis zur Einschulung, ausfiel. Mit Gesamtaufwand waren hierbei lediglich die Transferkosten ohne Verwaltungskosten gemeint. Andererseits sollten Informationen dazu übermittelt werden, wie viele Kinder im Frühförderalter jeweils Frühförderleistungen im Monat Dezember der Jahre 2012 bis 2017 und im gesamten Jahr 2017 erhalten haben (Fallzahlen). 51 Angaben lagen zu solitären heilpädagogischen Leistungen, 37 zu Komplexleistungen und 30 zu zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen vor. Die Anzahl der Antworten deckt sich allerdings nicht mit den Angaben der Kommunen zu den jeweils angebotenen Leistungsformen (vgl. Kapitel 5.1), da lediglich 33 Kommunen zu Beginn angaben, überhaupt Komplexleistungen zu erbringen. Da 37 Kommunen Angaben zu den Fallzahlen der durch Komplexleistung geförderten Kindern gemacht haben, kann davon ausgegangen werden, dass diese 37 Kommunen tatsächlich auch Komplexleistungen erbringen. Bezüglich der zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen wurden jeweils lediglich der Gesamtjahresaufwand und die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr erfasst, um den Befragungsaufwand für die Träger zu begrenzen.

Für den Fall, dass Kommunen Angaben zu den geförderten Kindern im Gesamtjahr, den geförderten Kindern im Dezember oder zum Gesamtjahresaufwand ausgelassen haben, konnten diese nachträglich anhand von verbandsweiten Durchschnittsquoten bestimmt werden („Imputation von Mittelwerten“). Für den Landkreis in Westfalen-Lippe, der gar keine Angaben an das ISG übermittelt hat, konnten die Daten anhand der Bevölkerungsdaten der altersgleichen Kinder hochgerechnet werden. Zu beachten ist hierbei, dass diese hochgerechneten Werte lediglich Näherungswerte darstellen. In Tabelle 20 ist für solitäre heilpädagogische Leistungen, heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen), zusätzliche heilpädagogische Leistungen sowie die drei Leistungsformen insgesamt dargestellt, wie hoch die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr 2017 und im Monat Dezember 2017 jeweils ausfiel. Darüber hinaus wird der finanzielle Gesamtaufwand, der für die unterschiedlichen Leistungsformen in den Kommunen jeweils aufgebracht wurde, abgebildet. Der untere Teil der Tabelle enthält Quoten und Mittelwerte, die auf eigenen Berechnungen des ISG zu den vorhandenen Daten basieren.

Fallzahlen der geförderten Kinder

Bei der Darstellung der Fallzahlen der geförderten Kinder wird zwischen Stichtagszahlen der geförderten Kinder für den Monat Dezember 2017 und Gesamtzahlen der geförderten Kinder für das komplette Jahr 2017 differenziert. In Hinblick auf die Stichtagszahlen lässt sich zunächst feststellen, dass im Dezember 2017 (Stichtag) insgesamt 24.374 Kinder in Nordrhein-Westfalen Frühförderleistungen in Form von Solitärleistungen oder heilpädagogisch und medizinisch-therapeutischen Leistungen erhielten. Im Rheinland waren es mit 10.599 geförderten Kindern (43 %) etwas weniger als in Westfalen-Lippe mit 13.775 Kindern (57 %; vgl. Tabelle 20).

Von den 24.374 Kindern lässt sich etwa die Hälfte den solitären heilpädagogischen Leistungen zuordnen (12.517 Kinder bzw. 51 %); von diesen 12.517 Kindern wiederum entfallen 3.608 Kinder auf das Rheinland (29 %) und 8.910 Kinder auf Westfalen-Lippe (71 %). 11.856 (49 %) Kinder und damit knapp 700 Kinder weniger wurden landesweit durch eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) gefördert. Im Rheinland waren es 6.991 Kinder und damit 59 % aller Kinder, die kombinierte Leistungen bezogen haben, und in Westfalen-Lippe 4.865 Kinder (41 %). Die Fallzahlen spiegeln die Angebotsstruktur aus Kapitel 5.1 wieder: Im Rheinland erhalten Frühförderkinder häufiger Komplexleistungen als in Westfalen-Lippe, in Westfalen-Lippe dafür häufiger Solitärleistungen als im Rheinland.

Betrachtet man anstelle der Stichtagszahlen die Fallzahlen für das gesamte Jahr 2017, so ergibt sich eine Summe von landesweit insgesamt 41.478 Kindern, die Frühförderleistungen in Form von solitär-heilpädagogischen Leistungen, Komplexleistungen oder zusätzlichen Leistungen erhalten haben. Von diesen im Gesamtjahr 2017 geförderten 41.478 Kindern sind 20.910 Kinder (50 %) im Rheinland und 20.568 Kinder in Westfalen-Lippe vertreten (ebenfalls 50 %).

Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Leistungsformen verdeutlicht, dass es über beide Landesteile hinweg im Gesamtjahr 2017 18.801 Kinder gab, die laut Angaben der derzeitigen Leistungsträger heilpädagogische Leistungen erhielten. Von diesen 18.801 Kindern entfallen mehr als zwei Drittel auf Westfalen-Lippe (13.197 Kinder bzw. 70 %) und etwa ein Drittel auf das Rheinland (5.604 Kinder bzw. 30 %).

Tabelle 20: Fallzahlen der geförderten Kinder und finanzielle Aufwände für Frühförderleistungen für das Jahr 2017

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpäd. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)			Zusätzliche Leistungen			Alle Leistungen insgesamt		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
Anzahl der Antworten	51	25	26	37	23	14	30	15	15	53	26	27
Geförderte Kinder im Gesamtjahr												
Summe	18.801	5.604	13.197	21.579	14.468	7.111	1.098	838	260	41.478	20.910	20.568
Mittelwert (Durchschnitt)	369	224	508	583	629	508	35	52	17	783	804	762
Mittelwert (Median)	317	176	442	446	460	390	16	21	10	598	632	559
3. Quartilswert	521	342	603	782	862	758	28	31	22	1.056	1.106	1.037
Kleinster Wert	7	22	7	27	60	27	1	2	1	9	103	9
Größter Wert	1.981	550	1.981	2.626	2.626	1.009	446	446	64	2.715	2.715	2.713
Geförderte Kinder im Dezember												
Summe	12.517	3.608	8.910	11.856	6.991	4.865				24.374	10.599	13.775
Mittelwert (Durchschnitt)	245	144	343	320	304	347				460	408	510
Mittelwert (Median)	202	91	267	332	332	319				350	341	367
3. Quartilswert	333	221	442	493	378	510				672	506	743
Kleinster Wert	5	7	5	19	35	19				8	52	8
Größter Wert	1.339	393	1.339	862	862	693				1.841	1.246	1.841
Gesamtjahresaufwand in Millionen Euro												
Summe	39,67	12,13	27,54	36,86	22,96	13,89	3,34	2,82	0,56	79,91	37,92	42,00
Mittelwert (Durchschnitt)	0,78	0,49	1,06	1,02	1,00	1,07	0,12	0,18	0,04	1,51	1,46	1,56
Mittelwert (Median)	0,62	0,30	1,01	0,78	0,68	0,85	0,05	0,08	0,02	1,09	1,02	1,10
3. Quartilswert	1,10	0,62	1,18	1,50	1,42	1,62	0,09	0,12	0,05	2,09	1,99	2,54
Kleinster Wert	0,02	0,02	0,02	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,24	0,03
Größter Wert	3,12	1,51	3,12	3,69	3,69	2,61	1,07	1,07	0,21	5,37	5,37	4,76
Quoten und Mittelwerte (eigene Berechnungen)												
Geförderte Kinder im Dezember / geförderte Kinder im Gesamtjahr	66,6%	64,4%	67,5%	54,9%	48,3%	68,4%				58,8%	50,7%	67,0%
Geförderte Kinder im Dezember / Kinder in altersgleicher Bevölkerung	1,1%	0,6%	1,7%	1,0%	1,1%	0,9%				2,1%	1,7%	2,6%
Gewichtete durchschnittliche jährliche Fallkosten pro Kind	3.169 €	3.362 €	3.091 €	3.109 €	3.285 €	2.856 €				3.279 €	3.577 €	3.049 €

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Durch eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen (einschließlich Komplexleistungen) wurden landesweit 21.579 Kinder gefördert, allerdings gestaltet sich die regionale Verteilung hier entgegengesetzt: Deutlich mehr Kinder erhielten Komplexleistungen im Rheinland (14.468 Kinder bzw. 68 %) als in Westfalen-Lippe (7.111 Kinder bzw. 32 %). Zusätzliche Leistungen, z. B. in Form von Autis-mustherapie, Petö-Therapie oder Gebärdensprache werden ebenfalls häufiger im Rhein-land erbracht: Von landesweit 1.098 Kindern, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen erhielten, verteilen sich 838 Kinder bzw. 76 % auf das Rheinland und 260 Kinder bzw. 24 % auf Westfalen-Lippe.

Im Durchschnitt entsprechen diese Werte bezogen auf das Jahr 2017 pro Kommune 369 Kindern, die Solitärleistungen, 583 Kindern, die Komplexleistungen, und 35 Kindern, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen erhalten haben. Über alle Leistungsformen hinweg ist das mit 783 Kindern gleichzusetzen, die im Mittel in den einzelnen Mitgliedskörperschaften Frühförderleistungen bezogen haben (vgl. Tabelle 20).

Neben dem klassischen Durchschnittswert stellen Quartilswerte eine weitere Möglichkeit dar, mittlere Werte einer Datenreihe abzubilden: Hierbei wird die zugrundeliegende Datenverteilung nach aufsteigender Größe geordnet und anschließend in vier Viertel (Quartile) geteilt. Das zweite Quartil stellt folglich den Mittelwert der aufsteigenden Datenreihe dar und entspricht dem bereits oben erläuterten Median.

Eine vorsichtige Schätzung kann den Korridor zwischen Median und dritten Quartilswert berücksichtigen, um die Daten lieber zu überschätzen als zu unterschätzen. Der dritte Quartilswert ist größer als drei Quartile bzw. 75 % der Datenverteilung und kleiner als ein Quartil bzw. 25 % der Datenverteilung. Die Heranziehung des dritten Quartilswertes anstelle des Medians stellt vor allem dann eine Möglichkeit dar, wenn besonders kleine Werte in der Datenreihe existieren und man sicher sein möchte, dass diese sog. „Ausreißerwerte“ nicht dazu führen, dass der tatsächliche Mittelwert unterschätzt wird.

Die Medianwerte sowie die dritten Quartilswerte für die einzelnen Leistungsformen werden ebenfalls in Tabelle 20 wiedergegeben. Zum Vergleich: Für die Fallzahl der in 2017 in Nordrhein-Westfalen insgesamt geförderten Kinder ergibt sich ein Durchschnittswert von 783 geförderten Kindern pro Kommune; der entsprechende Median beläuft sich auf 598 Kinder. Die Heranziehung des dritten Quartilswertes führt zu 1.056 Kindern, die landesweit in 2017 Frühförderleistungen bezogen haben und liegt damit deutlich über Durchschnitt und Median.

Finanzielle Aufwendungen für Frühförderleistungen

Bei der Heranziehung der finanziellen Aufwände für die Summe aller Frühförderleistungen, die solitäre Leistungen, Komplexleistungen und zusätzliche Leistungen umfasst, ergeben sich für das Jahr 2017 landesweite Ausgaben in Höhe von 79,91 Mio. Euro. Mit 42,00 Mio. Euro sind davon etwas mehr Westfalen-Lippe (52 %) zuzuordnen als dem Rheinland (37,92 Mio. Euro bzw. 48 %).

Eine differenzierte Betrachtung des finanziellen Gesamtaufwandes nach Leistungsformen zeigt, dass die Verteilung der finanziellen Aufwendungen, die für die solitäre und die komplexe Leistungsform jeweils aufgebracht wurden, ungefähr dem Verhältnis der Fallzahlen entspricht: Für solitäre Leistungen wurden im Jahr 2017 landesweit etwa 39,87 Mio. Euro und für Komplexleistungen 36,67 Mio. Euro aufgewandt. Bei den Solitärleistungen lassen sich davon etwas mehr als zwei Drittel Westfalen-Lippe (27,54 Mio. Euro bzw. 69 %) und etwas weniger als ein Drittel dem Rheinland (12,13 Mio. Euro bzw. 31 %) zuordnen und bei den Komplexleistungen entfallen mit 22,96 Mio. Euro (63 %) mehr Ausgaben auf das Rheinland als mit 13,89 Mio. Euro (37 %) auf Westfalen-Lippe.

Im Durchschnitt hat landesweit jede Mitgliedskörperschaft 0,78 Mio. Euro für die rein heilpädagogischen Maßnahmen, 1,02 Mio. Euro für die Kombination aus heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und 0,12 Mio. Euro für weitere heilpädagogische Leistungen gezahlt. Über alle Leistungen hinweg entspricht dies 1,51 Mio. Euro pro Kommune (Rheinland: 1,46 Mio. Euro, Westfalen-Lippe: 1,56 Mio. Euro). Auch hier bietet sich die Heranziehung des dritten Quartilswertes an, um nicht Gefahr zu laufen, die durchschnittlichen Kosten pro Kommune zu unterschätzen: Dieser beläuft sich auf Landesebene auf 2,09 Mio. Euro bzw. auf 1,99 Mio. Euro für das Rheinland und 2,54 Mio. Euro für Westfalen-Lippe.

Hinsichtlich der Vergütung der Komplexleistungen wurden die Kommunen darum gebeten, anzugeben, ob sie die Frühförderstellen in Form des Bruttoaufwandes vergüten und ihnen anschließend der Kostenanteil der Krankenkasse erstattet wird oder ob die Vergütung der Frühförderstellen durch die Kommunen und die Krankenkassen getrennt voneinander erfolgt. Lediglich zwei Kommunen teilten mit, dass sie die Leistungserbringer in Form des Bruttoaufwandes vergüten und sich ihren Anteil im Anschluss durch die Krankenkassen erstatten lassen.

Quoten zu Fallzahlen und Fallkosten

Über die Ermittlung von Summen- und Durchschnittswerten hinaus bietet sich die Berechnung von Quoten an. Diese geben Aufschluss über den Anteil einer Teilgröße an der übergeordneten Gesamtgröße. In der vorliegenden Studie wurden drei Quoten im Hinblick auf die Fallzahlen und die finanziellen Aufwendungen ermittelt: 1. Das Verhältnis zwischen der Summe der in allen Kommunen geförderten Kinder im Monat Dezember 2017 und den geförderten Kindern im Gesamtjahr 2017, 2. das Verhältnis zwischen der Summe der in allen Kommunen geförderten Kindern im Monat Dezember 2017 und der Summe der altersgleichen Kindern in der Bevölkerung und 3. die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kind als Verhältnis zwischen der Summe der Gesamtjahresaufwendungen aller Kommunen und der Summe der geförderten Kinder im Monat Dezember 2017 aller Kommunen.

Untersucht man, wie viele Kinder im Monat Dezember 2017 in allen Kommunen im Verhältnis zum Gesamtjahr 2017 gefördert wurden, ergeben sich für die solitären und die Komplexleistungen Quoten, die einander ähneln: Das Verhältnis der geförderten Kinder

im Dezember 2017 zu den geförderten Kindern im Gesamtjahr 2017 beläuft sich landesweit für die solitären Maßnahmen auf 66,6 % (Rheinland: 64,4 %; Westfalen-Lippe: 67,5 %) und für die heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen auf 54,9 % (Rheinland: 48,3 %; Westfalen-Lippe: 68,4 %). Über alle Leistungsformen summiert beträgt die landesweite Quote 58,8 %, wobei die Quote für Westfalen-Lippe um etwa 16 Prozentpunkte höher liegt als die für das Rheinland (Rheinland: 50,7 %, Westfalen-Lippe: 67,0 %).

Setzt man die Anzahl aller geförderten Kinder in Relation zur Anzahl aller Kinder in der altersgleichen Bevölkerung, beläuft sich die Quote landesweit auf 1,1 % für Solitär-, 1,0 % für Komplex- und 2,1 % für alle Leistungen. Im Rheinland beträgt die Quote für die solitäre Leistungsform 0,6 % und für die Komplexleistung 1,1 %; in Westfalen-Lippe liegen die Quoten für beide Leistungsformen bei 1,7 % bzw. 0,9 %. In Westfalen-Lippe (Gesamtquote 2,6 %) erhält also ein höherer Anteil der Kinder Frühförderleistungen als im Rheinland (Gesamtquote 1,7 % aller altersgleichen Kinder).

Als dritte Quote wurden die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kind, die für den kommunalen Träger im Jahr 2017 anfielen, berechnet. Hierzu wurde die Summe der jeweiligen Aufwendungen aller 53 Kommunen in Beziehung zur Summe der geförderten Stichtagskinder gesetzt. Dadurch erhält man den Betrag, den die Frühförderung eines Kindes pro Jahr kostet.⁷ Dieser Betrag liegt im Landesdurchschnitt bei 3.279 Euro pro Kind und Jahr, wenn alle Leistungsformen einbezogen werden. Im Rheinland liegen diese Kosten bei 3.577 Euro pro Kind und Jahr und damit um 17 % höher als in Westfalen-Lippe mit 3.049 Euro pro Kind und Jahr.

Im Vergleich der beiden Leistungsformen ergeben sich nahezu keine Unterschiede: Bei rein heilpädagogischen Maßnahmen belaufen sich die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro gefördertes Kind landesweit auf 3.169 Euro, ähnliches gilt für die Fallkosten bei der Komplexleistung mit 3.109 Euro. Die Differenz beträgt pro Fall also gerade einmal 60 Euro, die der heilpädagogische Teil, der durch den kommunalen Träger zu leisten ist, bei der Komplexleistung mehr kostet.

⁷ Hierzu könnte gefragt werden, warum die jährlichen Kosten durch die Stichtagszahl der geförderten Kinder dividiert wird und nicht durch deren Jahresgesamtzahl. Dies lässt sich vereinfacht durch ein Rechenbeispiel erläutern: Wenn die Kosten für 1 Kind pro Jahr 3.600 Euro betragen, so liegen die monatlichen Kosten bei 300 Euro. Wenn in Fall (a) mit diesem Betrag 2 Kinder jeweils für 6 Monate gefördert werden, so liegen die Kosten pro Kind bei 1.800 Euro. Wenn in Fall (b) mit dem gleichen Jahresbetrag 3 Kinder jeweils für 4 Monate gefördert werden, liegen die Kosten pro Kind bei 1.200 Euro. Es wäre offensichtlich trügerisch daraus zu schließen, dass die Frühförderung im Fall (a) teurer wäre als in Fall (b), weil der scheinbare Kostenunterschied nur dadurch entsteht, dass der gleiche Jahresgesamtbetrag auf eine unterschiedliche Zahl von Kindern mit unterschiedlicher Förderdauer bezogen wird. Die Stichtagszahl zum Jahresende ist aber sowohl in Fall (a) als auch in Fall (b) 1 Kind. Dividiert man den Jahresgesamtbetrag durch diese Stichtagszahl, so wird deutlich, dass in beiden Fällen (a) und (b) die Kosten pro Kind und Jahr gleichermaßen 3.600 Euro betragen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten in beiden Landschaftsverbänden ergibt sich für die Solitärleistungen ein recht ähnliches Bild: Im Rheinland werden pro Kind jährlich 3.362 Euro ausgegeben, in Westfalen Lippe sind es 3.091 Euro. Im Rheinland werden also jährlich etwa 300 Euro mehr für die rein heilpädagogische Förderung eines Kindes aufgebracht. Weitere Unterschiede werden im Hinblick auf die Fallkosten bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erkennbar: Das Rheinland zahlt hier durchschnittlich 3.285 Euro pro gefördertes Kind pro Jahr, Westfalen-Lippe hingegen lediglich 2.856 Euro, was einer Differenz von etwa 400 Euro entspricht, die das Rheinland mehr aufwendet.

Zusätzliche heilpädagogische Leistungen

Häufig werden in den Kommunen nicht nur heilpädagogische und/oder Komplexleistungen erbracht, sondern auch weitere (heilpädagogische) Leistungen. In Kapitel 5.1 wurde gezeigt, dass gut zwei Drittel der Kommunen entsprechende zusätzliche Leistungen anbieten (z. B. Autismus- oder Konduktive Therapien). Neben den Aufwänden für heilpädagogische Leistungen und Komplexleistungen wurden diejenigen Leistungsträger, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen anbieten, dazu aufgefordert, auch hierzu die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr 2017 sowie den finanziellen Aufwand darzulegen. Insgesamt machten hierzu 30 Kommunen Angaben (Rheinland: 15, Westfalen-Lippe: 15; vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Finanzielle Aufwände für zusätzliche Leistungen und Fallzahlen der zusätzlich geförderten Kinder für das Jahr 2017

	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	30	16	14
Geförderte Kinder im Gesamtjahr (Summe)			
zusätzliche Leistungen insgesamt <i>insofern differenzierbar:</i>	1.098	838	260
...davon Autismustherapien	501	353	151
...davon Petö- und konduktive Therapien	56	36	20
...davon Gebärdensprache	26	20	6
...davon sonstige Leistungen	82	-	82
Gesamtjahresaufwand (Summe in Mio. Euro)			
zusätzliche Leistungen insgesamt <i>insofern differenzierbar:</i>	3,34	2,82	0,56
...davon Autismustherapien	1,51	1,20	0,32
...davon Petö- und konduktive Therapien	0,15	0,08	0,07
...davon Gebärdensprache	0,11	0,08	0,01
...davon sonstige Leistungen	0,69	0,56	0,14

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Landesweit erhielten im Jahr 2017 1.098 Kinder zusätzliche heilpädagogische Leistungen, denen u. a. Autismustherapie, Petö- bzw. konduktive und andere Therapien, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden sowie Gebärdensprache, zuzuordnen sind. Von der Summe der landesweit geförderten Kinder entfallen deutlich mehr auf das

Rheinland: Hier bezogen 838 Kinder entsprechende Maßnahmen, in Westfalen-Lippe lediglich 260 Kinder. Diesen Fallzahlen entsprechend gestalten sich auch die finanziellen Aufwände: Für das Land Nordrhein-Westfalen beliefen sich die Ausgaben für zusätzliche heilpädagogische Leistungen auf insgesamt 3,34 Mio. Euro (Rheinland: 2,82 Mio. Euro, Westfalen-Lippe: 0,56 Mio. Euro). Autismustherapien machen den größten Teil der zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen, die ebenfalls durch die kommunalen Träger finanziert werden, aus. Deutlich seltener werden Petö- und konduktive Therapien, Gebärdensprache oder sonstige Leistungen (z. B. in Form von Reit- oder Marte-Meo-Therapie) erbracht (vgl. Tabelle 21).

Entwicklung der Finanzdaten und Fallzahlen seit 2012

Im Hinblick auf die Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen in den Jahren von 2012 bis 2017 entsteht ein recht klares Bild: Seit dem Jahr 2012 sind landesweit sowohl die Ausgaben als auch die Fallzahlen der Solitärleistungen nahezu konstant geblieben: Der durchschnittliche Gesamtjahresaufwand pro Kreis bzw. kreisfreier Stadt für rein heilpädagogische Leistungen hat sich seit 2012 lediglich um 2,8 % erhöht, die durchschnittliche Anzahl der rein heilpädagogisch geförderten Kinder ist sogar um 3,2 % gesunken (vgl. Tabelle 22). Der Bezug von Komplexleistungen und die hierfür aufgewandten Kosten haben deutlich zugenommen: Im Zeitraum zwischen 2012 und 2017 ist sowohl der durchschnittliche Gesamtjahresaufwand pro Kommune als auch die durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder um mehr als 50 % angestiegen (Gesamtaufwand: +66,2 %, geförderte Kinder: +50,5 %).

Tabelle 22: Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen von 2012 bis 2017

	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	2015 - 2016	2016 - 2017	2012 - 2017
	Solitäre heilpädagogische Leistungen					
durchschnittlicher Gesamtjahresaufwand	+3,1%	+8,9%	-5,7%	-5,6%	+2,8%	+2,8%
durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder im Dezember	+14,9%	-10,1%	-1,0%	-4,8%	-0,5%	-3,2%
	Heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen)					
durchschnittlicher Gesamtjahresaufwand	+21,7%	+11,3%	+5,3%	+1,9%	+4,1%	+66,2%
durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder im Dezember	+10,8%	+5,3%	+9,2%	+15,9%	+1,9%	+50,5%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Aus den Annahmen bei der Fortschreibung von Kinderzahlen und Aufwendungen, zu deren Angabe die Leistungsträger gebeten wurden, wird deutlich, dass die Sozialhilfeträger grundsätzlich davon ausgehen, dass die Bedarfe für Kinder mit komplexen Entwicklungsverzögerungen, sozio-emotionalen Störungen und Sprachauffälligkeiten weiterhin moderat ansteigen werden. Bei der Fortschreibung der Fallzahlen wird dazu geraten, durchschnittliche Steigerungsraten zu berücksichtigen und eine lineare Hochrechnung der realen Zahlen der geförderten Kinder durchzuführen. Bei den Kostenprognosen

müssten jährlich zwischen 3 und 5 % Kostensteigerung im Hinblick auf Tarifsteigerungen bzw. Steigerungen der BHP-Vergütungssätze eingeplant werden. Die jährlichen Fallzahlen schwankten laut Aussagen der kommunalen Träger zwar, allerdings sei nicht von sprunghaften Steigerungsraten auszugehen.

5.4 Konkrete Fallübernahme

Der letzte Fragenblock, der sich an die Leistungsträger richtete, enthielt Fragen zur verwaltungstechnischen und inhaltlichen Fallübernahme. Hier galt es u. a., Details zu der in den Kommunen erfolgenden Aktenführung zu erheben, örtliche Ansprechpersonen zu ermitteln, Vorschläge zum Prozess der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sowie Qualitätsstandards bei der Umsetzung von Frühförderleistungen in den einzelnen Mitgliedskörperschaften zu erfassen.

Zunächst einmal zur Führung der Akten in den einzelnen Kommunen und deren Verwaltung: Die meisten Träger gaben an, dass die Aktenführung in Papierform erfolgt. Dies trifft auf 38 der 52 Kommunen (73 %) bzw. 21 Kommunen aus dem Rheinland (81 %) und 17 aus Westfalen-Lippe zu (65 %; vgl. Tabelle 23). Insgesamt gibt es lediglich zwei Kommunen aus dem Rheinland, bei denen die Aktenführung ausschließlich elektronisch umgesetzt wird. Eine Mischform findet in landesweit zwölf Kommunen (24 %), im Rheinland in drei (12 %) und in Westfalen-Lippe in neun Kommunen Anwendung (35 %). Elf Leistungsträger machten die Angabe, dass bei einem Übergang der Leistungsträgerschaft über die Einzelfallakten hinaus noch weitere Akten für die Fallführung übernommen werden müssten (Rheinland: 2 Träger, Westfalen-Lippe: 9 Träger). Dies seien z. B. Rechnungsunterlagen für die Abrechnung mit den Frühförderstellen, Nachweise über die erbrachten Leistungen der Stellen, Akten der Bedarfsfeststellung oder externe Gutachten (z. B. von Kinderärzten/innen).

Tabelle 23: Konkrete Fallübernahme

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt...						
...in Papierform	38	73%	21	81%	17	65%
...elektronisch	2	4%	2	8%	0	0%
...in Mischform	12	24%	3	12%	9	35%
Über die Einzelfallakten hinaus						
...müssen weitere Akten für die Fallführung übernommen werden	11	21%	2	8%	9	35%
Die Verwaltung der Frühförderung erfolgt über eine Software...						
...für das Fallmanagement	21	40%	9	35%	12	46%
...für die Abrechnung	34	65%	18	69%	16	62%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Darüber hinaus gab es den Hinweis, dass es nicht nur fachliche Einzelfallakten, sondern auch Verwaltungsakten gebe, die berücksichtigt werden müssen. Hinzu kommt die Tatsache, dass häufig verschiedene Ämter an der Leistungsgewährung in einer Kommune beteiligt sind und die Akten entsprechend über diese verteilt sind.

Die Verwaltung der Frühförderung für das Fallmanagement erfolgt landesweit in 21 Kommunen (40 %) über eine Software und die Verwaltung für die Abrechnung in 34 Kommunen (65 %). Die drei am häufigsten genannten Softwareverfahren, die hierbei Anwendung finden, sind die Kommunen-Software des Herstellers AKDN Sozial, Lämmkomm des Herstellers Lämmerzähl sowie Open Prosoz von Prosoz Herten GmbH.

5.5 Ideen für die Aufgabenübernahme und Qualitätsbegriffe

Im Rahmen der Erfassung von Ideen für eine reibungslose Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sowie Besonderheiten und Qualitätsstandards in den Kommunen, mit denen Frühförderung gewährt wird, konnten die Leistungsträger anhand zweier offen gestellter Fragen ihre Überlegungen und Vorschläge darlegen.

Folgende Antworten gab es auf die Frage, was laut Meinung der derzeitigen Träger Voraussetzungen dafür sind, dass die Aufgabenübernahme der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe durch die Landschaftsverbände möglichst reibungslos gelingen kann (*Auszüge zitiert*):

- Bei einer vollständigen Übernahme der Aufgabe zum 01.01.2020 sollte rechtzeitig der Übergang der Fallakten geklärt werden. Intensive und kurzfristige Austauschmöglichkeiten der beteiligten Akteure sollen ermöglicht werden.
- Empfohlen wird eine rechtzeitige Information der Leistungserbringer, -anbieter und Sorgeberechtigten der Kinder mit Frühförderbedarf.
- Wünschenswert ist eine frühzeitige Einbindung von Frühförderstellen in die Konzeption und Gestaltung von Verträgen.
- Empfohlen wird eine nahtlose Weitergewährung der Hilfe durch Zusicherung einer durchgehenden Bewilligung bis zur Aktenübernahme, keine Begrenzung der Bewilligungen bis zum Jahresende 2019.
- Grundsätzlich sollten die Landschaftsverbände den bestehenden Verträgen beitreten. Die Leistungserbringer sollten entsprechend informiert werden. Sollten Übergangsregelungen (z. B. Leistungsbewilligungen über den 31.12.2019 hinaus, weitere Zuständigkeit der örtlichen Träger) geplant werden, sollte geprüft werden, ob dies im Rahmen einer Heranziehungssatzung geregelt wird.
- Rechtzeitige Fallübergabe (Kostenerstattungsverfahren und vorübergehende Heranziehung vermeiden).
- Eine personenzentrierte Arbeitsweise und eine jeweilige Einzelfallprüfung innerhalb des verwaltungsrechtlichen Verlaufs sollten zum Gelingen beitragen.
- Um die Qualität und den reibungslosen Ablauf der Frühförderung für die Kinder nach Erteilung des Bescheids zu erhöhen, kann im Kontakt mit den Frühförderzentren die Mitarbeit der Eltern (Einhaltung der bewilligten Fördereinheiten) erörtert werden.

- Alle mit der Eingliederungshilfe befassten Menschen (Eltern, Beschäftigte in den Frühförderstellen etc.) sollten die bei den Landschaftsverbänden zuständigen Mitarbeiter/innen problemlos (z. B. im Internet) finden und gut erreichen können (feste persönliche und telefonische Sprechzeiten, kurzfristige Reaktionen auf E-Mail-Anfragen, bekannt gemachte Faxverbindungen).
- Für eine gute Zusammenarbeit sind auch persönliche "kurze Wege" erforderlich (auch für Schwerbehinderte vorhandene Parkplätze am Haus, gute Anbindung an den ÖPNV, Barrierefreiheit im Haus durch Fahrstühle...).

Auf die Frage, was das Besondere an der Art ist, wie in den einzelnen Kommunen Frühförderung gewährt wird (sog. Qualitätsbegriffe), und welche Prozesse davon unbedingt erhalten bleiben sollten, wurden folgende Antworten gegeben (*Auszüge zitiert*):

- Den betroffenen Familien wird bei uns ein niedrigschwelliger Zugang zu den Leistungen der Frühförderung ermöglicht, und ein hoher Verwaltungsaufwand durch Einzelfallabrechnungen wird vermieden.
- Teil unseres Systems sind flankierende beratende Stellen bei der Kreisverwaltung, und zwar der "Begleitende Dienst" im Amt für Menschen mit Behinderung und die "Frühen Hilfen" im Gesundheitsamt. Diese Struktur hat sich durch die bestehenden kurzen Kommunikationswege als erfolgreich und gut funktionierend bewährt, gerade auch bei schwierigen Fällen, und sollte daher unbedingt erhalten bleiben und fortgeführt werden.
- Unser Kreis betreibt neben der Interdisziplinären Frühförderstelle auch eine mobile Frühförderstelle durch das HPZ. Neben Heilpädagogik werden hier auch Elternberatung sowie die Teilnahme an Eltern-Kind-Gruppen, wie z. B. Psychomotorik, Schwimm-, Gesprächs- und Heilpädagogische Rhythmusgruppen angeboten. Diese Einrichtung sollte erhalten bleiben.
- Durch ein sehr gutes Netzwerk, in das die Frühfördereinrichtungen, die niedergelassenen Ärzte/innen, die Ärzte/innen des Gesundheitsamtes, die Kitas etc. einbezogen sind, werden die Kinder individuell entsprechend ihren Entwicklungsverzögerungen und/oder Behinderungen gefördert. Hierdurch werden Doppelstrukturen bspw. durch zusätzliche ärztliche Untersuchungen eines/einer für interdisziplinäre Frühförderstellen erforderlichen Facharztes/Fachärztin für Kinderheilkunde vermieden. Das Netzwerk kompensiert zudem den auf dem Land zunehmenden Mangel an Ärzten/innen und Therapeuten/innen.
- Direkte Kommunikation mit den Frühförderstellen zur Reduzierung von bürokratischem Aufwand.
- Die Kontaktaufnahme zur Frühförderstelle sowie der gesamte unbürokratische Ablauf (ohne gesondertes Antragsverfahren) stellt für betroffene Eltern und Kindern ein sehr niedrigschwelliges Angebot dar.

- Finanzierung von niederschweligen Beratungsangeboten und zusätzliche Finanzierung von "Runden Tischen" bei gleichzeitiger Betreuung in einer Kindertageseinrichtung.
- Grundsätzlich wird im Gebiet der Frühförderung bei nicht eindeutigen Fällen (Behinderungsbild des Kindes; Bewertung nach §53 SGB XII; Passung der heilpädagogischen Leistung o. Komplexleistung) immer das Gesundheitsamt eingeschaltet. Diese Einschätzung und Stellungnahme zur Behinderung des Kindes und zu möglichen heilpädagogischen Leistungen oder Komplexleistungen ist in einigen Fällen ausschlaggebend und zentral für die Gewährung oder Nicht-Gewährung eines Frühförderantrags.
- Vor dem Hintergrund, dass die Leistungserbringer (Frühfördereinrichtungen) den beantragten Bedarf im Rahmen der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes selbst diagnostizieren, wurde eine fachlich-inhaltliche Prüfung (Screening und Fachdienst) installiert. Diese Prüfung ist aus hiesiger Sicht erforderlich.
- Die Arbeit mit den Frühfördereinrichtungen basiert auf einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit direkten Kontakten. Fragen bei unklarer Diagnostik werden in persönlichen Gesprächen, immer im Interesse der berechtigten Kinder, geklärt.
- Das Clearingverfahren ist dem Antragsverfahren vorgeschaltet, und in jedem Einzelfall werden individuelle Lösungen mit den Eltern gesucht. So wird mit einem geringen Aufwand für den Sozialhilfeträger eine gute, aus unserer Sicht bedarfsdeckende Versorgung für Eltern und Kinder sichergestellt.
- Einschätzung des Lebensumfeldes und der Ressourcen der Familie, wie z.B. psychisch kranke Eltern, Bindungsstörungen, weitere Geschwister mit Behinderungen, schulische Förderangebote, Schwerbehindertenausweis, Unterstützung mit familienentlastendem Dienst.
- Schnelle Vorabbeurteilung ohne genaue Benennung des Förderkontingentes bei Frühgeborenen oder sehr schwer betroffenen Kindern
- Umfassende Beratung und Einbeziehung der Eltern

5.6 Clearing- und Diagnostikstellen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der Befragung der Clearing- und Diagnostikstellen, an der sich zwei aus dem Rheinland und 13 aus Westfalen-Lippe beteiligt haben. Ob über diese 15 Stellen hinaus noch weitere Clearingstellen bestehen, ist nicht bekannt. Clearing- und Diagnostikstellen sind häufig in denjenigen Kreisen und kreisfreien Städten vorhanden, in denen keine anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, in denen die Eingangsdiagnostik ansonsten durchgeführt werden könnte, eingerichtet sind. Manchmal kommt es aber auch vor, dass in ein und derselben Kommune sowohl eine IFF als auch eine Clearingstelle eingerichtet ist. Da nur zwei Clearingstellen im Rheinland vorhanden sind, wurden die Ergebnisse lediglich auf Ebene des Landes

und nicht auf Ebene der beiden Verbände ausgewertet. In sechs Fällen wurde angegeben, dass die entsprechende Stelle beim Gesundheitsamt angesiedelt ist, in vier Fällen ist sie an die Fachstelle „Frühe Hilfen“ andockt, welche wiederum einen Teil des Gesundheits- oder Sozialamts darstellen kann. Im ersten, größeren Teil der Auswertung zu der Befragung der Clearingstelle wird der Zugang zu den Leistungen in den Stellen erläutert, der zweite Teil konzentriert sich auf die Merkmale der Kinder mit Förderbedarf in den einzelnen Stellen.

Personelle Besetzung der Clearingstellen

Zuerst erfolgte eine Abfrage, welches Personal an der Eingangsdiagnostik beteiligt und wie diese organisiert wird. In den meisten Stellen, und zwar in vier von fünf Fällen bzw. 80 %, wird ärztliches Personal an der Eingangsdiagnostik in den Clearingstellen beteiligt (vgl. Tabelle 24). Auch heilpädagogisches Personal wird hierfür häufig eingesetzt (73 %). Etwas seltener, in etwa der Hälfte der Fälle, erfolgt die Einbindung medizinisch-therapeutischen (60 %) oder psychologischen Personals (47 %).

Tabelle 24: An der Eingangsdiagnostik beteiligtes Personal

	Clearingstellen (N=15)	
Ärztliches Personal	12	80%
Heilpädagogisches Personal	11	73%
Medizinisch-therapeutisches Personal	9	60%
Psychologisches Personal	7	47%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei einer differenzierteren Betrachtung des an der Eingangsdiagnostik beteiligten Personals in Hinblick auf einzelne Berufsgruppen wird deutlich, dass die ärztliche Diagnostik ausschließlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, nicht jedoch durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder Psychiaterinnen und Psychiater erfolgt (s. Tabelle 25). Die heilpädagogische Diagnostik erfolgt in 67 % der Fälle durch Heilpädagoginnen und -pädagogen und in 27 % durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Lediglich jede fünfte Kommune gab an, dass Psychologinnen und Psychologen im Rahmen der Eingangsdiagnostik eingesetzt werden. Noch seltener werden Logopädinnen und Logopäden, Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten daran beteiligt.

Tabelle 25: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen

	Clearingstellen (N=15)		...dav. angestellte Fachkräfte der Einrichtung	
	Ärztliche Diagnostik			
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	11	73%	9	82%
Niedergelassene Fachärzte/innen	0	0%	-	
Psychiater/innen	0	0%	-	
Andere	0	0%	-	
	Heilpädagogische Diagnostik			
Heilpädagogen/innen	10	67%	10	100%
Sozialpädagogen/innen	4	27%	4	100%
Sonderpädagogen/innen	0	0%	-	
Dipl.-Pädagogen/innen	2	13%	2	100%
Andere	2	13%	2	100%
	Psychologische Diagnostik			
Psychologen/innen	3	20%	3	100%
Andere	1	7%	1	100%
	Medizinisch-therapeutische Diagnostik			
Logopäden/innen/Sprachheilpädagogen/innen	2	13%	2	100%
Ergotherapeuten/innen	1	7%	1	100%
Physiotherapeuten/innen	1	7%	1	100%
Andere	2	13%	-	

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei der Abfrage, ob das jeweils eingebundene Personal eine angestellte Fachkraft der Einrichtung darstellt, ob mit festen Verträgen kooperiert wird oder die Zusammenarbeit auf Honorarbasis erfolgt, wurde deutlich, dass bis auf zwei Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sämtliches an der Eingangsdiagnostik beteiligte Personal fest in der Clearingstelle angestellt ist.

Ort der Diagnostik, Diagnoseinstrumente und Ablehnungen

In der Regel stellt der Ort der Diagnostik die Clearingstelle selbst dar: Zehn der 15 Stellen gaben an alle Bestandteile der Diagnostik in der Stelle selbst durchzuführen (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Ort der Diagnostik

	Clearingstellen (N = 15)	
Alle Bestandteile in Einrichtung	10	67%
Einzelne Bestandteile woanders...	5	33%
...und zwar folgende :		
Ärztliche Diagnostik	2	40%
Psychologische Diagnostik	1	20%
Heilpädagogische Diagnostik	5	100%
Andere Diagnostik	2	40%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei den fünf Clearingstellen, bei denen einzelne Bestandteile der Eingangsdiagnostik an einem anderen Ort stattfinden, betrifft dies in allen Fällen die heilpädagogische Diagnostik. In zwei von fünf Fällen (40 %) finden daneben jeweils die ärztliche sowie weitere Diagnostik (Soziale Anamnese, logopädische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychologische Diagnostik) an abweichenden Orten, wie z. B. dem Elternhaus des Kindes, statt. 15 Clearingstellen verwenden standardisierte Testverfahren zur Diagnose einer bestehenden oder drohenden Behinderung, wie z. B. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 – 7 und BUEVA (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung

	Clearingstellen (N = 15)	
Standardisierte Testverfahren (bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 -7, BUEVA)	15	100%
Zusätzlich weitere heilpädagogische Verfahren	4	27%
Zusätzlich weitere, nicht-heilpädagogische Verfahren	6	40%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Zusätzliche weitere heilpädagogische Verfahren kommen in 27 % der Einrichtungen und nicht-heilpädagogische Verfahren in 40 % der Einrichtungen zum Tragen. Als weitere heilpädagogische und nicht-heilpädagogische Verfahren werden Spiel- und Interaktionsbeobachtungen, strukturierte Verhaltensbeobachtungen, Videoanalysen (auch in den KiTas und im häuslichen Umfeld) und standardisierte Fragebögen, wie z. B. VBV 3-6, FSK, CHAT, SETK, SDQ, aufgeführt.

Tabelle 28: Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Clearingstellen (N = 15)	
	bei allen Frühförderleistungen	
Anzahl der Antworten	11	100%
Keine Ablehnung	2	18%
0,1 bis unter 10 %	2	18%
10 % bis unter 20 %	5	45%
20 % und mehr	2	18%
	bei Komplexeleistungen	
Anzahl der Antworten	5	100%
Keine Ablehnung	1	20%
0,1 bis unter 10 %	1	20%
10 % bis unter 20 %	2	40%
20 % und mehr	1	20%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

In Tabelle 28 wird die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen in den Clearingstellen, die im Jahr 2017 erfolgten, dargestellt. Sowohl für alle Frühförderleistungen als auch für Komplexeleistungen wurde am häufigsten angegeben, dass zwischen 10 und 20 % der Anträge abgelehnt wurden (bei 45 % der Einrichtungen in

Bezug auf alle Frühförderleistungen bzw. bei 40 % der Einrichtungen in Bezug auf Komplexleistungen). Keine Ablehnung gab es in 18 % (alle Leistungen) bzw. 20 % (Komplexleistungen) der Einrichtungen. Dass 20 % und mehr der Anträge auf Frühförderleistungen abgelehnt werden, kommt in etwa bei jeder fünften Clearingstelle vor (vgl. Tabelle 28).

Kinder mit Förderbedarf

Abschließend wurden die Clearing- und Diagnostikstellen darum gebeten, darzulegen, wie viele Kinder im Jahr 2017 Frühförderleistungen in der Stelle erhalten haben, wie hoch die Anzahl der Kinder pro jeweiliger Leistungsform war und welche Merkmale diese Kinder aufwiesen. Hierzu lagen Antworten von 12 Clearingstellen vor. In diesen erhielten im Jahr 2017 5.645 Kinder Frühförderleistungen, von denen 4.623 und damit mehr als vier von fünf Kindern auf heilpädagogische Leistungen (82 %), 1.038 auf Komplexleistungen (18 %) und ein sehr geringer Anteil von 95 Kindern (2 %) auf weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen entfallen (vgl. Tabelle 29). Etwa zwei Drittel der geförderten Kinder (61 %) waren männlichen und ein Drittel (36 %) weiblichen Geschlechts. Darüber hinaus hatte ca. ein Drittel der Kinder einen Migrationshintergrund (37 %), und jedes zehnte Kind entstammte einer sozial belasteten Familie (10 %). In der kleinsten der zwölf Clearingstellen erhielten im Jahr 2017 105 Kinder diagnostische Leistungen, in der größten mit 1.018 Kindern etwa die zehnfache Anzahl.

Tabelle 29: Anzahl der Kinder in der Clearingstelle am 31.12.2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung

	Anzahl der Antworten	Summe	Anteil an allen Kindern	kleinster Wert	größter Wert
Kinder insgesamt	12	5.645	100%	105	1.018
... davon Komplexleistungen	6	1.038	18%	1	614
... davon weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	2	95	2%	3	92
... davon solitäre „heilpädagogische Leistungen“	12	4.623	82%	37	1.018
Mädchen	12	2.029	36%	51	385
Jungen	12	3.451	61%	54	679
mit Migrationshintergrund	9	2.113	37%	81	679
aus sozial belasteten Familien	3	564	10%	70	272

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

6. Ergebnisse der Befragung der Leistungsanbieter

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Befragung der Frühförderstellen und Leistungsanbieter dargestellt. Die Struktur dieses Kapitels unterteilt sich in einen Gesamtüberblick über die Art der Anbieter und die dort tätigen Fachkräfte (Kapitel 6.1), die angebotenen Frühförderleistungen (Kapitel 6.2), die Kooperationen mit anderen Einrichtungen (Kapitel 6.3), die Zugänge zu den Leistungen (Kapitel 6.4) sowie die genaue Betrachtung der Kinder mit Frühförderbedarf (Kapitel 6.5). In Ergänzung zu den Ergebnissen der Befragung erfolgt in Kapitel 6.6 eine Zusammenfassung der Stellungnahmen der Sozialpädiatrischen Zentren NRW zur Befragung und zum Übergang der Leistungsträgerschaft auf die Landschaftsverbände.

6.1 Beschreibung der Institution und der personellen Besetzung

Der erste Block des Fragebogens an die Leistungsanbieter zielte auf die Art der Einrichtung und ihre personelle Struktur ab. Nach einer Abfrage zur Beschreibung der Institution wurde nach den dort angestellten Fachkräften, ihren Professionen sowie rechnerischen Vollzeitstellen gefragt.

Beschreibung der Institution

Das Leistungsangebot in Nordrhein-Westfalen gestaltet sich als sehr heterogen und vielfältig. Demnach kann es sich bei den befragten Frühförderstellen um solche handeln, die als anerkannte interdisziplinäre Einrichtungen die Komplexleistung Frühförderung nach § 46 Abs. 3 SGB IX anbieten, oder um jene, die zwar interdisziplinär besetzt sind, die Komplexleistung aber nicht anbieten. Zudem unterscheiden sich heilpädagogische Frühförderstellen als solche noch einmal von heilpädagogischen Praxen, die auf Basis von § 75 – § 77 SGB XII solitäre Leistungen anbieten. Weiterhin gibt es die Sozialpädiatrischen Zentren oder weitere, andere Anbieter wie z. B. Autismus-Therapie-Zentren.

Auf die Frage nach der Beschreibung der Institution sollte eigentlich nur eine einzige Antwort erfolgen. Da jedoch häufig darauf hingewiesen wurde, dass mehrere Antwortoptionen gleichzeitig auf einzelne Leistungsanbieter zutreffen, wurde die Frage als Mehrfachantwort ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich 44 der 131 teilnehmenden Leistungsanbieter und damit die meisten als heilpädagogische Frühförderstellen bezeichnen (38 % aller Anbieter; vgl. Tabelle 30). In Westfalen-Lippe beträgt der Anteil der heilpädagogischen Frühförderstellen an allen Einrichtungen 46 %, womit diese etwas weniger als jede zweite Einrichtung betreffen. Im Rheinland machen die heilpädagogischen Frühförderstellen hingegen etwa lediglich jede vierte Einrichtung aus (27 %). Die zweitgrößte Gruppe der Leistungsanbieter stellen die anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen dar, die die Komplexleistung nach § 46 Abs. 3 SGB IX anbieten (34 %). Sie sind im Rheinland mit 42 % stärker vertreten als in Westfalen-Lippe mit 28 %.

Tabelle 30: Beschreibung der Institution

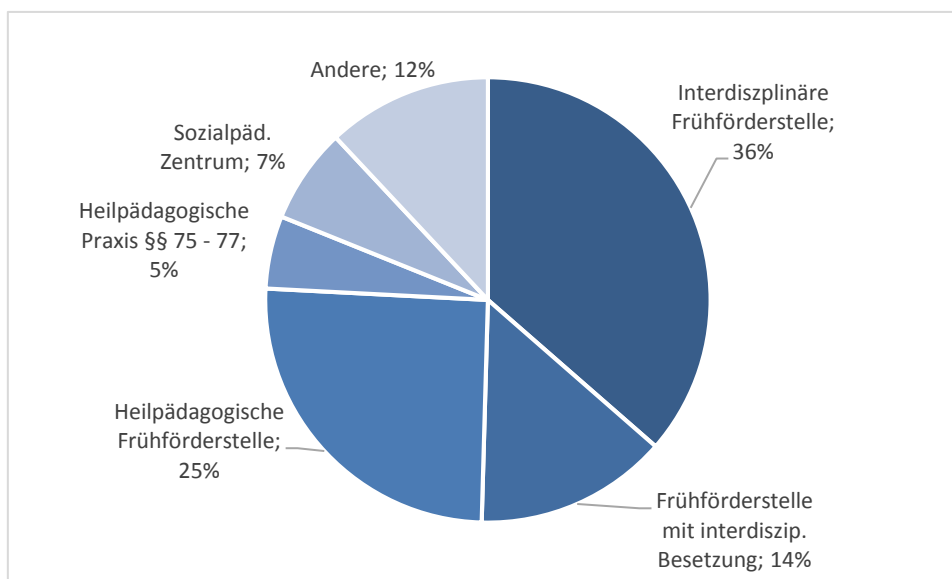
Mehrfachnennungen	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle, die Komplexleistung anbietet	44 34%	22 42%	22 28%	27 31%	17 39%
Frühförderstelle mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung	10 8%	2 4%	8 10%	8 9%	2 5%
Heilpädagogische Frühförderstelle	50 38%	14 27%	36 46%	31 36%	19 43%
Heilpädagogische Praxis mit Verein- barung nach § 75 - § 77 SGB XII zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen	22 17%	5 10%	17 22%	19 22%	3 7%
Sozialpädiatrisches Zentrum	13 10%	7 13%	6 8%	6 7%	7 16%
Andere Beschreibung	25 19%	12 23%	13 16%	15 17%	10 23%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Diese Verteilung von heilpädagogischen und Interdisziplinären Frühförderstellen auf die beiden Landschaftsverbände entspricht der Verteilung der jeweils angebotenen Formen der Frühförderleistungen in den Kommunen, denn deutlich häufiger werden Komplexleistungen im Rheinland und Solitärleistungen in Westfalen-Lippe erbracht (vgl. Kapitel 5.1).

25 Einrichtungen (Gesamt: 19 %, Rheinland: 23 %, Westfalen-Lippe: 16 %) gaben eine andere Bezeichnung als die aufgelisteten für ihre Einrichtung an, darunter am häufigsten Autismus-Therapie-Zentren, Frühförderstellen mit psychomotorischem Schwerpunkt oder heilpädagogische Familienhilfen. Heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 – § 77 SGB XII machen 17 % der befragten Einrichtungen aus (Rheinland: 10 %, Westfalen-Lippe: 22 %), Sozialpädiatrische Zentren 10 % (Rheinland: 13 %, Westfalen-Lippe: 8 %) und Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung insgesamt 8 % (Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 10 %).

Vergleicht man die Typen der Gebietskörperschaften, so ergeben sich lediglich leichte Abweichungen zwischen Kreisen und kreisfreien Städten: In kreisfreien Städten sind mit 39 % die Interdisziplinären Frühförderstellen um 8 Prozentpunkte stärker vertreten als in den Kreisen mit 31 %; auch heilpädagogische Frühförderstellen (Kreise: 36 %, kreisfreie Städte: 43 %) und Sozialpädiatrische Zentren (Kreise: 7 %, kreisfreie Städte: 16 %) sind häufiger in Städten ansässig. Lediglich die heilpädagogischen Praxen mit Vereinbarung nach § 75 – § 77 SGB XII sind öfter in Kreisen angesiedelt (Kreise: 22 %, kreisfreie Städte: 7 %).

Abbildung 1: Verteilung der geförderten Kinder auf die Einrichtungsformen

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Abbildung 1 spiegelt wider, wie sich die Summe der geförderten Kinder im Jahr 2017, die im Detail noch in Kapitel 6.5 aufgegriffen wird, auf die einzelnen Einrichtungsformen verteilt: Von insgesamt 20.080 Kindern, die in den 131 an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen gefördert wurden, entfällt der größte Teil mit 7.314 Kindern bzw. 36 % auf die Anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen. Jedes vierte Kind hat eine heilpädagogische Frühförderstelle besucht (5.095 Kinder bzw. 25 %). An dritter Stelle stehen die Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung, die 2.816 Kinder bzw. einen Anteil von 14 % an allen geförderten Kindern umfassen. Es folgen andere Einrichtungen (2.405 Kinder bzw. 12 %), Sozialpädiatrische Zentren (1.389 Kinder bzw. 7 %) und heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 SGB XII zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen.

Personelle Besetzung der Einrichtungen

In Tabelle 31 sind die personellen Kapazitäten der Einrichtungen abgebildet. Die diesbezügliche Frage zielte sowohl auf die Anzahl der Fachkräfte, die für die jeweilige Institution arbeiten, als auch auf die entsprechenden Vollzeitstellen ab. Im Mittel am häufigsten angegeben wurden zwölf Fachkräfte bzw. neun Vollzeitstellen, die für die jeweilige Institution arbeiten. Im Rheinland ist diese Anzahl mit durchschnittlich knapp 14 Fachkräften (11,5 Vollzeitstellen) etwas höher als in Westfalen-Lippe mit elf Fachkräften (6,8 Vollzeitstellen). Die Spanne aller angegebenen Fachkräfte, die für die Einrichtungen arbeiten, reicht von einer bis hin zu 76 Personen pro Einrichtung.

Tabelle 31: Personelle Kapazität der Einrichtungen

		Anzahl der Antworten	Mittelwert (Median)	kleinster Wert	größter Wert
Gesamt (N=131)	Anzahl Personen in Vollzeitstellen	82	12,0	1,0	76,0
		47	9,0	1,0	33,9
LVR (N=52)	Anzahl Personen in Vollzeitstellen	31	14,0	1,0	76,0
		18	11,5	1,4	33,9
LWL (N=79)	Anzahl Personen in Vollzeitstellen	51	11,0	1,0	66,0
		29	6,8	1,0	26,0

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Neben Anzahl und Vollzeitstellen der Fachkräfte wurde ebenfalls nach deren Professionen gefragt. Die Antwortmöglichkeiten waren entsprechend der unterschiedlichen Berufsgruppen in medizinische, heilpädagogische, psychologische, medizinisch-therapeutische Fachkräfte sowie Verwaltungsfachkräfte unterteilt. Auch hier bestand die Möglichkeit, über die angegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus weitere Professionen einzutragen. Die nachfolgende Tabelle 32 enthält die Anzahl der Einrichtungen sowie den Anteil derer, die angaben, dass die jeweiligen Fachkräfte bei ihnen vertreten sind.

In der Berufsgruppe der medizinischen Fachkräfte dominieren die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit insgesamt 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. 37 % der Einrichtungen gaben an, diese einzusetzen. Als vertraglich vereinbarter Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung ist der Anteil der Fachärztinnen und -ärzten in Einrichtungen der Komplexleistung wie zu erwarten höher (73 %) als bei Leistungsanbietern ohne Angebot der Komplexleistung (27 %). Psychiaterinnen und Psychiater (3 %) sowie zusätzlich genannte medizinische Fachkräfte, wie z. B. medizinische Fachangestellte (5 %), wurden eher selten aufgeführt.

In Übereinstimmung mit der großen Anzahl heilpädagogischer Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen überwiegt die Profession der Heilpädagoginnen und -pädagogen deutlich. 89 % aller befragten Einrichtungen gaben an, dass diese für sie tätig sind. Als Hauptberufsgruppe sind die Heilpädagoginnen und -pädagogen in Einrichtungen ohne Komplexleistung häufiger angestellt (59 %) als in Einrichtungen mit diesem Angebot (39 %). Andere heilpädagogische Fachkräfte wie Sozial- oder Diplompädagoginnen und -pädagogen sind auf Einrichtungen mit und ohne Komplexleistung gleichmäßiger verteilt, hier liegt der prozentuale Anteil jeweils zwischen 46 % und 54 %. Sonderpädagoginnen und -pädagogen sind insgesamt nur zu 11 % vertreten, dafür gibt es einige heilpädagogische Fachkräfte, die die Leistungsanbieter zusätzlich genannt haben, darunter zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher, Motopädinnen und Motopäden sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter. Sonstige Professionen waren in 36 % der Einrichtungen beschäftigt.

Tabelle 32: In den Einrichtungen vertretene Professionen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Mit Angebot der Komplexleistung (N=45)	
	Medizinische Fachkräfte					
Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde	49	37%	13	27%	36	73%
Psychiater/innen	4	3%	2	50%	2	50%
Andere	7	5%	4	57%	3	43%
	Heilpädagogische Fachkräfte					
Heilpädagogen/innen	116	89%	69	59%	45	39%
Sozialpädagogen/innen	65	50%	35	54%	30	46%
Sonderpädagogen/innen	14	11%	10	71%	4	29%
Dipl.-Pädagogen/innen	45	34%	22	49%	23	51%
Andere	47	36%	27	57%	20	43%
	Psychologische Fachkräfte					
Psychologen/innen	57	44%	20	35%	37	65%
Andere	7	5%	4	57%	3	43%
	Medizinisch-therapeutische Fachkräfte					
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	64	49%	22	34%	42	66%
Ergotherapeuten/innen	65	50%	22	34%	43	66%
Physiotherapeuten/innen	58	44%	19	33%	39	67%
Motopäden/innen	48	37%	27	56%	21	44%
Andere	13	10%	11	85%	2	15%
	Verwaltungsfachkräfte					
Bürofachkräfte/Sekretäre/ innen	89	68%	47	53%	42	47%
Andere	39	30%	20	51%	19	49%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Psychologische Fachkräfte sind mit 44 % als Psychologinnen und Psychologen vertreten, diese arbeiten häufiger in Einrichtungen mit (65 %) als in Einrichtungen ohne anerkannte interdisziplinäre Frühförderung (35 %). Andere psychologische Fachkräfte machen mit 7 Personen 5 % der Gesamtheit aus, hierbei handelt es sich z. B. um Musiktherapeutinnen und -therapeuten oder systemische Beraterinnen und Berater.

Unter den medizinisch-therapeutischen Fachkräften sind Logopädinnen und Logopäden, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten in rund 50 % aller Einrichtungen angestellt, davon zu zwei Dritteln in Frühfördereinrichtungen mit dem Angebot der Komplexleistung (66 %). Motopädinnen und Motopäden und andere medizinisch-therapeutische Fachkräfte, wie z. B. Kinderkrankenschwestern, sind zum Großteil in Einrichtungen ohne Komplexleistung vertreten.

Verwaltungsaufgaben werden zu 68 % von Bürofachkräften übernommen. Andere Verwaltungsfachkräfte wie IT-Spezialistinnen und -Spezialisten oder Reinigungskräfte machen ca. ein Drittel des Gesamtpersonals aus (30 %). Die Verteilung auf Einrichtungen

mit und ohne Komplexleistung ist hier sehr ausgeglichen: Etwa jede zweite Einrichtung beschäftigt Fachkräfte für die Verwaltung.

6.2 Angebot und Ausgestaltung der Frühförderleistungen

Nach einem Überblick über die Art der Einrichtung und ihrer Personalstruktur wurden die Einrichtungen zu ihrem Leistungsangebot befragt. Neben Art und Ort der Leistungen stellen die Hauptthemen in diesem Frageblock unter anderem vertragliche Vereinbarungen, Fallbesprechungen, Gründe für die Beendigung der Förderung sowie die Ausgestaltung der Elternarbeit dar.

Angebotsstruktur

Zum Vergleich: Die Darstellung der Angebotsstruktur erfolgte an einer früheren Stelle des Berichts bereits in gleicher Weise auf der Ebene der Kommunen (vgl. Kapitel 5.1 bzw. Tabelle 6). Bei der Befragung der Leistungsanbieter haben sich jedoch lediglich etwa 40 % und bei der der Leistungsträger über 95 % der angeschriebenen Institutionen beteiligt, wodurch die Ergebnisse der Befragung der Leistungsträger ein höheres Gewicht erhalten als die der Leistungsanbieter. Dennoch ist der vorliegende Bericht bestrebt, die Perspektiven aller Beteiligten darzustellen.

In Tabelle 33 wird die Art der angebotenen Frühförderleistungen nach Region und Gebietskörperschaft dargestellt.

Tabelle 33: Leistungsspektrum der Einrichtungen

	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Frühförderung als Komplexleistung nach § 46 Abs. 3 SGB IX	45 31%	21 40%	24 26%	28 29%	17 34%
Heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden	13 9%	2 4%	11 12%	8 8%	5 10%
Solitäre "heilpädagogische Leistungen" nach § 79 SGB IX	88 60%	30 57%	58 62%	60 63%	28 56%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Entsprechend der Beschreibungen der jeweiligen Institutionen, bei denen „Heilpädagogische Frühförderstelle“ am häufigsten und „Anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle“ am zweithäufigsten gewählt wurde (vgl. Tabelle 30), macht das Angebot der heilpädagogischen Solitärleistung auf Landesebene den Großteil des Leistungsspektrums aus (88 von 131 Anbietern bzw. 60 %). Komplexleistungen hingegen werden nur in jeder dritten teilnehmenden Einrichtung angeboten (45 Anbieter bzw. 31 %). Im Rheinland umfassen Einrichtungen, die die Komplexleistung erbringen, 40 % der Anbieter, in Westfalen-Lippe sind dies hingegen nur 26 %. Dafür sind die Anbieter solitärer heilpädagogischer Angebote in Westfalen-Lippe etwas stärker ausgeprägt (58 Anbieter bzw. 62 %) als im Rheinland (30 Anbieter bzw. 57 %). Heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden, sind mit insgesamt nur

13 aus 131 Angaben (Gesamt: 9 %, Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 12 %) eher selten vertreten.

Ort der Leistungserbringung und Fahrtzeiten

Hinsichtlich des Orts, an dem die Frühförderleistungen erbracht werden, wurden die befragten Einrichtungen dazu aufgefordert, anzugeben, welche prozentualen Anteile jeweils die Leistungserbringung in den Einrichtungen, im Zuhause des Kindes oder der Kindertagesstätte ausmachen. Die Angaben sind unterteilt in solitär-heilpädagogische Angebote und Komplexleistung und werden in Form des Medians in Tabelle 34 abgebildet.

Die Ergebnisse deuten auf eine unterschiedliche Verteilung bei den beiden Leistungsarten hin: Bei Komplexleistungen werden die Förderleistungen in der Regel in der Einrichtung selbst erbracht (80 %), bei Solitärleistungen lediglich in etwa der Hälfte der Fälle (54 %). Leistungen, die zuhause erbracht werden, beschränken sich bei solitären Leistungen auf 20 % und bei Komplexleistungen auf 8 %. Die Kita dient bei 21 % der Solitär- und 15 % der Komplexleistungen als Ort der Leistungserbringung.

Tabelle 34: Ort der Leistungserbringung

	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"					
In der Einrichtung	57%	50%	59%	54%	67%
Zuhause	21%	22%	21%	22%	14%
In der Kita	22%	28%	21%	24%	19%
Komplexleistungen					
In der Einrichtung	78%	80%	75%	76%	79%
Zuhause	8%	5%	9%	10%	4%
In der Kita	15%	15%	16%	14%	17%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Bezüglich der Leistungen, die nicht in den Einrichtungen selbst erbracht werden, fallen Fahrtzeiten an, die der Leistungsanbieter dafür aufwenden muss, zum Kind nachhause oder in die Kindertagesstätte zu fahren. Die Leistungsanbieter wurden gefragt, wie lange sie im Durchschnitt für die Fahrtzeiten benötigen, wobei sowohl Hin- und Rückfahrt pro Besuch berücksichtigt werden sollten. Der am häufigsten genannte Wert (Modus) belief sich in Westfalen-Lippe auf 30 und im Rheinland auf 35 Minuten, die für die Fahrtzeit benötigt werden. Der kleinste dabei angegebene Wert beträgt in beiden Verbänden lediglich 10 Minuten. Im Rheinland werden maximal 90 und in Westfalen-Lippe 60 Minuten für den Hin- und Rückweg eingeplant.

Regelungen bezüglich der Leistungsbestandteile

Auch die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungen und Rehabilitationsträgern bezüglich der einzelnen Leistungsbestandteile wurden erhoben (s. Tabelle 35). Er-

fasst wurde hierbei, welche Leistungen der Frühförderung, unterteilt in direkte und indirekte Leistungen, im Vertrag vereinbart wurden. Direkte Leistungen umfassen Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind sowie mit den Eltern, zu den indirekten Leistungen gehören u. a. Vor- und Nachbereitungszeit, Fahrtzeiten, Dokumentationsaufgaben, Teamgespräche, Fortbildungen und Supervisionen.

Während die direkten Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind bei den Solitärleistungen in 97 % der Einrichtungen einen festen Bestandteil der Verträge darstellen, ist dies bei den Komplexleistungen nur zu 84 % der Fall. Auch die Elternzeiten sind vertraglich öfter Bestandteil in den Vertragsversionen der solitären Leistungen (85 %) als in denen der Komplexleistungen. Hier gaben nur 18 von 45 Einrichtungen an, dass Face-to-Face-Zeiten mit den Eltern vertraglich mit den Rehabilitationsträgern festgelegt sind (40 %). Diese Angaben beziehen sich jedoch vermutlich auf alte Komplexleistungsverträge, da laut der FrühV die Beratung der Erziehungsberechtigten mittlerweile einen festen Bestandteil der vertraglichen Vereinbarungen darstellt und nicht mehr extra vereinbart werden muss (§ 5 Abs. 2).

Tabelle 35: Mit den Rehabilitationsträgern vertraglich festgelegte Leistungen

	bei solitären heilpädagogischen Leistungen (N=86)		bei Komplex- leistungen (N=45)	
	<i>Anzahl der Antworten</i>	Anteil	<i>Anzahl der Antworten</i>	Anteil
Direkte Leistungen				
Face to face – Leistungen mit dem Kind	85	97%	38	84%
Face to face – Zeiten mit den Eltern	75	85%	18	40%
Indirekte Leistungen				
Vor- und Nachbereitung der Förderung	69	78%	30	67%
Dokumentation	71	81%	31	69%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	58	66%	30	67%
Fallgespräche des Teams	56	64%	29	64%
Fallkoordination	44	50%	25	56%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	37	42%	17	38%
Fahrtkosten	42	48%	17	38%
Supervision	48	55%	17	38%
Fortbildungen	46	52%	17	38%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Indirekte Leistungen wie Vor- und Nachbereitung (78 %) sowie Dokumentationen (81 %) sind bei etwa vier von fünf heilpädagogischen Angeboten vertraglich festgelegt. Diese Leistungen sind bei den Komplexangeboten nur zu knapp 70 % Bestandteil der Verträge. Rund die Hälfte der rein heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen gab an, dass Aufgaben wie Fallkoordination, Fahrtkosten, Supervision und Fortbildungen mit den Rehabilitationsträgern vertraglich vereinbart wurden. Auch hier liegen die Anbieter der Komplexleistung etwas unter diesem Wert (pro Leistungsbestandteil zwischen 38 % und 56 %). Fallgespräche des Teams sind bei beiden Leistungsformen gleich häufig Bestandteil der vertraglichen Vereinbarungen (64 %).

Weiterhin sollte der Umfang der Leistungsbestandteile bezüglich ihres Anteils an der Gesamttätigkeit, ebenfalls getrennt nach Solitär- und Komplexleistungen, von den Einrichtungen geschätzt werden. Die direkte Leistung am Kind zeigte sich, wie erwartet, als Hauptbestandteil der Leistungen und beläuft sich bei den heilpädagogischen Angeboten auf 45 % und bei Komplexleistungen auf 47 %. Die Elternarbeit als direkte Face-to-Face Leistung liegt zwar bei den Solitärleistungen mit einem Anteil von 13 % an der Gesamttätigkeit höher als bei den Komplexleistungen mit 7 %, stellt allerdings im Vergleich dazu einen kleineren Anteil dar als beispielsweise Fahrtkosten, die 10 % der Solitärleistungen ausmachen. Der geringe Anteil der Elternarbeit lässt sich anhand einiger Rückmeldungen seitens der Leistungsanbieter erklären, die angaben, dass die Elternarbeit nicht durch den Sozialhilfeträger refinanziert wird und deswegen eher selten einen direkten, vertraglich vereinbarten Leistungsbestandteil darstellt. Die Anteile der anderen Teilleistungen der indirekten Förderung belaufen sich jeweils auf Werte zwischen 2 % und 7 % (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 36: Anteile der einzelnen Leistungsbestandteile an der jeweiligen Gesamttätigkeit

	bei solitären "heilpädagogischen Leistungen" (N=86)		bei Komplexleistungen (N=45)	
	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Anzahl der Antworten	Mittelwert
Direkte Leistungen				
Face to face – Leistungen mit dem Kind	82	45%	39	47%
Face to face – Zeiten mit den Eltern	73	13%	27	7%
Indirekte Leistungen				
Vor- und Nachbereitung der Förderung	78	7%	34	7%
Dokumentation	75	5%	34	7%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	67	3%	33	5%
Fallgespräche des Teams	68	3%	33	4%
Fallkoordination	47	2%	32	4%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	62	2%	28	3%
Fahrtzeiten	66	10%	27	7%
Supervision	61	2%	23	2%
Fortbildungen	67	3%	30	3%
Verwaltungstätigkeit	71	4%	33	7%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Häufigkeit von Fallbesprechungen

Ob und wie häufig Fallbesprechungen pro Kind stattfinden, wird in Tabelle 37 wiedergegeben. Es lässt sich festhalten, dass regelmäßige Fallbesprechungen eher in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung vorkommen (76 %) als in Einrichtungen ohne Komplexleistung (61 %). Wenn Fallbesprechungen durchgeführt werden, finden diese im Gesamtdurchschnitt beider Leistungsformen bei rund zwei Dritteln der Einrichtungen einmal im Quartal sowie zu ca. bei einem Drittel der Einrichtungen einmal im Halbjahr statt. Auffällig ist, dass im Rheinland die Einrichtungen sowohl mit als auch ohne Angebot der

Komplexleistung häufiger Fallgespräche führen als die Leistungsanbieter in Westfalen-Lippe.

Tabelle 37: Regelmäßige Teambesprechungen

	Anzahl der Antworten	Gesamt		LVR		LWL	
	Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung						
Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen Die Besprechungen finden statt...	59	36	61%	14	67%	22	58%
einmal im Quartal	42	26	62%	13	93%	13	46%
einmal im Halbjahr	42	13	31%	1	7%	12	43%
seltener	42	3	7%	0	0%	3	11%
	Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung						
Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen Die Besprechungen finden statt...	41	34	76%	18	86%	16	67%
einmal im Quartal	39	23	59%	12	63%	11	55%
einmal im Halbjahr	39	13	33%	7	37%	6	30%
seltener	39	3	8%	0	0%	3	15%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

So führen 14 Einrichtungen ohne Komplexleistung im Rheinland Teambesprechungen (67 %), davon fast alle einmal im Quartal (13 Einrichtungen bzw. 93 %), während diese nur von 22 bzw. 58 % der Anbieter ohne Komplexleistung in Westfalen-Lippe und damit deutlich seltener abgehalten werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Leistungsangebote der Komplexleistung (vgl. Tabelle 37).

Dauer, Häufigkeit und Form der Leistungserbringung

In Hinblick auf die Anzahl der Minuten, die eine Fördereinheit inklusive Vor- und Nachbereitungszeit durchschnittlich umfasst, ergeben sich vergleichbare Werte für beide Landschaftsverbände (vgl. Tabelle 38). Im Landesmittel beträgt die Dauer einer Fördereinheit 92 Minuten, wobei das Rheinland mit 96 Minuten etwas darüber und Westfalen-Lippe mit 90 Minuten etwas darunterliegt. In Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung umfasst eine Fördereinheit tendenziell eine etwas größere Dauer (Gesamt: 95 Minuten, Rheinland: 96 Minuten, Westfalen-Lippe: 93 Minuten), als dies bei Einrichtungen mit Komplexleistung der Fall ist (Gesamt: 90 Minuten, Rheinland: 96 Minuten, Westfalen-Lippe: 88 Minuten).

Tabelle 38: Durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit in Minuten

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
Alle Einrichtungen	92,2	95,7	90,2
...davon Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung	95,0	96,0	93,0
...davon Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung	90,0	96,0	88,0

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Häufigkeit, mit der die Leistungen der Frühförderung pro Kind pro Woche erbracht werden, beläuft sich landesweit über beide Leistungsformen gemittelt auf 1,3 Mal. Bei Einrichtungen, die Komplexleistungen anbieten, fällt der Wert mit 1,8 Mal deutlich höher aus als bei denen, die diese nicht anbieten (1,1 Mal; vgl. Tabelle 39). Auch im regionalen Vergleich ergeben sich Abweichungen: Im Rheinland, wo häufiger Komplexleistungen angeboten werden, werden die Kinder durchschnittlich 1,6 Mal pro Woche gefördert. In Westfalen-Lippe, wo das Angebot der Solitärleistungen überwiegt, erfolgt die Förderung wöchentlich 1,2 Mal.

Tabelle 39: Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
Alle Einrichtungen	1,3	1,6	1,2
...davon Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung	1,1	1,2	1,1
...davon Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung	1,8	2,0	1,6

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Zusätzlich wurde von den Leistungsanbietern erfasst, wie lange die Förderung pro Kind durchschnittlich andauert. Diese Angabe sollte nicht auf die Dauer der Bewilligung, die in der Regel zwölf Monate beträgt, sondern auf die Gesamtdauer, mit der die Kinder Frühförderleistungen erhalten, bezogen werden. Im Mittel ergaben sich weder Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsformen noch zwischen den einzelnen Regionen: Sowohl für heilpädagogische und Komplexleistungen als auch für das Rheinland und Westfalen-Lippe liegt die durchschnittliche Dauer der Bewilligung bei etwa 24 Monaten. Dies entspricht zwei Bewilligungen pro Kind pro Gesamtförderung bzw. einer Bewilligung pro Kind pro Jahr. Eine Differenz zeigt sich für beide Leistungsformen bei der Gegenüberstellung der geringsten Dauer der Förderung: Bei Solitärleistungen kann es sein, dass die Förderung lediglich ein halbes Jahr erfolgt, bei Komplexleistungen hingegen beträgt die Dauer mindestens ein ganzes Jahr (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Durchschnittliche Dauer der Förderung pro Kind in Monaten

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
für solitäre „heilpädagogische Leistungen“			
Mittelwert	24	24	24
kleinster Wert	6	12	6
größter Wert	60	36	60
für Komplexleistungen			
Mittelwert	25	24	25
kleinster Wert	12	12	12
größter Wert	54	42	54

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In mehr als zwei Dritteln der landesweit bestehenden Frühförderstellen werden Gruppenangebote erbracht (70 %). Die Anzahl der hierbei jeweils geförderten Kinder reicht von zwei Kindern (69 % der Einrichtungen) bis zu mehr als 5 Kindern, was allerdings

recht selten der Fall ist (2 % Einrichtungen). Beim Vergleich der beiden Verbände zeigt sich, dass in Westfalen Lippe die Gruppengröße durchschnittlich kleiner ausfällt als im Rheinland (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Erbringung von Frühförderleistungen als Gruppenangebote

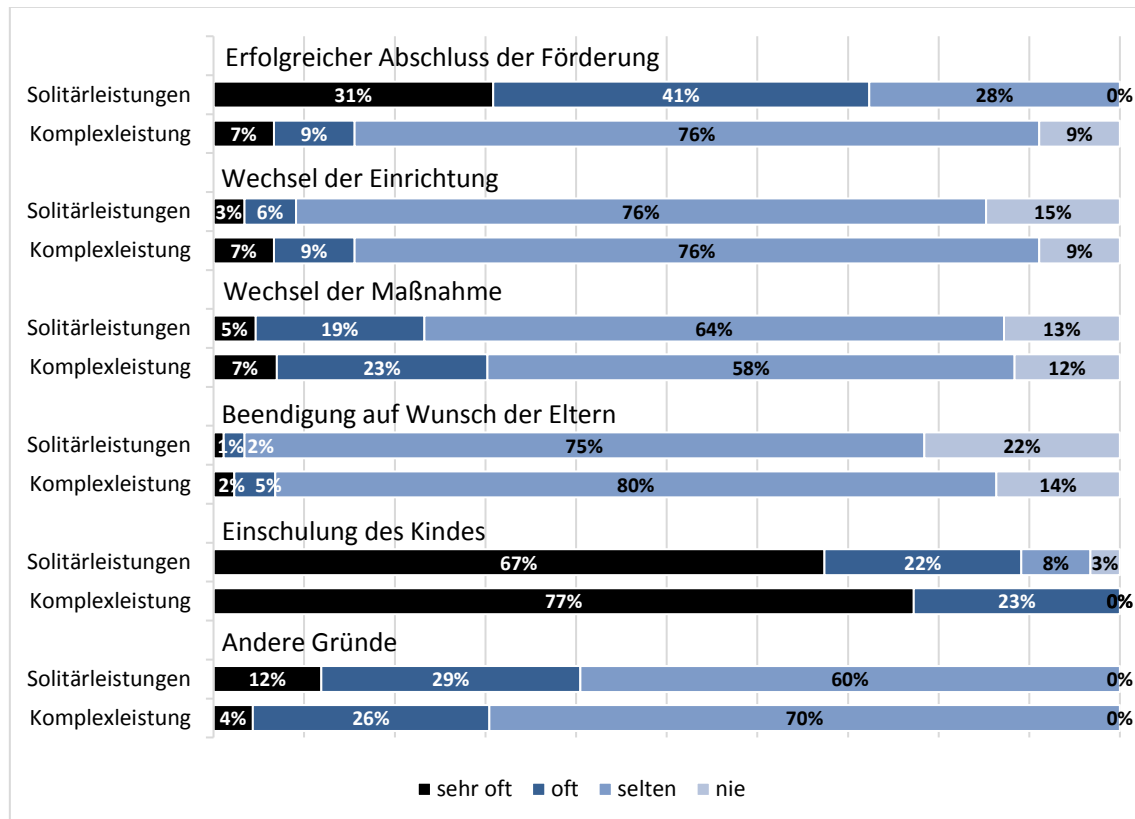
	Insgesamt	LVR	LWL
Anzahl der Antworten	103	40	63
Gruppenangebote sind vorhanden	72 70%	27 68%	45 71%
Anzahl der dabei geförderten Kinder			
1 bis einschl. 2 Kinder	56 69%	16 52%	40 80%
3 bis einschl. 5 Kinder	23 28%	13 42%	10 20%
Mehr als 5 Kinder	2 2%	2 6%	0 0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Beendigung der Leistungen und Einbezug der Eltern

Anschließend wurden die Gründe für die Beendigung von Frühförderleistungen in den einzelnen Einrichtungen erhoben. Die Gründe gestalten sich als vielseitig und reichen vom erfolgreichen Abschluss der Förderung bis hin zur Einschulung des Kindes. Am häufigsten wurde bei beiden Leistungsformen die Einschulung des Kindes als Begründung angeführt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der Förderung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

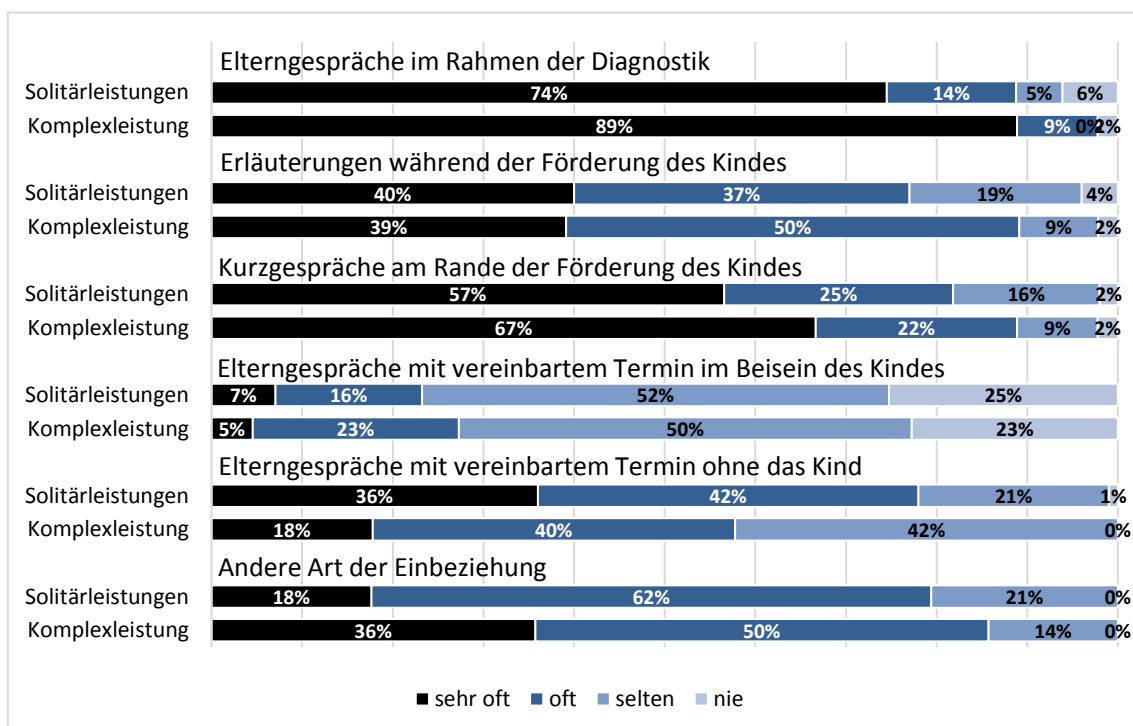
Eine Beendigung auf Wunsch der Eltern sowie ein Wechsel der Einrichtung werden selten bis nie als ausschlaggebende Gründe genannt. Auffallend ist, dass ein erfolgreicher

Abschluss der Förderung bei etwa 70 % der Solitärleistungen häufig als Grund vor-
kommt, jedoch nur bei etwa 15 % der Komplexleistungen.

Andere Gründe, die dazu führen, dass die Leistung beendet wird, umfassen z. B. ein
hohes Desinteresse der Eltern, welche der Förderung des Kindes im Wege steht, bzw.
deren mangelnde Kooperationsbereitschaft. Daneben kann es vorkommen, dass die
Kostenzusage im Falle eines Inklusionsplatzes beendet wird, ein Wohnortwechsel der
Familie stattfindet, die Weiterbewilligung in einigen Fällen abgelehnt wird oder aber auch,
dass das Kind plötzlich verstirbt.

Möglichkeiten der Einbeziehung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten in die Förderung des
Kindes werden in Abbildung 3 wiedergegeben. Hierzu gab es erneut als zusätzliche An-
merkung häufig den Hinweis von den Leistungsanbietern, dass die Elternarbeit als di-
rekte Leistung der rein heilpädagogischen Frühförderung nicht durch die Sozialhilfeträ-
ger oder die Krankenkassen refinanziert werden könne, jedoch einen unverzichtbaren
Teil der Förderung darstelle. Dies habe zur Folge, dass solche Kosten häufig von den
Leistungsanbietern selbst getragen werden müssten, was zu einer deutlichen Belastung
für die Leistungsanbieter führe.

**Abbildung 3: Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten des Kindes in die För-
derung**



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Eltern werden am häufigsten im Rahmen von Elterngesprächen bei der Diagnostik
einbezogen. Dies trifft auf etwa 90 % der Solitärleistungen und auf 98 % der Komplex-
leistungen zu (vgl. Abbildung 3). Darüber hinaus werden häufig Kurzgespräche am

Rande der Förderung des Kindes geführt. Eher selten kommt es vor, dass Elterngespräche mit vereinbartem Termin im Beisein des Kindes stattfinden. Allerdings wurden darüber hinaus noch einige andere Möglichkeiten des Einbezugs genannt: Der Einbezug kann in Form von Hilfeplangesprächen, telefonischen Kontakten zu den Eltern, Runden Tischen in der Kindertagesstätte, gemeinsamen Dokumentationsbüchern, Mitarbeit der Eltern an der Förderung des Kindes oder Einbeziehung im Rahmen der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans umgesetzt werden.

Obergrenzen für die Fördereinheiten

Weiterhin wurde erhoben, ob Obergrenzen in den einzelnen Einrichtungen für die geleisteten Fördereinheiten bestehen und wenn ja, ob diese sich entweder auf das Kind oder auf die gesamte Einrichtung beziehen. Sowohl bei Solitär- als auch bei Komplexleistungen wurde in etwa der Hälfte der Fälle angegeben, dass entsprechende Obergrenzen existieren (53 % bzw. 52 %, vgl. Tabelle 42). Für beide Leistungsformen beziehen sich diese in drei von vier Fällen (76 %) auf das Kind und nur in einem von vier Fällen auf die gesamte Einrichtung (24 %).

Tabelle 42: Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen

	bei solitären "heilpädagogischen Leistungen"		bei Komplexleistungen	
Anzahl der Antworten	88		44	
Es gibt eine Obergrenze...	47	53%	23	52%
Anzahl der Antworten	46		21	
...davon pro Kind	35	76%	16	76%
...davon für die gesamte Einrichtung	11	24%	5	24%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

6.3 Kooperationen mit anderen Einrichtungen

Im vorliegenden Fragenblock wurden die Kooperationen der Leistungsanbieter mit anderen Einrichtungen bzw. Institutionen erfasst. Über alle Leistungsanbieter finden am häufigsten ärztliche Kooperationen (63 %) sowie Kooperationen mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung (62 %) statt (vgl. Tabelle 43).

Bei den ärztlichen Kooperationen wurden niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit hoher Häufigkeit als Kooperationspartner angegeben. Diese belaufen sich pro Einrichtung im Mittel auf eine Anzahl von 10 niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten. Neben Ärztinnen und Ärzten des Sozialpädiatrischen Zentrums (54 %) und des Gesundheitsamts (57 %) wird auch mit Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Logopädinnen und Logopäden, der Koordinationsstelle des Gesundheitsamtes sowie Kinder- und Jugendkliniken zusammengearbeitet.

Bei den Kooperationen mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung ist die hohe Anzahl an Kooperationspartnern der Kindertagesstätten auffällig: Im Mittel kooperiert jeder Leistungsanbieter mit 36 Kindertagesstätten.

Tabelle 43: Kooperierende Einrichtungen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)		Anzahl Kooperati- onspartner (Median)
	Ärztliche Kooperationen						
Niedergelassene Fach- ärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	82	63%	46	55%	34	76%	10
Ärzte/innen des Sozial- pädiatrischen Zentrums	71	54%	40	47%	31	69%	3
Ärzte/innen des Gesundheits- amtes	75	57%	45	52%	30	67%	3
Andere	30	23%	14	16%	16	36%	4
	Kooperationen mit Einrichtungen der frühen Hilfen						
Sozialmedizinische Nach- sorge von Krankenhäusern	51	39%	31	36%	20	44%	2
Mütterberatungsstellen	30	23%	16	19%	14	31%	1
Familienhebammen	51	39%	28	33%	23	51%	2
Andere	24	18%	13	15%	11	24%	7,5
	Kooperation mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung						
Kindertagesstätten	81	62%	48	56%	33	73%	36
Kindertagespflege	56	43%	32	37%	24	53%	5
Andere	14	11%	7	8%	7	16%	2
	Kooperation mit medizinisch-therapeutischen Einrichtungen						
Logopäden/innen/Sprachheil- pädagogen/innen	76	58%	44	51%	32	71%	5
Ergotherapeuten/innen	36	27%	20	23%	16	36%	4
Physiotherapeuten/innen	37	28%	19	22%	18	40%	3
Andere	6	5%	4	5%	2	4%	3
	Kooperation mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe						
Jugendämter	47	36%	27	32%	19	42%	3
Andere	21	16%	15	18%	6	13%	2

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Medizinisch-therapeutische Kooperationen gestalten sich in der Regel durch die Zusammenarbeit mit Logopädinnen und Logopäden bzw. Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen. Neben Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die in jeder fünften Einrichtung einbezogen werden, spielen hier auch Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädiatrische Zentren und andere Frühförderstellen eine Rolle.

Bezüglich der Frühen Hilfen wird in 39 % mit der Sozialmedizinischen Nachsorge von Krankenhäusern zusammengearbeitet, die durchschnittlich zwei Kooperationspartnerinnen und -partner umfasst. Daneben spielen häufig das Netzwerk bzw. der Arbeitskreis Frühe Hilfen, (Erziehungs-)Beratungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Tagesmütter, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und das Familienbüro im Rahmen der Zusammenarbeit eine Rolle. Weitere Kooperationen, die über die hier abgebildeten hinausgehen, betreffen die Seh- und Hörfrühförderung, autismusspezifische Einrichtungen sowie den Kinderschutzbund.

Zusammenfassend kooperieren Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung im Durchschnitt häufiger mit anderen Institutionen als Einrichtungen ohne Angebot (vgl. Tabelle 43). Dies betrifft vor allem die Zusammenarbeit mit ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen, was aufgrund des bei Komplexleistungen enthaltenen medizinisch-therapeutischen Anteils plausibel erscheint.

Die Häufigkeiten, mit denen die Kooperationen jeweils stattfinden, werden in Tabelle 44 wiedergegeben. Die Leistungsanbieter konnten hierbei jeweils für die einzelnen Kooperationspartnerinnen und -partner differenzieren, ob die Zusammenarbeit häufig, regelmäßig oder nie stattfindet. Hierbei zeigte sich, dass die einzige Kooperation, zu der angegeben wurde, dass sie häufig stattfindet, die Kooperation mit den Kindertagesstätten darstellt: 71 % der Einrichtungen arbeiten häufig mit diesen zusammen.

Tabelle 44: Häufigkeiten der Kooperation

	häufig		regelmäßig		selten	
	Ärztliche Kooperationen					
Niedergelassene Fachärzte/innen für Kinder und Jugendheilkunde	26	27%	53	55%	17	18%
Ärzte/innen des Sozialpädiatrischen Zentrums	17	19%	38	43%	33	38%
Ärzte/innen des Gesundheitsamtes	31	33%	42	44%	22	23%
Andere	8	23%	19	54%	8	23%
	Kooperationen mit Einrichtungen der frühen Hilfen					
Sozialmedizinische Nachsorge von Krankenhäusern	5	7%	22	33%	40	60%
Mütterberatungsstellen	2	4%	9	20%	35	76%
Familienhebammen	7	10%	20	30%	40	60%
Andere	8	28%	16	55%	5	17%
	Kooperation mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung					
Kindertagesstätten	74	71%	26	25%	4	4%
Kindertagespflege	17	23%	23	31%	35	47%
Andere	3	21%	10	71%	1	7%
	Kooperation mit medizinisch-therapeutischen Einrichtungen					
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	28	29%	49	50%	21	21%
Ergotherapeuten/innen	18	21%	42	49%	25	29%
Physiotherapeuten/innen	19	22%	45	53%	21	25%
Andere	5	31%	9	56%	2	13%
	Kooperation mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe					
Jugendämter	25	26%	51	52%	22	22%
Andere	16	36%	27	60%	2	4%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Einrichtungen bzw. Institutionen, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird, sind niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder und Jugendheilkunde (55 %), Physiotherapeutinnen und -therapeuten (53 %), Logopädinnen und Logopäden (50 %), Ergotherapeutinnen und -therapeuten (49 %) sowie Jugendämter (52 %). Hingegen selten

kooperiert wird mit Mütterberatungsstellen (76 %), der sozialmedizinischen Nachsorge von Krankenhäusern oder Familienhebammen (60 %) und der Kindertagespflege (47 %).

Eine weitere Kooperationsform betrifft die Eingangsdiagnostik bei Komplexleistungen: Hierzu gibt es vier verschiedene Modelle, wie die Eingangsdiagnostik umgesetzt werden kann. In etwa der Hälfte der Fälle findet das sog. Interne Modell bei der Durchführung der Eingangsdiagnostik Anwendung: Dies bedeutet, dass im Rheinland in 48 % und in Westfalen-Lippe in 42 % der Einrichtungen festangestelltes Personal des Teams die Diagnostik umsetzen (vgl. Tabelle 45).

Tabelle 45: Modelle bei der Umsetzung der Eingangsdiagnostik

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	47		21		26	
Internes Modell	21	45%	10	48%	11	42%
Delegationsmodell	5	11%	4	19%	1	4%
Delegationsmodell ÖGD	13	28%	2	10%	11	42%
Externes Modell	8	17%	5	24%	3	12%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Daneben spielt das Delegationsmodell des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit dessen Ärztinnen und Ärzten landesweit in knapp jeder dritten Einrichtung eine Rolle, es ist jedoch in Westfalen-Lippe mit 42 % deutlich häufiger vertreten als im Rheinland mit 10 %. Seltener kommt es vor, dass systematisch mit einzelnen niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten zusammengearbeitet wird (sog. Externes Modell, landesweit 17 %) oder dass eine Zusammenarbeit in Form des einfachen Delegationsmodells stattfindet, bei der mit Ärztinnen und Ärzten des Sozialpädiatrischen Zentrums kooperiert wird (11 %).

6.4 Zugang zu den Leistungen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung des Zugangs zu den Leistungen der Einrichtungen, d. h. das vorliegende Kapitel beschreibt die erbrachten eingangsdiagnostischen Leistungen, die an der Eingangsdiagnostik beteiligten Berufsgruppen, die eingesetzten Instrumente sowie Ablehnungen und nicht in Anspruch genommene Leistungen der Frühförderung.

Erbrachte eingangsdiagnostische Leistungen und daran beteiligte Berufsgruppen

Im Hinblick auf die in den Einrichtungen erbrachten diagnostischen Leistungen wird deutlich, dass die heilpädagogische Diagnostik in mehr als vier von fünf Fällen dort erbracht wird (82 %; vgl. Tabelle 46). Auch die medizinisch-therapeutischen und die psychologischen diagnostischen Leistungen finden in den meisten bzw. zwei von drei Fällen vor Ort statt (jeweils 66 %). Etwas seltener, dennoch in mehr als jedem zweiten Fall trifft dies auch auf die ärztliche Diagnostik zu (59 %). Hinsichtlich aller Bestandteile der Diagnostik zeigt sich, dass diese bei Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen deutlich

häufiger vor Ort erbracht werden als dies in Einrichtungen ohne entsprechendes Angebot der Fall ist (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 46: In den Einrichtungen erbrachte diagnostische Leistungen

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)	
Ärztlich	77	59%	35	42%	42	93%
Heilpädagogisch	107	82%	64	76%	42	93%
Medizinisch-therapeutisch	87	66%	47	56%	39	87%
Psychologisch	87	66%	44	52%	42	93%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Für die vier Bestandteile der Diagnostik wurde auch erfasst, welche Berufsgruppen daran jeweils beteiligt sind und wie die Beteiligung organisiert wird – in Form von Anstellungen der Fachkräfte in der Einrichtung, einer Kooperation mit festen Verträgen oder einer Zusammenarbeit auf Honorarbasis.

Tabelle 47: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)	
	Ärztliche Diagnostik					
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	50	38%	10	12%	40	89%
Niedergelassene Fachärzte/innen	5	4%	3	4%	2	4%
Psychiater/innen	3	2%	1	1%	2	4%
Andere	10	8%	5	6%	4	9%
	Heilpädagogische Diagnostik					
Heilpädagogen/innen	77	59%	33	39%	43	96%
Sozialpädagogen/innen	40	31%	11	13%	28	62%
Sonderpädagogen/innen	15	11%	7	8%	8	18%
Dipl.-Pädagogen/innen	30	23%	8	10%	22	49%
Andere	19	15%	10	12%	8	18%
	Psychologische Diagnostik					
Psychologen/innen	48	37%	9	11%	39	87%
Andere	1	1%	1	1%	0	0%
	Medizinisch-therapeutische Diagnostik					
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	52	40%	10	12%	42	93%
Ergotherapeuten/innen	45	34%	4	5%	41	91%
Physiotherapeuten/innen	45	34%	6	7%	39	87%
Andere	9	7%	5	6%	4	9%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Bei denen an der Diagnostik beteiligten Berufsgruppen werden große Differenzen zwischen den beiden Einrichtungsformen (Einrichtungen mit bzw. ohne Angebot der Komplexleistung) deutlich: In fast allen Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen

werden Fachärztinnen und -ärzte (89 %), Heilpädagoginnen und -pädagogen (96 %), Psychologinnen und Psychologen (87 %) Logopädinnen und Logopäden (93 %) sowie Ergo- (91 %) und Physiotherapeutinnen und -therapeuten (87 %) an der Eingangsdiagnostik beteiligt. In Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistungen ist dies hingegen deutlich seltener der Fall (vgl. Tabelle 47).

Neben den Berufsgruppen, die in Tabelle 47 abgebildet sind, wurden weitere Berufsgruppen genannt, die in die einzelnen Diagnostikbestandteile involviert werden. Hinsichtlich der ärztlichen Diagnostik findet gelegentlich eine Einbindung des Gesundheitsamtes, der Clearingstelle des kommunalen Trägers, des Sozialpädiatrischen Zentrums oder der von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern statt. Andere bei der heilpädagogischen Diagnostik beteiligte Berufsgruppen sind u. a. Sprachheil-, Kindheits- und Rehabilitationspädagoginnen und -pädagogen sowie Motopädinnen und Motopäden. Bei der psychologischen Diagnostik kann ein Einbezug systemischer Beraterinnen und Berater stattfinden, bei der medizinisch-therapeutischen Diagnostik der von Ergo-, Physio- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten.

Tabelle 48: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Beschäftigungsverhältnis

	Angestellte Fachkraft der Einrichtung		In Kooperation mit festen Verträgen		Zusammenarbeit auf Honorarbasis	
	Ärztliche Diagnostik					
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	17	37%	23	50%	6	13%
Niedergelassene Fachärzte/innen	0	0%	0	0%	0	0%
Psychiater/innen	1	33%	2	67%	0	0%
Andere	2	50%	0	0%	2	50%
	Heilpädagogische Diagnostik					
Heilpädagogen/innen	77	99%	0	0%	1	1%
Sozialpädagogen/innen	39	100%	0	0%	0	0%
Sonderpädagogen/innen	15	100%	0	0%	0	0%
Dipl.-Pädagogen/innen	30	100%	0	0%	0	0%
Andere	17	94%	0	0%	1	6%
	Psychologische Diagnostik					
Psychologen/innen	35	74%	10	21%	2	4%
Andere	1	100%	0	0%	0	0%
	Medizinisch-therapeutische Diagnostik					
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	42	79%	11	21%	0	0%
Ergotherapeuten/innen	36	80%	9	20%	0	0%
Physiotherapeuten/innen	39	83%	8	17%	0	0%
Andere	8	89%	1	11%	0	0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Tabelle 48 zeigt, welches Beschäftigungsverhältnis auf die Berufsgruppen, die an der Eingangsdiagnostik beteiligt sind, zutrifft. Hierbei fällt auf, dass nahezu alle beteiligten Berufsgruppen angestellte Fachkräfte der Einrichtungen darstellen. Lediglich in Bezug auf die ärztliche Diagnostik trifft es häufig zu, dass in Kooperation mit festen Verträgen

(Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde: 23 Nennungen bzw. 50 %, Psychiaterinnen und Psychiater: 2 Nennungen bzw. 67 %) oder auf Honorarbasis zusammengearbeitet wird.

Ort der Diagnostik und Diagnoseinstrumente

Etwa die Hälfte der Einrichtungen erklärte, dass alle Bestandteile der Diagnostik in der Einrichtung selbst stattfinden (53 %; vgl. Tabelle 49). Da im Rheinland mehr Interdisziplinäre Frühförderstellen ansässig sind als in Westfalen Lippe, ist nachvollziehbar, dass auch hier häufiger alle Bestandteile vor Ort stattfinden (Rheinland: 70 %, Westfalen-Lippe: 41 %). Für den Fall, dass diagnostische Bestandteile aus der Einrichtung ausgelagert werden, trifft dies in drei von vier Fällen auf die ärztliche Diagnostik zu (73 %). In etwas weniger als jedem zweiten Fall wird die heilpädagogische Diagnostik (46 %) oder eine andere Form der Diagnostik (41 %; z. B. psychiatrische Diagnostik, Eingangsdiagnostik durch den kommunalen Träger oder medizinisch-therapeutische Diagnostik) ausgelagert.

Tabelle 49: Ort der Diagnostik bei Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren

	Gesamt		LVR		LWL	
Anzahl der Antworten	88		37		52	
Alle Bestandteile in Einrichtung	47	53%	26	70%	21	41%
Einzelne Bestandteile woanders	41	47%	11	30%	30	59%
und zwar folgende:						
Ärztliche Diagnostik	30	73%	8	73%	22	71%
Psychologische Diagnostik	11	27%	5	45%	6	19%
Heilpädagogische Diagnostik	19	46%	7	64%	12	39%
Andere Diagnostik	17	41%	3	27%	14	45%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Breite der Instrumente, die zur Diagnose einer bestehenden oder einer drohenden Behinderung eingesetzt werden, ist sehr vielseitig und reicht von standardisierten Testverfahren wie bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 – 7 oder BUEVA über weitere heilpädagogischen bis hin zu weiteren nicht-heilpädagogischen Verfahren.

Tabelle 50: Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung

	Gesamt (N=131)		LVR (N=52)		LWL (N=79)	
Standardisierte Testverfahren (bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 -7, BUEVA)	92	70%	34	65%	58	73%
Zusätzlich weitere heilpädagogische Verfahren	66	50%	23	44%	43	54%
Zusätzlich weitere nicht-heilpädagogische Verfahren	41	31%	13	25%	28	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In etwa zwei von drei Fällen kommen standardisierte Testverfahren zum Einsatz (70 %), wobei zwischen den beiden Verbänden diesbezüglich keine Unterschiede zum Tragen kommen (vgl. Tabelle 50). Jede zweite Einrichtung verwendet weitere heilpädagogische

Verfahren, zu denen Spiel- und Verhaltensbeobachtungen, ganzheitliche heilpädagogische Entwicklungs- und Förderdiagnostiken, MOT4-6, Elternfragebögen, Marte Meo sowie Screening-Verfahren zählen. Weitere nicht-heilpädagogische Verfahren stellen z. B. die logopädischen und physiotherapeutischen Diagnostiken, medizinisch-therapeutische Testverfahren (z. B. M-ABC, SET-K, PDSS) und neuropädiatrische Diagnostiken dar, die in ungefähr jeder dritten Einrichtung zum Einsatz kommen (31 %).

Dauer und Ablehnung von Antragsverfahren und Nicht-Inanspruchnahme von Förderleistungen

Hin und wieder kommt es vor, dass Anträge auf Leistungen der Frühförderung nicht bewilligt oder Leistungen zwar bewilligt, aber nicht in Anspruch genommen werden oder werden können. Die Häufigkeit der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen, die es im Jahr 2017 gegeben hat, kann Tabelle 51 entnommen werden. Sowohl bei allen Frühförderleistungen als auch bei Komplexleistungen finden in der Regel keine Ablehnungen statt (in 40 % bzw. 50 %). Wenn es Ablehnungen gibt, betrifft dies in der Regel 0,1 % bis unter 5 % der Anträge, was immer noch recht selten ist. Differenzen werden allerdings bei der regionalen Betrachtung deutlich: In Westfalen-Lippe werden in Bezug auf alle Frühförderleistungen keine Ablehnungen merklich seltener ausgesprochen (27 %) als im Rheinland (55 %). Hinzu kommt, dass der Anteil der Einrichtungen, die Ablehnungen in 20 % der Fälle und mehr angeben, hier auch deutlich höher ausfällt (in Westfalen-Lippe: bei allen Frühförderleistungen 8 % und bei Komplexleistungen 13 %; im Rheinland: bei allen Frühförderleistungen 3 % und bei Komplexleistungen 0 %).

Tabelle 51: Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Gesamt		LVR		LWL	
	bei allen Frühförderleistungen					
Anzahl der Antworten	70		33		37	
Keine Ablehnung	28	40%	18	55%	10	27%
0,1 bis unter 5 %	21	30%	9	27%	12	32%
5 % bis unter 10 %	8	11%	2	6%	6	16%
10 % bis unter 20 %	9	13%	3	9%	6	16%
20 % und mehr	4	6%	1	3%	3	8%
	bei Komplexleistungen					
Anzahl der Antworten	32		17		15	
Keine Ablehnung	16	50%	10	59%	6	40%
0,1 bis unter 5 %	12	38%	6	35%	6	40%
5 % bis unter 10 %	2	6%	1	6%	1	7%
10 % bis unter 20 %	0	0%	0	0%	0	0%
20 % und mehr	2	6%	0	0%	2	13%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In der Regel werden bewilligte Frühförderleistungen auch in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 52). Sowohl bei allen Frühförderleistungen als auch bei Komplexleistungen zeigt sich, dass eine vollständige Inanspruchnahme der Leistungen in Westfalen-Lippe häufi-

ger vorkommt als im Rheinland. Dass 10 % und mehr der bewilligten Frühförderleistungen nicht in Anspruch genommen werden, ist jedoch eher selten der Fall (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52: Fehlende Inanspruchnahme von bewilligten Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Gesamt		LVR		LWL	
	bei allen Frühförderleistungen					
Anzahl der Antworten	68		31		37	
Vollständige Inanspruchnahme	29	43%	11	35%	18	49%
Nicht-Inanspruchnahme bei...						
...0,1 % bis unter 5 %	28	41%	14	45%	14	38%
...5 % bis unter 10 %	5	7%	2	6%	3	8%
...10 % und mehr	6	9%	4	13%	2	5%
	bei Komplexleistungen					
Anzahl der Antworten	34		16		18	
Vollständige Inanspruchnahme	14	41%	3	19%	11	61%
Nicht-Inanspruchnahme bei...						
...0,1 % bis unter 5 %	17	50%	12	75%	5	28%
...5 % bis unter 10 %	1	3%	0	0%	1	6%
...10 % und mehr	2	6%	1	6%	1	6%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Als Grund dafür, dass die bewilligten Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, ist in der Regel ausschlaggebend, dass die Eltern des Kindes die Inanspruchnahme abgelehnt haben (44 % der Einrichtungen; vgl. Tabelle 53).

Tabelle 53: Gründe für die bewilligten aber nicht in Anspruch genommenen Leistungen

	Gesamt		LVR		LWL	
Anzahl der Antworten	93		43		50	
Die Eltern haben die bewilligten Fördermöglichkeiten nicht in Anspruch genommen.	41	44%	22	51%	19	38%
Wohnortwechsel	26	28%	8	19%	18	36%
Die Zeit bis zur Einschulung war letztendlich zu kurz (Bewilligungszeit, und Wartezeit bis Beginn der Förderung).	13	14%	7	16%	6	12%
Der Bedarf des Kindes hatte sich zwischenzeitlich erheblich verändert (z.B. durch zusätzliche Erkrankung).	6	6%	4	9%	2	4%
Aufnahme in heilpädagogische Kindertagesstätte	7	8%	2	5%	5	10%

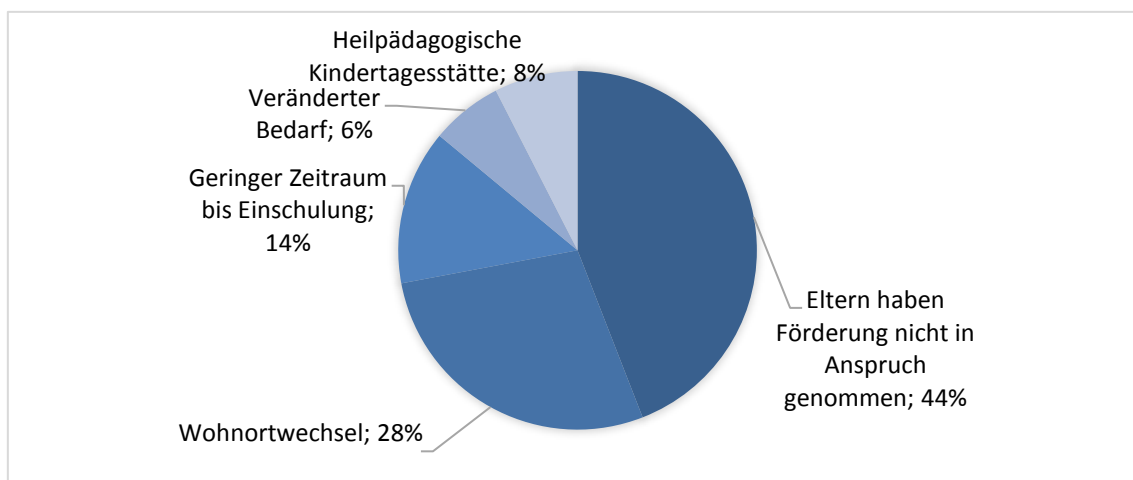
Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In etwas weniger als jedem dritten Fall wird die Nicht-Inanspruchnahme durch einen Wohnortwechsel bzw. einen Wegzug des Kindes bedingt (28 %), in jedem achten Fall war die Zeit bis zur Einschulung letztendlich zu kurz (14 %), was mit der Bewilligungszeit und der Wartezeit bis zum Beginn der Förderung in Zusammenhang stehen kann. Deutlich seltener hat sich der Bedarf des Kindes zwischenzeitlich erheblich verändert (z. B.

durch eine zusätzliche Erkrankung; 6 %) oder wird das Kind in eine heilpädagogische Kindertagesstätte aufgenommen (8 %).

Zum besseren Verständnis dazu, welches Gewicht die einzelnen Gründe jeweils erhalten, dient Abbildung 4.

Abbildung 4: Gründe für die nicht in Anspruch genommenen Leistungen



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Spannweite der durchschnittlichen Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis hin zur Bewilligung (vgl. Tabelle 54) zeigt sich als erheblich: Landesweit umfasst sie zwischen einem Tag und 150 Tagen. Im Durchschnitt beläuft sie sich auf 54 Tage, was einem Zeitraum von knapp zwei Monaten entspricht. Es fällt auf, dass es im Rheinland im Mittel 10 Tage weniger dauert als in Westfalen-Lippe, bis die Leistungen bewilligt werden (Rheinland: 48 Tage, Westfalen-Lippe: 59 Tage).

Tabelle 54: Durchschnittliche Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis zur Bewilligung in Tagen

	Gesamt	LVR	LWL	Kreise	Kreisfreie Städte
Anzahl der Antworten	96	37	59	67	29
Minimum	1	1	10	7	1
Maximum	150	120	150	150	126
Mittelwert	54	48	59	51	63

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Dies gilt ebenfalls für den Vergleich von Kreisen (51 Tage) und kreisfreien Städten (63 Tage): In Kreisen wird eine Bewilligung durchschnittlich 12 Tage früher ausgesprochen. Die hier ermittelte durchschnittliche Dauer entspricht auch ungefähr dem, was die derzeitigen Leistungsträger mitteilten: In etwa 30 % der Kommunen dauert es maximal bis zu zwei Monaten und in etwa 50 % zwischen zwei und vier Monaten, bis die eingereichten Anträge bewilligt werden (vgl. Kapitel 5.2).

6.5 Kinder mit Frühförderbedarf

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Merkmale der Kinder, die im Jahr 2017 in den befragten Einrichtungen Frühförderleistungen erhalten haben. Dies bedeutet, dass zum einen erfasst wurde, welcher Anteil der Kinder in den befragten Einrichtungen jeweils solitär-heilpädagogische, heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische oder Komplexleistungen erhielt. Geschlecht und Alter der Kinder wurden ebenfalls erhoben, ebenso wie ein vorliegender Migrationshintergrund oder eine soziale Belastung der Familie des Kindes. An dieser Abfrage haben sich insgesamt 117 der 131 antwortenden Leistungsanbieter beteiligt. In Bezug auf alle kontaktierten Leistungsanbieter entspricht dies bei dieser Frage einem Rücklauf von etwa 30 %.

Durchschnittlich werden je Einrichtung 172 Kinder gefördert. Im Rheinland ist dieser Durchschnittswert mit 209 Kindern je Einrichtung höher als in Westfalen-Lippe mit 151 Kindern je Einrichtung. In der jeweils kleinsten Einrichtung im Rheinland werden lediglich fünf und in Westfalen-Lippe drei Kinder gefördert; die größte Einrichtung des Rheinlandes umfasst 1.300 und die in Westfalen-Lippe 710 Kinder. Die Summe der geförderten Kinder beläuft sich in den 117 Einrichtungen landesweit auf 20.080 Kinder bzw. im Rheinland auf 8.778 Kinder und in Westfalen-Lippe auf 11.302 Kinder (vgl. Tabelle 55). Von den 20.080 Kindern wiederum erhielten 30 % Komplexleistungen, 8 % weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen und 45 % solitäre heilpädagogische Leistungen. Zu den restlichen 17 % lagen im Hinblick auf die Leistungsform keine Angaben vor. Entsprechend der Angebotsstruktur ergibt sich im Rheinland ein höherer Anteil von Kindern, der Komplexleistung bezieht (39 %) als in Westfalen-Lippe (23 %); bei Solitärleistungen ist dies entsprechend umgekehrt (Rheinland: 28 %; Westfalen-Lippe: 57 %).

Tabelle 55: Kinder in den Einrichtungen im Jahr 2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung der Familien

		Kinder ges.	Komplex	Weitere	Solitär	Mädchen	Jungen	MGH	SBF
Gesamt	Anzahl der Antworten	117	41	18	87	108	110	92	80
	Summe	20.080	6.014	1.591	8.961	6.525	11.895	5.774	4.259
	Anteil	100%	30%	8%	45%	32%	59%	29%	21%
	kleinster Wert	3	4	2	3	2	3	1	1
	größter Wert	1.300	756	339	710	650	660	400	367
LVR	Anzahl der Antworten	42	21	6	28	39	39	31	29
	Summe	8.778	3.404	587	2.475	3.019	5.338	2.307	1.925
	Anteil	100%	39%	7%	28%	34%	61%	26%	22%
	kleinster Wert	5	4	3	4	2	3	1	2
	größter Wert	1.300	756	339	496	650	660	310	367
LWL	Anzahl der Antworten	75	20	12	59	69	71	61	51
	Summe	11.302	2.610	1.004	6.486	3.506	6.557	3.467	2.334
	Anteil	100%	23%	9%	57%	31%	58%	31%	21%
	kleinster Wert	3	13	2	3	2	3	1	1
	größter Wert	710	299	334	710	284	475	400	250

Legende: Kinder ges. = Kinder insgesamt, Komplex = Komplexleistungen, Weitere = weitere heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische Leistungen, Solitär = Solitärleistungen, MGH = Migrationshintergrund, SBF = sozial belastete Familien.

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen, die Frühförderleistungen erhielten, spiegelt die typische Verteilung der Sozialhilfestatistik bezüglich Behinderung und Geschlecht wider: Etwa zwei Drittel der Kinder, für die entsprechende Angaben erfasst wurden (dies war bei 91 % der Fall), waren männlichen (65 %) und ein Drittel weiblichen Geschlechts (35 %). Zusätzlich hatten die Leistungsträger die Möglichkeit, einen Migrationshintergrund des Kindes oder eine soziale Belastung der Familie anzugeben. Erstes traf auf 29 % und letzteres auf 21 % der Kinder zu, wobei regionale Unterschiede in Bezug hierauf nicht vermerkt werden konnten.

Tabelle 56: Alter der Frühförderkinder zum Stichtag 31.12.2017 bei Förderbeginn nach Leistungsart

	Anzahl der Antworten	Gesamt	LVR	LWL
Komplexleistungen				
Im Säuglingsalter	35	6%	7%	5%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	39	21%	22%	20%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	41	47%	48%	46%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	39	26%	23%	29%
heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (nicht Komplexleistungen)				
Im Säuglingsalter	8	8%	15%	5%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	19	20%	21%	21%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	19	32%	32%	32%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	18	39%	32%	42%
Solitäre heilpädagogische Leistungen				
Im Säuglingsalter	81	15%	29%	7%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	86	22%	25%	20%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	93	34%	28%	37%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	90	29%	18%	36%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Hinsichtlich des Alters der Kinder, die am Stichtag des 31.12.2017 Leistungen erhielten, konnte festgestellt werden, dass sich für Komplexleistungen etwa die Hälfte der Kinder zum Zeitpunkt des Förderbeginns im frühen Kindergartenalter befand (47 %), was etwa einer Altersspanne von drei bis unter fünf Jahren entspricht. Bei den anderen Altersformen ist der Anteil dieser Altersgruppe etwas geringer und liegt bei weiteren heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen bei 32 % bzw. bei solitären Leistungen bei 34 %, was immer noch etwa einem Drittel aller Kinder gleichkommt.

Säuglinge im Alter von bis zu einem Jahr erhalten nur in den seltenen Fällen Frühförderleistungen und im Vergleich häufiger Solitär- als Komplexleistungen (15 % zu 6 %). Kinder im Kleinkindalter, d. h. Kinder im Alter von einem bis unter drei Jahren, machen etwa jedes fünfte Kind aus; Kinder im späteren Kindergartenalter ab 5 Jahren etwa jedes vierte (vgl. Tabelle 56). In Hinblick auf regionale Unterschiede lässt sich vermerken, dass im Rheinland häufiger Kinder im Säuglingsalter, seltener jedoch im späteren Kindergartenalter Frühförderleistungen beziehen als in Westfalen-Lippe, was sich vor allem bei den solitären Leistungen abzeichnet (Säuglingsalter: Rheinland: 15 %, Westfalen-Lippe: 7%; späteres Kindergartenalter: Rheinland: 29 %, Westfalen-Lippe: 36 %).

Tabelle 57: Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung

	Anzahl der Antworten	Gesamt	LVR	LWL
Komplexleistungen	32	11%	11%	10%
weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	7	9%	7%	11%
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"	66	13%	10%	14%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Der Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung betrifft im Mittel etwa jedes zehnte Kind und am häufigsten die solitären Leistungen: 13 % der Kinder, die Solitärleistungen beziehen, wechseln im nächsten Jahr die Schule, was ebenfalls auf 11 % der Komplexleistungskinder und 9 % der weitere Leistungen erhaltenden Kinder zutrifft.

6.6 Frühförderung aus Sicht der Sozialpädiatrischen Zentren

Im vorliegenden Kapitel werden zusammenfassend die Stellungnahmen eines Sozialpädiatrischen Zentrums in Westfalen-Lippe (SPZ) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der SPZ Nordrhein-Westfalen (LAG SPZ NRW) dargestellt. Diese wurden dem ISG in Ergänzung zur Befragung der Leistungsanbieter übermittelt, um die spezifische Situation der SPZ, die überwiegend medizinisch-therapeutische Leistungen erbringen und nicht mit den Frühförderstellen i. e. S. vergleichbar sind, abzubilden. Vor allem inhaltlich und altersgruppenbezogen gehen die nicht-medizinischen Leistungen in SPZ über die klassischen Frühförderleistungen hinaus.

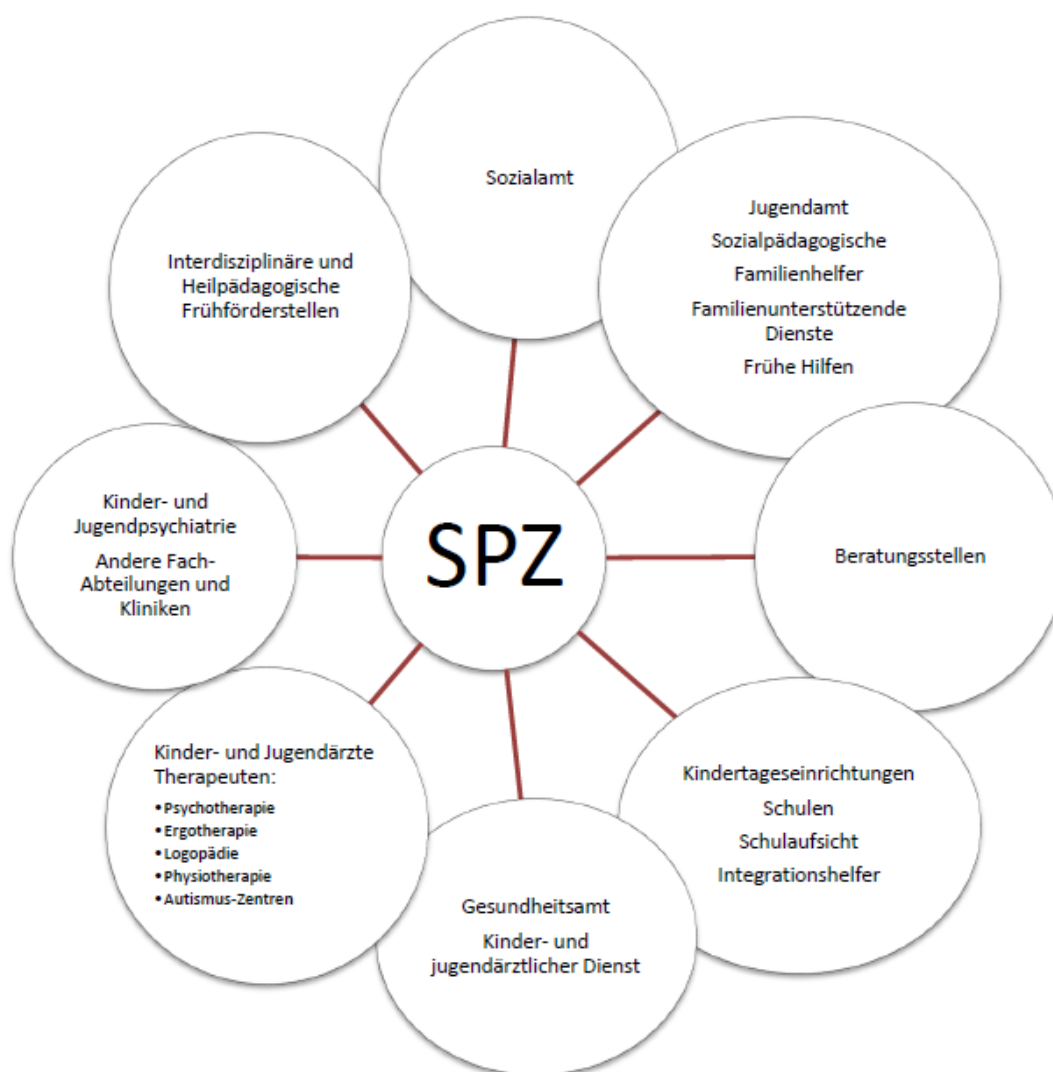
Die SPZ greifen zunächst das Anschreiben der Landschaftsverbände zur Funktionsnachfolge im Rahmen des AG-BTHG NRW vom 20.12.2018 auf: Darin bekundeten die Verbände das gemeinsame Interesse, Versorgungslücken im Zusammenhang mit dem anstehenden Zuständigkeitswechsel unbedingt vermeiden zu wollen.

Anschließend wird die Ausgestaltung der nicht-medizinischen Leistungen in den SPZ dargelegt. Zunächst wird dabei § 119 SGB V angeführt, nach dem durch die SPZ die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten ist, die aufgrund von Störungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung sowie bei chronischen Erkrankungen, drohender oder manifester Behinderung „wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“.

Die Besonderheit der SPZ bestehe in der Erbringung heilpädagogischer, sozialpädagogischer und psychosozialer Leistungen in multidisziplinären Teams. Neben den ärztlichen und therapeutischen Leistungen seien diese zentraler Bestandteil der ressourcenorientierten Begleitung betroffener Kinder und Jugendlicher, die sich u. a. durch folgende Charakteristika auszeichneten:

- „Interdisziplinarität,
- Hoher Anteil an psychotherapeutischen bzw. psychosozialen und rehabilitativen Interventionen,
- Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt,
- Kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter,
- Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst,
- Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, Erfordernis eines hohen Organisationsaufwands“ (LAG SPZ NRW).

Abbildung 5: Vernetzung der Sozialpädiatrischen Zentren in NRW



Quelle: Stellungnahme der LAG SPZ NRW

Hinzu komme, dass die medizinisch-diagnostische und therapeutische Expertise der SPZ mit einer psychologisch-pädagogischen Kompetenz verknüpft sei und eine umfangreiche Vernetzung mit Sozial- und Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen, Schulen, klinischen und ambulanten Fachabteilungen und beteiligten Institutionen und Trägern existiere. Zur besseren Veranschaulichung, wie umfangreich sich die Vernetzung der SPZ gestaltet, werden in Abbildung 5 die einzelnen Bereiche, die die Vernetzung umfasst, wiedergegeben.

Weiterhin sind die SPZ der Ansicht, dass die Träger der Sozialhilfe diejenigen Kosten übernehmen sollten, die im SPZ durch nichtärztliche und nicht-medizinische wie heilpädagogische, sozialpädagogische u. ä. Leistungen entstehen. Als Grundlage dafür diene § 43a SGB V *Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen*. In Nordrhein-Westfalen erfolge die Vergütung der entsprechenden Leistungen bisher auf der Basis regional unterschiedlicher vertraglicher Regelungen, die sich für die 41 SPZ in NRW sehr heterogen gestalten.

Hinzugefügt wird seitens der SPZ, dass „angesichts der wachsenden Bedarfe in heilpädagogischen, sozialpädagogischen und psychosozialen Versorgung die Sicherstellung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen als weiterhin essentiell Bestandteil der Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher in den SPZ in NRW Ziel der Verhandlungen zum Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX sein“ (LAG SPZ NRW) muss.

Dass der Leistungsanteil der SPZ in seiner Expertise und Multidisziplinarität keine Alternative, sondern eine notwendige Ergänzung und oft auch die Voraussetzung einer wirksamen Versorgung in Kooperation mit den Frühförderstellen darstelle, habe zur Folge, dass der Erhalt dieser Möglichkeit, dass sich SPZ und Frühförderstellen wechselseitig ergänzen, ein Bestandteil der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sein müsse.

Die Stellungnahmen der nordrhein-westfälischen SPZ verdeutlichen, dass diese einen westlichen Beitrag zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen leisten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese aufgrund ihrer multidisziplinären Struktur und bewährten Netzwerkarbeit eine fachlich qualifizierte und auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmte Begleitung in Diagnostik und Therapie liefern können. „Im Rahmen der Umsetzung des BTHG bietet sich die Chance, angesichts zunehmender Herausforderungen die landesweite Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in NRW verteilungsgerecht und nachhaltig zu sichern“ (LAG SPZ NRW).

7. Vergleich mit dem Jahr 2012

Das ISG hat im Jahr 2012 die Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt und in diesem Zusammenhang das Angebot der Komplexleistung Frühförderung in NRW, den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Frühförderleistungen, die Fall- und die Kostenentwicklung sowie die Bewertung der derzeitigen Strukturen untersucht. Obwohl die vorliegende Studie einen anderen Fokus hat, der nicht allein auf die Komplexleistung, sondern auf alle Leistungen der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen abzielt, lassen sich vor allem in Bezug auf die Angebotsstruktur bei der Komplexleistung und die Entwicklung entsprechender Fallzahlen und Kosten Vergleiche ziehen. In Kapitel 5.3 wurde bereits gezeigt, dass sowohl die Fallzahlen als auch die Anzahl der geförderten Kinder seit 2012 um mehr als 50 % zugenommen haben und dass im Hinblick auf die kommenden Jahre weiterhin mit einem stetigen, moderaten Anstieg dieser Zahlen zu rechnen ist.

In Tabelle 58 wird die Versorgungssituation bezüglich des Komplexleistungsangebots in den 53 Mitgliedskörperschaften (MGK) jeweils für die beiden Jahre 2012 und 2019 abgebildet. Als Grundlage für die Darstellung des Komplexleistungsangebots dienten die Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen, die in Zusammenarbeit zwischen dem ISG und den derzeitigen Leistungsträgern erarbeitet wurden (vgl. Kapitel 3.1).

Tabelle 58: Versorgungssituation in den Mitgliedskörperschaften in 2012 und 2019

	Anzahl MGK	MGK mit mindestens einer IFF		Eingerichtete IFF	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	Jahr 2012				
Insgesamt	53	27	51%	56	2,07
darunter nach Gebietskörperschaft:					
Kreisfreie Städte	22	12	55%	23	1,92
Kreise	31	15	48%	33	2,20
darunter nach Region:					
Rheinland	26	20	77%	31	1,55
Westfalen-Lippe	27	7	26%	25	3,57
	Jahr 2019				
Insgesamt	53	34	64%	78	2,29
darunter nach Gebietskörperschaft:					
Kreisfreie Städte	22	16	73%	30	1,88
Kreise	31	18	58%	48	2,67
darunter nach Region:					
Rheinland	26	21	81%	41	1,95
Westfalen-Lippe	27	13	48%	37	2,85

Quelle: Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

Waren im Jahr 2012 in Nordrhein-Westfalen noch 56 anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen vorhanden, so hat sich die Anzahl bis zum Jahr 2019 um 22 Stellen auf insgesamt 78 Stellen erhöht. In 2012 gab es in 27 Mitgliedskörperschaften bzw. 51 % mindestens eine IFF, in 2019 beläuft sich die entsprechende Summe auf schon 34 Mitgliedskörperschaften bzw. 64 %.

Eine differenzierte Betrachtung von Rheinland und Westfalen-Lippe deutet nach wie vor auf erhebliche regionale Unterschiede bezüglich des Komplexleistungsangebots hin: So ist im Jahr 2019 im Rheinland in 21 Mitgliedskörperschaften (81 %) mindestens eine IFF eingerichtet, während in Westfalen-Lippe dies in lediglich 13 Mitgliedskörperschaften (48 %) der Fall ist. Trotz der nach wie vor bestehenden Differenz muss jedoch angemerkt werden, dass sich die Anzahl der Mitgliedskörperschaften mit IFF für Westfalen-Lippe seit 2012 nahezu verdoppelt hat: Damals war in sieben Mitgliedskörperschaften (14 %) mindestens eine IFF angesiedelt. Für Westfalen-Lippe hat sich die Anzahl seit 2012 um sechs weitere Mitgliedskörperschaften und für das Rheinland um eine weitere Mitgliedskörperschaft mit mindestens einer IFF erhöht.

Beim Vergleich der kreisfreien Städte und Landkreise ergibt sich hingegen nur ein geringfügiger Unterschied: Derzeit ist in 16 von insgesamt 22 kreisfreien Städte (73 %) und in 18 von insgesamt 31 Landkreisen (58 %) mindestens eine IFF ansässig; in den Städten ist die Versorgungssituation in dieser Hinsicht also ein wenig besser.

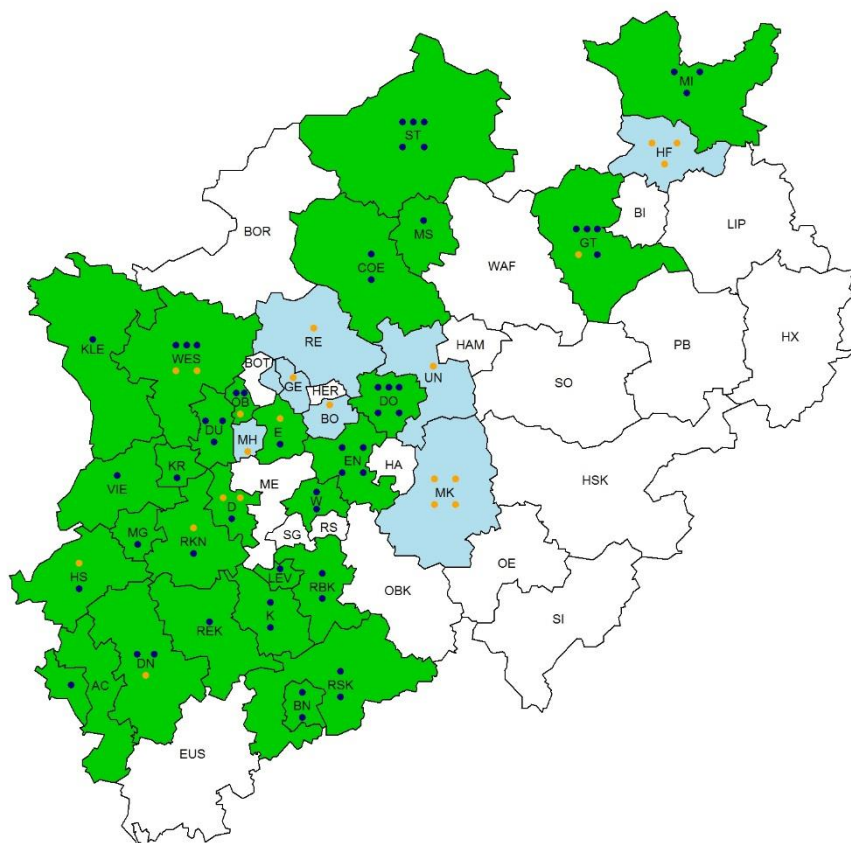
Des Weiteren sind in Nordrhein-Westfalen laut derzeitigem Kenntnisstand 78 IFF eingerichtet, dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von 2,29 IFF pro Mitgliedskörperschaft, die Komplexleistung anbietet. Zum Vergleich: In 2012 betrug die absolute Anzahl noch 56 IFF und die durchschnittliche Anzahl 2,07 IFF pro Mitgliedskörperschaft. In den Landkreisen ist die Anzahl mit 2,67 IFF je Landkreis mit Komplexleistungsangebot nach wie vor etwas höher als in den kreisfreien Städten (1,88 IFF je kreisfreier Stadt mit Komplexleistungsangebot).

Darüber hinaus dient Abbildung 6 zur Veranschaulichung des im Jahr 2012 und des derzeit bestehenden Komplexleistungsangebots in den kreisfreien Städten und Landkreisen Nordrhein-Westfalens: Die grün hinterlegten kreisfreien Städte und Landkreise spiegeln diejenigen Mitgliedskörperschaften wider, in denen bereits im Jahr 2012 mindestens eine IFF ansässig war. Die dunkelblauen Punkte bilden darüber hinaus die Anzahl der jeweils vorhandenen IFF ab. Neu hinzugekommene Kommunen, bei denen ein Angebot der Komplexleistung erst im Laufe der letzten sieben Jahre entwickelt worden ist, werden in hellblauer Farbe hinterlegt; die orangefarbenen Punkte stellen die seitdem neu eingerichteten IFF dar.

Vor allem Westfalen-Lippe hat sein Angebot der Komplexleistung in den letzten Jahren deutlich ausgebaut: Sechs Mitgliedskörperschaften mehr (Kreis Herford, Kreis Recklinghausen, Kreis Unna, Märkischer Kreis, Stadt Bochum und Stadt Gelsenkirchen) als noch im Jahr 2012 erbringen nun Komplexleistungen; insgesamt sind zwölf neue IFF

eingrichtet worden. Im Rheinland ist mit der Stadt Mülheim an der Ruhr eine weitere Mitgliedskörperschaft mit Komplexleistungsangebot hinzugekommen. Und auch über die Stadt Mülheim an der Ruhr hinaus wurde im Rheinland das Komplexleistungsangebot in ähnlicher Höhe aufgestockt wie in Westfalen-Lippe: In 2019 können im Rheinland zehn IFF mehr verzeichnet werden als noch in 2012. Kreisfreie Städte und Landkreise im Rheinland, die neben der Stadt Mülheim an der Ruhr die Anzahl ihrer IFF erhöht haben, sind Kreis Düren, Kreis Heinsberg, Kreis Wesel, Rhein-Kreis-Neuss, Stadt Düsseldorf, Stadt Essen und Stadt Oberhausen.

Abbildung 6: IFF in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2012 und 2019



Quelle: Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

8. Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der Studie wurden diverse Untersuchungsschritte durchgeführt: Zunächst wurden die 53 Kommunen in Nordrhein-Westfalen zur Mitwirkung und zur Korrektur der Einrichtungsverzeichnisse der Frühfördereinrichtungen in Nordrhein-Westfalen gebeten (Kapitel 3). Nachdem die Leistungsträger neben den korrigierten Verzeichnissen auch Frühförderverträge und Vereinbarungen übermittelt hatten, wurden diese in einem nächsten Schritt analysiert (Kapitel 4). Daraufhin folgten eine Befragung der Leistungsträger (Kapitel 5) und der Frühförderstellen (Kapitel 6). Zum Schluss wurde ein Vergleich zwischen dem Jahr 2012 und 2019 hinsichtlich der bestehenden Komplexleistungsangebote gezogen (Kapitel 7). Das vorliegende Kapitel fasst die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsschritte kurz zusammen und legt anschließend die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen dar.

Verzeichnisse zu den Leistungsanbietern von Frühförderung

An der Abfrage und der Bereitstellung der korrigierten Einrichtungsverzeichnisse haben sich insgesamt 48 der 53 Kreise und kreisfreien Städte beteiligt, lediglich für drei Kommunen aus dem Rheinland und zwei aus Westfalen-Lippe lagen keine korrigierten Verzeichnisse vor. Die Abfrage ergab eine Anzahl von landesweit 332 Anbietern, die derzeit Frühförderleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erbringen. Hierzu zählen neben den klassischen heilpädagogischen und anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen u. a. auch Autismus-Therapie-Zentren oder heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 SGB XII. In Westfalen-Lippe sind mit insgesamt 187 Einrichtungen etwa 40 mehr vorhanden als im Rheinland mit insgesamt 145 Einrichtungen.

Analyse der Frühförderverträge und Vereinbarungen

100 Vertragsversionen wurden im Zusammenhang mit der bilateralen und 50 im Zusammenhang mit der Analyse der Dreiecksverträge untersucht. Bei den bilateralen Verträgen stand die Ermittlung von Informationen zur Dauer und Vergütung der Fördereinheiten im Vordergrund, bei den Dreiecksverträgen war die Kostenteilung zwischen kommunalem Träger und Krankenkasse in Bezug auf die einzelnen Leistungsbestandteile von Interesse.

Den Verträgen mit heilpädagogischen Einrichtungen lässt sich entnehmen, dass die durchschnittliche Förderdauer landesweit sowie in beiden Verbänden bei 83 Minuten pro Fördereinheit liegt. Allerdings ist die Spannweite sehr groß: Die geringste Förderdauer umfasst gerade einmal 45 Minuten, die höchste hingegen 150 Minuten und beläuft sich damit auf mehr als das Dreifache der geringsten Förderdauer. Indirekte Leistungsbestandteile im Sinne der Face-to-Face-Förderung am Kind und an den Eltern machen ungefähr zwei Drittel der Fördereinheit aus. Im anderen Drittel finden u. a. die Vor- und Nachbereitung sowie die Dokumentation der Förderung statt. Eine mobile Fördereinheit umfasst durchschnittlich 116 Minuten und dauert damit um etwa eine halbe Stunde länger an als eine ambulante.

Die Vergütung der Leistungen liegt in Westfalen-Lippe höher als die im Rheinland: In Westfalen-Lippe werden dem Anbieter pro 45-minütiger ambulanter Einzelfördereinheit im Durchschnitt 48 Euro gezahlt, im Rheinland lediglich 43 Euro. Die Vergütungssätze beider Verbände untertreffen deutlich die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik e. V.: Der Verband empfiehlt eine Vergütung, die um etwa 20 Euro höher liegt.

Die Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge deuten auf einen höheren Kostenanteil des Sozialhilfeträgers im Verhältnis zu dem der Krankenkassen in Westfalen-Lippe hin: Z. B. wird die Eingangsdiagnostik in Westfalen-Lippe zu 61 % durch den kommunalen Träger finanziert, im Rheinland hingegen lediglich zu 10 %. Bei den Kosten der Fördereinheiten entfallen in Westfalen-Lippe 68 % und im Rheinland 61 % auf die Sozialhilfe. Der Kostenanteil, der im Rheinland von der Krankenkasse übernommen wird, übersteigt auch bei den anderen vier Leistungsbestandteilen (reduzierte Eingangsdiagnostik, Fördereinheiten in der Gruppe, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik) die Kostenanteile der Krankenkasse in Westfalen-Lippe.

Befragung der derzeitigen Leistungsträger

In den 52 Kommunen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind insgesamt 81 Ämter und Fachstellen mit der Gewährung von Frühförderleistungen befasst, davon 58 mit der Gewährung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen. Im Rheinland ist das Sozialamt ein weniger häufiger eingebunden als in Westfalen-Lippe, dafür spielt in Westfalen-Lippe das Gesundheitsamt eine etwas größere Rolle. Clearing- und Diagnostikstellen gibt es landesweit in 15 Kommunen, davon sind 13 in Westfalen-Lippe und zwei im Rheinland ansässig. Nach wie vor werden Komplexleistungen deutlich häufiger im Rheinland angeboten: 81 % der rheinländischen und 46 % der westfälischen Kommunen bieten Komplexleistungen an.

Bezüglich des in den Kommunen beschäftigten Personals konnte gezeigt werden, dass für den Prozess der Diagnostik nach eigenen Angaben der Träger pro 1.000 geförderten Kindern 5,9 Vollzeitstellen für die solitäre und 2,3 Vollzeitstellen für die kombinierte Förderung vorgesehen sind. Am häufigsten wird hierbei mit Ärzten und Ärztinnen des Gesundheitsamtes zusammengearbeitet, daneben werden auch Heilpädagoginnen und -pädagogen an der Diagnostik beteiligt. Ebenfalls durchschnittlich zwei Personen sind mit dem Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung in den Kommunen betraut.

Im Hinblick auf die Angaben der Kommunen zum eingesetzten Personal sollte jedoch beachtet werden, dass diese Daten keine verlässliche Basis für die Personalbemessung der Landschaftsverbände im Sinne einer Hochrechnung liefern können. Eine Kernvorgabe des BTHG bezieht sich nämlich auf die Umsetzung eines einheitlichen Verfahrens, das der Orientierung an den persönlichen Bedarfen der Menschen mit Behinderung dienen soll. Dieses einheitliche Verfahren muss jedoch zunächst durch die Landschaftsverbände völlig neu geschaffen und definiert werden.

In knapp 90 % der Kommunen existieren in Bezug auf die Vergütung heilpädagogischer Leistungen Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern. Etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte dienen dabei die Vergütungssätze des TVöD zur Orientierung und etwa einem Drittel die des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik. Die Finanzierung der heilpädagogischen Praxen erfolgt in 90 % der Fälle personenzentriert, d. h. in Abhängigkeit von der individuellen Förderbedürftigkeit des Kindes. Pauschalierte Finanzierungsformen finden landesweit nur noch bei der Vergütung von 30 Einrichtungen Anwendung.

Im Jahr 2017 hat die Erbringung von Frühförderleistungen die Kommunen in Nordrhein-Westfalen knapp 80 Mio. Euro gekostet, in Westfalen-Lippe wurden davon 42 Mio. Euro und im Rheinland 38 Mio. Euro aufgebracht. 13.800 Kinder in Westfalen-Lippe und 10.600 Kinder im Rheinland wurden im Monat Dezember 2017 gefördert. Die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kopf belaufen sich auf 3.580 Euro (Rheinland) bzw. 3.050 Euro (Westfalen-Lippe) und liegen damit im Rheinland um etwa 500 Euro höher als in Westfalen-Lippe. Dafür erhielten Kinder in Westfalen-Lippe deutlich häufiger Frühförderleistungen: Die Quote der geförderten Kinder an den altersgleichen Kindern in der Bevölkerung beziffert sich auf 2,6 %, die entsprechende Quote für das Rheinland beträgt 1,8 %.

Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt in 95 % der Kommunen in Papier- oder in Mischform, lediglich zwei Kommunen des Rheinlandes setzen eine ausschließlich elektronische Aktenführung um. In elf Kommunen gibt es darüber hinaus weitere Akten, die über die Einzelfallakten hinaus für die Fallführung übernommen werden müssen. Im Hinblick auf den Wechsel der Leistungsträgerschaft sprechen sich die derzeitigen Leistungsträger besonders für eine frühzeitige Information aller am Prozess der Frühförderung beteiligten Instanzen und eine Festhaltung an bewährten Strukturen aus.

Befragung der Leistungsanbieter

An der Befragung haben sich insgesamt 131 und damit etwa 40 % aller Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Es zeigte sich, dass von 20.000 in diesen Einrichtungen geförderten Kindern 36 % den anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen und 25 % den heilpädagogischen Frühförderstellen zuzuordnen sind. Die restlichen Kinder entfallen auf Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Anerkennung der Komplexleistung (14 %), Sozialpädiatrische Zentren (7 %), heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 (5 %) und andere Einrichtungen (12 %). Durchschnittlich werden je Einrichtung 172 Kinder gefördert. Im Rheinland fällt der entsprechende Wert mit 209 Kindern je Einrichtung etwas höher aus als im Rheinland mit 151 Kindern je Einrichtung.

Fast alle Einrichtungen beschäftigen Pädagoginnen und -pädagogen. Neben Logopädinnen und Logopäden sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist sind auch Verwal-

tungsfachkräfte häufig in den Einrichtungen angestellt. Etwa die Hälfte der Frühförderleistungen wird zuhause erbracht, die restlichen Leistungen finden im Zuhause des Kindes oder in der KiTa statt.

In der Regel sind Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind vertraglich mit den Rehabilitationsträgern vereinbart. Diese Leistungen betreffen etwa die Hälfte der Zeit der Gesamttätigkeit der Angestellten, die restliche Zeit entfällt u. a. auf die Arbeit mit den Eltern, Fahrtzeiten und Vor- und Nachbereitung der Förderung. Fallbesprechungen finden in etwa 60 % der Einrichtungen ohne und in 75 % der Einrichtungen mit dem Angebot der Komplexleistung statt.

Im Durchschnitt bezieht ein Kind 24 Monate Leistungen in den Frühfördereinrichtungen, dies gilt für beide Leistungsformen gleichermaßen. Allerdings erfolgt die Leistungserbringung in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung etwa doppelt so häufig wie in Einrichtungen ohne das Angebot. Ein Einbezug der Eltern findet vor allem im Rahmen von Elterngesprächen während der Diagnostik oder von Kurzgesprächen am Rande der Förderung des Kindes statt. Sehr häufig kooperieren die Einrichtungen mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kindertagesstätten und Logopädinnen und Logopäden.

Wie erwartet, werden diagnostische Leistungen häufiger in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen erbracht. In Einrichtungen ohne dieses Angebot werden diagnostische Leistungen gelegentlich ausgelagert. Etwa die Hälfte der befragten Einrichtungen gab an, dass Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen nicht ausgesprochen werden. Darüber hinaus werden bewilligte Frühförderleistungen meistens auch in Anspruch genommen. Ist dies nicht der Fall, ist dafür in erster Linie eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der Eltern des Kindes ausschlaggebend.

Vergleich mit dem Jahr 2012

Seit dem Jahr 2012 hat vor allem der Bedarf an Komplexleistungen zugenommen, dies spiegelt sich auch bei der Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen und finanziellen Aufwendungen wieder: Für die Komplexleistungen konnte zwischen 2012 und 2017 ein Anstieg von über 50 % für die Anzahl der geförderten Kinder einerseits und die finanziellen Ausgaben für Frühförderung andererseits verzeichnet werden. Es ist deswegen davon auszugehen, dass der Bedarf in den kommenden Jahren weiterhin moderat und stetig zunehmen wird.

Die Versorgungssituation wird in den meisten Kommunen als gut bis sehr gut eingestuft, jedoch wünschen sich einige Leistungsträger einen noch stärkeren Ausbau der Komplexleistungsangebote. Landesweit ist im Jahr 2019 in insgesamt 34 Kommunen mindestens eine Interdisziplinäre Frühförderstelle eingerichtet. Damit sind im Vergleich zum Jahr 2012 sieben Kommunen hinzugekommen, in denen zu diesem Zeitpunkt noch keine Komplexleistungen erbracht wurden. Von diesen 34 Kommunen mit mindestens einer IFF entfallen 21 auf das Rheinland und 13 auf Westfalen-Lippe. Obwohl der Ausbau in

Westfalen-Lippe in den letzten Jahren deutlich stärker vorangetrieben wurde als im Rheinland, ist die Versorgung mit Komplexleistungsangeboten nach wie vor schlechter als im Rheinland – in etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte wird der gesetzliche Auftrag des Komplexleistungsangebots nicht umgesetzt.

Heterogenität der Frühförderstrukturen

Das System der Frühförderung umfasst ein breites Spektrum an Hilfen für Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind. Im Laufe des Projektes wurde deutlich, dass teilweise erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Gewährung von Frühförderleistungen in Nordrhein-Westfalen bestehen. Dennoch bewerten die derzeitigen Leistungsträger die aktuelle Versorgungsqualität in den einzelnen Kommunen jeweils als gut bis sehr gut.

Sowohl die Auftaktveranstaltungen als auch die Befragung der Leistungsträger haben ergeben, dass die ursprünglich getroffene Annahme, dass die Sozialämter der einzelnen 53 Mitgliedskörperschaften für die Bewilligung von Frühförderleistungen und die Gesundheitsämter für die Durchführung der Eingangsdiagnostiken zuständig sind, auf viele Mitgliedskörperschaften nicht zutrifft. Häufig sind einzelne Zuständigkeiten über verschiedene Ämter verteilt und/oder weitere Fachstellen (wie z. B. das Amt für Menschen mit Behinderung oder die Fachstelle Frühe Hilfen) in die Gewährung von Frühförderleistungen involviert.

Weitere Besonderheiten betreffen u. a. die 15 Mitgliedskörperschaften, in denen für die Durchführung der Eingangsdiagnostiken spezielle Beratungs- und Clearingstellen eingerichtet wurden, über die zu Projektbeginn noch wenig bekannt war. Auch konnten deutliche Differenzen in der Vertragsgestaltung aufgedeckt werden: Unterschiede beziehen sich nicht nur auf die Kostenteilung bei den Komplexleistungen zwischen kommunalen Leistungsträgern und Krankenkassen, sondern es bestehen vor allem auch Abweichungen zwischen den einzelnen Vertragsversionen mit heilpädagogischen Einrichtungen: Die Dauer einer Fördereinheit in einem Vertrag übersteigt die Dauer in einem anderen Vertrag z. B. um das Dreifache.

Hinsichtlich der Frühfördereinrichtungen reichen die unterschiedlichen Einrichtungsformen von anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen über Sozialpädiatrische Zentren und Autismus-Therapie-Zentren bis hin zu rein mobil arbeitenden heilpädagogischen Frühförderstellen. Leistungen der Frühförderung werden in Nordrhein-Westfalen auf unterschiedliche Art und Weise erbracht, und hieran ist ein breites Spektrum von verschiedenen beruflichen Professionen beteiligt. Die Finanzierung der solitär-heilpädagogischen Einrichtungen erfolgt dabei entweder in Form einer einrichtungspauschalieren, fallpauschalieren oder personenzentrierten Vergütung.

Trotz der deutlich gewordenen Unterschiede in den Frühförderstrukturen hat sich aber auch gezeigt, dass nahezu alle derzeitigen Leistungsträger aus ihrer Sicht die aktuelle

Versorgungssituation in den einzelnen Mitgliedskörperschaften als gut bis sehr gut einschätzen. Selten bestehen laut eigenen Angaben Versorgungslücken oder gibt es Leistungsanbieter, die die Erwartungen der Träger nicht erfüllen. Die als positiv bewerteten Strukturen stellen damit eine gute Basis für die Aufgabenübernahme dar, um darauf aufzubauen und diese ggf. zu erweitern.

Die große Heterogenität in den Frühförderstrukturen, wie sie aktuell in Nordrhein-Westfalen bestehen, spricht allerdings dafür, dass es im Rahmen einer Übergangslösung sinnvoll wäre, die Leistungsträgerschaft nicht vollständig zum 01.01.2020 an die Landschaftsverbände zu übergeben, sondern Teile davon (z. B. Bestandsfälle) zunächst weiterhin in den Kommunen fortzuführen, um eine nahtlose Versorgung der Kinder mit Frühförderbedarf sicherstellen zu können.

Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der Studie und dem im Rahmen des Projekts entstandenen Kommunikationsprozess lassen sich im Überblick zehn Handlungsempfehlungen ableiten:

1. Information aller Beteiligten

Nach der Kommunikation, die das ISG im Zuge seiner Befragungen geführt hat, herrscht teilweise Unklarheit über die zukünftige Gestaltung der Frühförderung. Alle Beteiligten sollten kurzfristig umfassend über den Fortgang der Überlegungen und die geplante Umsetzung informiert werden.

2. Umfassender Übergang aller Leistungen

Das ISG empfiehlt einen umfassenden Übergang, d. h. der Komplexleistung Frühförderung sowohl in anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen als auch in zur Erbringung der Komplexleistung anerkannten Sozialpädiatrischen Zentren ebenso wie der heilpädagogischen Leistungen, damit auch in Zukunft diese Leistungen aus einer Hand gewährt werden und kein „Zuständigkeitschaos“ entsteht.

3. Steigende Fallzahlen bei Komplexleistung

Die Befragungsergebnisse geben Hinweise darauf, dass Komplexleistungen sowohl absolut als auch relativ stetig zunehmen. Auch darauf sollten die Landschaftsverbände vorbereitet sein und das Komplexleistungsangebot entsprechend ausbauen.

4. Vereinheitlichung der Strukturen

Neben der Empfehlung das Komplexleistungsangebot auszubauen, sollten auch die unterschiedlichen Strukturen der Leistungsgewährung zwischen dem Rheinland und Westfalen-Lippe in Richtung auf eine Vereinheitlichung weiterentwickelt werden.

5. Aufbau auf bestehende Strukturen

Der Übergang der Leistungsträgerschaft sollte in Kontinuität erfolgen. Ein erfolgreicher Übergang kann nur dann erfolgen, wenn zumindest zunächst auf bestehende

Strukturen aufgebaut wird. Dieses gilt insbesondere für den Bereich der Eingangsdiagnostik, die in Westfalen-Lippe in einer Vielzahl von Fällen und im Rheinland in einigen Fällen über die Kreise und Städte selbst – beispielsweise über das Gesundheitsamt oder eigene Clearingstellen – erfolgt. In Kommunen ohne IFF können diese Strukturen in Form von Clearingstellen später ggf. zu IFF weiterentwickelt werden.

6. Übergang der Leistungsträgerschaft zum Schuljahreswechsel

Nach einer Modellrechnung des ISG wäre bei einem Übergang zum August 2020 noch mit ca. 18.000 Bestandsfällen zu rechnen, und im August 2021 wären es ca. 6.000 Bestandsfälle. Ab August 2022 dürfte nur noch mit wenigen Bestandsfällen zu rechnen sein. Ein Übergang der Leistungsträgerschaft sollte zum Schuljahreswechsel erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt viele Bestandsfälle auslaufen. Zudem wäre es aus zwei Gründen sinnvoll, die Bestandsfälle erst zum August 2022 zu übernehmen: Zum einen würde sich auf diese Weise für diejenigen Kinder und Sorgeberechtigten, für die bereits eine entsprechende Eingangsdiagnostik vorliegt, nur wenig ändern. Zum anderen würde der mit der Übergabe der Bestandsakten einhergehende Aufwand für Landschaftsverbände, Kreise und Städte entfallen.

7. Aktenführung in Papierform

Die ISG-Befragung der Kommunen hat ergeben, dass lediglich zwei Kommunen im Rheinland ihre Akten elektronisch führen, während in allen anderen Kommunen die Aktenführung in Papier- bzw. Mischform erfolgt. Darauf müssen die Landschaftsverbände im Hinblick auf den Übergang vorbereitet sein.

8. Personenbezogene Leistungsgewährung

Von den derzeit praktizierten Vergütungsformen finden personenzentrierte Pauschalen häufiger Anwendung als Fallpauschalen oder Einrichtungspauschalen. Da die personenbezogene Leistungsgewährung am ehesten der Intention des BTHG entspricht, empfiehlt das ISG diese Vergütungsform.

9. Ansprechpartner/innen in der Fläche

Um eine ortsnahe Leistungsgewährung sicherzustellen, empfiehlt das ISG, Ansprechpartnerinnen und -partner in der Fläche vorzusehen. Dies kann regional unterschiedlich durch Anlaufstellen oder durch zeitlich begrenzte Sprechstunden umgesetzt werden.

10. Fortführung der Netzwerkarbeit in den Kommunen

Diese Ansprechpartnerinnen und -partner sollten die Leistungsstrukturen auf kommunaler Ebene gut kennen und die Netzwerkarbeit in den Kommunen fortführen. Soweit die Kommunen auch nach 2019 in die Leistungsgewährung einbezogen werden, sollten sie auch diese Aufgabe übergangsweise weiter fortführen.

9. Verzeichnisse

9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die erhaltenen Verträge und Vereinbarungen	12
Tabelle 2:	Rücklaufquoten der Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter	18
Tabelle 3:	Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge	21
Tabelle 4:	Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge	24
Tabelle 5:	Zuständige Ämter bei der Gewährung von Frühförderleistungen	27
Tabelle 6:	Struktur der Frühförderangebote.....	27
Tabelle 7:	Spektrum weiterer Leistungen der Frühförderstellen und der heilpädagogischen Praxen	28
Tabelle 8:	Anzahl der heilpädagogischen Einrichtungen und der geförderten Kinder bei unterschiedlichen Finanzierungsformen	29
Tabelle 9:	An der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure und bei der Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal	31
Tabelle 10:	Beim Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung eingesetztes Personal.....	32
Tabelle 11:	Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen	33
Tabelle 12:	Ausschlusstatbestände bei der Bewilligung von Frühförderleistungen	34
Tabelle 13:	Einschätzung der Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf	35
Tabelle 14:	Durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern bis hin zur Bewilligung in Monaten.....	36
Tabelle 15:	Durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten	36
Tabelle 16:	Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten.....	37
Tabelle 17:	Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen	38
Tabelle 18:	Anzahl der Leistungsträger, die im Jahr 2017 Beschwerden, Widersprüche oder Klagen erhalten haben	38
Tabelle 19:	Anzahl der im Jahr 2017 bei den Leistungsträgern eingereichten Beschwerden, Widersprüche und Klagen	38
Tabelle 20:	Fallzahlen der geförderten Kinder und finanzielle Aufwände für Frühförderleistungen für das Jahr 2017	41
Tabelle 21:	Finanzelle Aufwände für zusätzliche Leistungen und Fallzahlen der zusätzlich geförderten Kinder für das Jahr 2017	45
Tabelle 22:	Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen von 2012 bis 2017	46
Tabelle 23:	Konkrete Fallübernahme	47
Tabelle 24:	An der Eingangsdiagnostik beteiligtes Personal.....	51
Tabelle 25:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen	52
Tabelle 26:	Ort der Diagnostik	52

Tabelle 27:	Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung	53
Tabelle 28:	Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017	53
Tabelle 29:	Anzahl der Kinder in der Clearingstelle am 31.12.2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung	54
Tabelle 30:	Beschreibung der Institution	56
Tabelle 31:	Personelle Kapazität der Einrichtungen	58
Tabelle 32:	In den Einrichtungen vertretene Professionen nach Leistungsangebot	59
Tabelle 33:	Leistungsspektrum der Einrichtungen	60
Tabelle 34:	Ort der Leistungserbringung	61
Tabelle 35:	Mit den Rehabilitationsträgern vertraglich festgelegte Leistungen	62
Tabelle 36:	Anteile der einzelnen Leistungsbestandteile an der jeweiligen Gesamttätigkeit	63
Tabelle 37:	Regelmäßige Teambesprechungen	64
Tabelle 38:	Durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit in Minuten	64
Tabelle 39:	Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche	65
Tabelle 40:	Durchschnittliche Dauer der Förderung pro Kind in Monaten	65
Tabelle 41:	Erbringung von Frühförderleistungen als Gruppenangebote	66
Tabelle 42:	Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen	68
Tabelle 43:	Kooperierende Einrichtungen nach Leistungsangebot	69
Tabelle 44:	Häufigkeiten der Kooperation	70
Tabelle 45:	Modelle bei der Umsetzung der Eingangsdiagnostik	71
Tabelle 46:	In den Einrichtungen erbrachte diagnostische Leistungen	72
Tabelle 47:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Leistungsangebot	72
Tabelle 48:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Beschäftigungsverhältnis	73
Tabelle 49:	Ort der Diagnostik bei Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren	74
Tabelle 50:	Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung	74
Tabelle 51:	Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017	75
Tabelle 52:	Fehlende Inanspruchnahme von bewilligten Frühförderleistungen im Jahr 2017	76
Tabelle 53:	Gründe für die bewilligten aber nicht in Anspruch genommenen Leistungen	76
Tabelle 54:	Durchschnittliche Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis zur Bewilligung in Tagen	77
Tabelle 55:	Kinder in den Einrichtungen im Jahr 2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung der Familien	79
Tabelle 56:	Alter der Frühförderkinder zum Stichtag 31.12.2017 bei Förderbeginn nach Leistungsart	80

Tabelle 57:	Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung	81
Tabelle 58:	Versorgungssituation in den Mitgliedskörperschaften in 2012 und 2019	84
		

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der geförderten Kinder auf die Einrichtungsformen	57
Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der Förderung	66
Abbildung 3: Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten des Kindes in die Förderung	67
Abbildung 4: Gründe für die nicht in Anspruch genommenen Leistungen	77
Abbildung 5: Vernetzung der Sozialpädiatrischen Zentren in NRW	82
Abbildung 6: IFF in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2012 und 2019	86