

Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder: Abschlussbericht

Engel, Heike; Engels, Dietrich; Pfeuffer, Frank

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

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

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Engel, H., Engels, D., & Pfeuffer, F. (2008). *Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder: Abschlussbericht*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB380). Köln: ISG - Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265701>

Nutzungsbedingungen:

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

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

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

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



Forschungsprojekt im Auftrag des
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

**Datenerhebung zu den
Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung
behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder**

Abschlussbericht

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
Heike Engel, Dietrich Engels und Frank Pfeuffer

Köln, im Februar 2008

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Begriff und Institutionen der Frühförderung.....	2
1.2	Hintergrund des Forschungsprojekts	3
2	Methodische Schritte der Untersuchung	7
2.1	Zielrichtung und Forschungsgegenstand	7
2.2	Methodische Umsetzung der Forschungskonzeption	8
3	Recherchen und statistische Auswertungen zum Entwicklungsstand der Frühförderung in Deutschland	12
3.1	Frühförderung im Spiegel der Statistik.....	12
3.2	Umsetzung der Frühförderung in den Ländern	19
3.3	Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV.....	33
4	Grundstrukturen der Frühförderung in Deutschland	41
4.1	Ergebnisse der bundesweiten Befragung allgemeiner Frühförderstellen.....	41
4.2	Ergebnisse der bundesweiten Befragung spezieller Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen	89
4.3	Ergebnisse der bundesweiten Befragung Sozialpädiatrischer Zentren.....	95
5	Leistungsprozesse und Vergütungsstrukturen – Ergebnisse der Vertiefungsstudie	109
5.1	Leistungen in der Einrichtungsperspektive.....	109
5.2	Leistungsergebnis für das Kind	126
6	Frühförderung in Kooperation	133
6.1	Frühförderung auf örtlicher Ebene	133
6.2	Frühförderung aus der Perspektive der Eltern	138
7	Zusammenfassung der Ergebnisse	152
7.1	Daten zur Ausgangslage	152
7.2	Leistungen der Frühförderung.....	156
8	Empfehlungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Komplexleistung	161
8.1	Definition der Komplexleistung Frühförderung	161
8.2	Offenes, niederschwelliges Beratungsangebot	165
8.3	Interdisziplinäre Diagnostik	166
8.4	Antrags- und Entscheidungsverfahren	168
8.5	Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern.....	169
8.6	Interdisziplinäre Frühförderung/ interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Rahmen der Komplexleistung	169
8.7	Finanzierung der Leistungen/ Kostenteilung	171
9	Anhang: Tabellarische Übersicht zu den Landesrahmenempfehlungen nach § 2 FrühV	175



1 Einleitung

Die medizinischen und heilpädagogischen Leistungen zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden in § 30 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) als eine interdisziplinäre „Komplexleistung“ bezeichnet. Deren Ziel ist es, die inhaltliche Abstimmung unterschiedlicher Leistungsarten zu optimieren und die Inanspruchnahme dieser Leistungen zu erleichtern. Dieses Konzept wird aber noch nicht in zufrieden stellender Weise umgesetzt. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) mit dem Forschungsvorhaben zur „Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ beauftragt, dessen Ergebnisse zur verbesserten Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung beitragen sollen. Dieses Projekt wurde von September 2006 bis Dezember 2007 durchgeführt. Mit dem vorliegenden Bericht legt das ISG seine Forschungsergebnisse und Schlussfolgerungen vor.

Zunächst werden der Hintergrund des Vorhabens (*Kapitel 1*) und das methodische Vorgehen des ISG (*Kapitel 2*) erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse statistischer Analysen und der projektbegleitenden Recherchen zum Umsetzungsstand in den Ländern dargestellt (*Kapitel 3*). Dabei werden die unterschiedlichen Frühfördersysteme in den Ländern in „Steckbriefen“ beschrieben und die bis zur Berichtslegung in Kraft getretenen Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 Frühförderungsverordnung (FrühV) analysiert. In *Kapitel 4* werden die Ergebnisse der bundesweiten Befragungen allgemeiner Frühförderstellen, spezieller Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen und Sozialpädiatrischer Zentren dargestellt, die das ISG Ende 2006 durchgeführt hat. Neben Informationen zu Struktur und Angebot werden dort Erfahrungen mit der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene ausgewertet. Anschließend werden die Ergebnisse der Vertiefungsphase präsentiert, in der das ISG von den Mitarbeiter/innen aus 30 Einrichtungen unterstützt wurde. In *Kapitel 5* werden die Leistungsprozesse und Vergütungsstrukturen in den beteiligten Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren analysiert, wobei zum einen institutionelle und zum anderen kindbezogene Aspekte im Vordergrund stehen. *Kapitel 6* erweitert diese Perspektive um die Kooperation auf lokaler Ebene, wie sie in den Regionalanalysen sichtbar wurde, sowie um die Kooperation mit den betroffenen Eltern. *Kapitel 7* fasst die Untersuchungsergebnisse zusammen und *Kapitel 8* leitet daraus Empfehlungen für eine optimierte Praxis ab.

1.1 Begriff und Institutionen der Frühförderung

Der Begriff der Frühförderung bezeichnet ein System früher Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt. Frühförderung schließt die Bereiche Früherkennung (Diagnostik), Behandlung (Therapie) und (heil-)pädagogische Förderung sowie die Beratung der Eltern ein. Das Ziel der Frühförderung besteht darin, Schädigungen oder Störungen in der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mindern.

Leistungen zur Frühförderung werden auf unterschiedlichen Akteursebenen von verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung komplementär erbracht. Im Adressverzeichnis Frühförderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sind rd. 1.000 Einrichtungen der Frühförderung in der Bundesrepublik aufgeführt,¹ darunter allgemeine Frühförderstellen, spezielle Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen, Sozialpädiatrische Zentren sowie Sonderkindergärten, integrative Tageseinrichtungen für Kinder und niedergelassene Heilmitteltherapeut/innen.

§ 1 FrühV begrenzt den Anwendungsbereich der Verordnung auf Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX für noch nicht eingeschulte Kinder *in Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen*. Die amtliche Begründung stellt klar, dass Leistungen, die der Früherkennung und Frühförderung dienen, aber auf anderen Rechtsgrundlagen beruhen als § 30 SGB IX oder von anderen fachübergreifenden Diensten ausgeführt werden (Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V, Kindertageseinrichtungen) nicht Gegenstand der Verordnung sind. Die Regelungen der Frühförderungsverordnung beziehen sich damit auf die nach dem Adressverzeichnis der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin aktuell eingerichteten 128 Sozialpädiatrischen Zentren² sowie auf die nach unseren Recherchen gegenwärtig insgesamt rd. 750 Frühförderstellen³ in Deutschland. Hier sind zum einen spezielle Frühförderstellen insbesondere für Kinder mit Sinnesbehinderungen zu nennen und zum anderen allgemeine Frühförderstellen, die entweder rein heilpädagogisch oder interdisziplinär besetzt sind. *Interdisziplinäre Frühförderstellen* im Sinne der FrühV sind interdisziplinär besetzt, verfügen über eigene Ärzt/innen oder über Kooperationsärzt/innen für die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik und werden nach den jeweiligen Landesregelungen zugelassen.

Die wohnortnahe Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder wird von *allgemeinen* Frühförderstellen geleistet. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass ihr

¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2005: Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: Juni 2005.

² Vgl. Adressverzeichnis der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

³ Vgl. Kapitel 4.1 des vorliegenden Berichts.

Leistungsangebot keine Behinderungsarten ausschließt. Aufgrund ihrer Nähe zum Wohnort der Familien werden sie auch als *regionale* Frühförderstellen bezeichnet. Obwohl die Frühförderungsverordnung durchgängig von *interdisziplinären* Frühförderstellen spricht, in denen qualifizierte medizinisch-therapeutische und pädagogische Fachkräfte interdisziplinär zusammenarbeiten, sind darunter auch noch rein heilpädagogisch ausgerichtete Frühförderstellen, die sich aber tendenziell zu interdisziplinären Frühförderstellen weiterentwickeln sollen.

Im Unterschied dazu richten sich *spezielle* Frühförderstellen an Kinder mit Sinnes- und Sprachbehinderungen. Ihr Einzugsgebiet ist in der Regel größer als das der allgemeinen Frühförderstellen, aus diesem Grund werden sie auch als *überregionale* Frühförderstellen bezeichnet. *Spezielle* Frühförderstellen sind häufig an Förderschulen angegliedert.

Sozialpädiatrische Zentren sind spezialisierte, sozialpädiatrische Einrichtungen mit einem überregionalen Versorgungsauftrag. Nach § 119 Abs. 1 SGB V werden Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, vom Zulassungsausschuss (der nach § 96 SGB V die Teilnahme an der ärztlichen Versorgung regelt) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ermächtigt. Nach § 119 Abs. 2 SGB V ist die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren dabei auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzt/innen oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzt/innen und Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

1.2 Hintergrund des Forschungsprojekts

1.2.1 Rechtlicher Hintergrund

Mit dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001⁴, in Kraft seit dem 1. Juli 2001, hat der Gesetzgeber das komplexe Rehabilitationsrecht weiterentwickelt. Er entschied sich gegen die Schaffung eines neuen und eigenständigen Sozialleistungszweigs mit eigenständigem Leistungsträger und für die Verbesserung, Koordination und übersichtlichere Gestaltung des bestehenden, über die Sozialleistungsgebiete verzweigten Behindertenrechts. Das SGB IX stellt eine funktionale Klammer der einzelnen Leistungsgesetze dar. Es verfolgt insbesondere das Ziel, Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger zu fördern und damit die Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation zu überwinden.

⁴ BGBl. I S. 1046 vom 22. Juni 2001.

Einen besonderen Prüfstein für diese Zielsetzung des SGB IX stellt die Umsetzung des § 30 SGB IX zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder dar. Ähnlich wie die Regelungen zum trägerübergreifenden persönlichen Budget (§ 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) und zu Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff SGB IX) intendiert auch die Vorschrift zur Früherkennung und Frühförderung erhebliche Veränderungen bei der Koordinierung von Rehabilitationsleistungen (§ 10 SGB IX) und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§ 12 SGB IX).

Mit den Vorschriften der §§ 30 und 56 SGB IX hat der Gesetzgeber die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geregelt. Nach § 30 Abs. 1 SGB IX sollen die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung im Zusammenhang mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX als *Komplexleistung* erbracht werden. Den Begriff der Komplexleistung hat der Gesetzgeber selbst nicht näher erläutert, um den Rehabilitationsträgern hinreichende Spielräume bei der Umsetzung zu belassen, was vielfach kritisiert wird.⁵ In der Begründung des § 30 SGB IX wird ausgeführt, dass ein „enger Funktionszusammenhang“ zwischen den medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung einerseits und den heilpädagogischen Maßnahmen nach § 56 SGB IX andererseits bestehe und diese „gegenüber den Leistungsberechtigten systemorientiert als Komplexleistungen zu erbringen“ seien.⁶ Zum einen hebt der Gesetzgeber damit darauf ab, dass ein Teil der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder einen Bedarf an medizinisch-therapeutischen *und* heilpädagogischen Leistungen haben, die zukünftig in *Interdisziplinären Frühförderstellen* in Abstimmung aller beteiligten Berufsgruppen koordiniert erbracht werden sollen. Zum andern soll die Komplexleistung die Inanspruchnahme aller im Einzelfall erforderlichen Leistungen erleichtern und beschleunigen. Die „Arbeit des Zusammensuchens von Leistungen“ bei den Sozialleistungsträgern und bei den verschiedenen Fachdisziplinen soll den betroffenen Eltern erspart bleiben. Zwar sind die jeweiligen Leistungsträger weiterhin für „ihre“ Leistungen verantwortlich, sie sollen ihre Zusammenarbeit aber dahingehend gestalten, dass die Kinder und ihre Eltern die Leistungen koordiniert „aus einer Hand“ erhalten, und zwar unabhängig davon, welcher Leistungsträger letztlich für die erforderlichen Leistungen zuständig ist.⁷ Diese Neugestaltung trifft in Deutschland auf bereits bestehende Strukturen der Frühförderung. So gibt es

⁵ 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.

⁶ BT-Drucksache 14/5074, Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begründung, S. 27.

⁷ Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Absichtserklärung zur Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung. Gemeinsame Pressemitteilung. Berlin, 2. Juni 2006. – Für Definitionen der Komplexleistung Frühförderung in der Praxis siehe Kapitel 3.2 zur Frühförderung in den Ländern („Steckbriefe“ Frühförderung in Bayern und Nordrhein-Westfalen).

bereits zahlreiche interdisziplinär besetzte Frühförderstellen, die sowohl Therapeut/innen als auch mit Pädagogen beschäftigen. Diese sind zu unterscheiden von „Interdisziplinären Frühförderstellen“ im Sinne der jeweiligen Landesrahmenempfehlungen gemäß der FrühV zur Umsetzung der Komplexleistung.

1.2.2 Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung

Für den Fall, dass gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach § 30 Abs. 3 SGB IX nicht fristgerecht vereinbart werden, sieht § 32 SGB IX eine Verordnungsermächtigung des zuständigen Bundesministeriums zur Abgrenzung der in § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX genannten Leistungen, zur Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung vor. Nachdem entsprechende Bemühungen einer Facharbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) scheiterten, erließ das zuständige Bundesministerium die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003⁸, die seit dem 1. Juli 2003 in Kraft ist.

§ 2 Satz 3 FrühV sieht vor, dass Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann. Die bundesweit erste Landesrahmenempfehlung trat zum 1. April 2005 in Nordrhein-Westfalen in Kraft. Bis Anfang 2008 wurden in 13 Bundesländern Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV vereinbart, und zwar in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Nach diesem ersten Umsetzungsschritt ist es in der Regel notwendig, dass auf Grundlage der verabschiedeten Rahmenempfehlungen örtliche Leistungsverträge zwischen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren mit den Rehabilitationsträgern (Kreise, kreisfreie Städte und Landesverbände der Krankenkassen) abgeschlossen und dabei Entgelte vereinbart werden.⁹

Grundsätzlich wird die *Komplexleistung* entweder definiert als eine Kombination von pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, die parallel oder innerhalb eines festgelegten Zeitraums in abgestimmter Reihenfolge erbracht werden (*additive* Form der Leistungserbringung). Oder Komplexleistung wird als ein *integrativ bzw. ganzheitlich* erbrachtes *Leistungspaket* definiert, das organisatorisch durch eine interdisziplinäre Struktur gewährleistet wird und jedem Kind mit Leistungsanspruch zur Verfügung steht. Vertreter dieser Sichtweise betonen, dass eine Komplexleistung *mehr*

⁸ BGBl I, S. 998 vom 30. Juni 2003.

⁹ Vgl. Absichtserklärung zur Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung [Fn. 9], S. 3. Vgl. auch Helmut Breitkopf, Ralf Sommer: Komplexleistung Frühförderung – Was wurde bisher erreicht, was ist noch zu tun?, in: NDV, Oktober 2005, S. 367.

bedeute als die Summe einzelner Komponenten, da sie in interdisziplinärer Kompetenz erbracht werde und damit dem ganzheitlichen Hilfebedarf des Kindes angemessener sei.

Festzuhalten bleibt, dass hinsichtlich einer Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung Barrieren bestanden und noch bestehen. Dies liegt zum einen an der sehr heterogenen Angebotsstruktur der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder: Zwischen den Bundesländern und auch zwischen einzelnen Regionen in den Ländern bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Umsetzung der Frühförderung. Zum anderen bereitet es der Praxis häufig Schwierigkeiten festzustellen, welche Leistungen der Komplexleistung zuzurechnen sind und wie diese Leistungen den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern zugeordnet werden können.

2 Methodische Schritte der Untersuchung

2.1 Zielrichtung und Forschungsgegenstand

Der Anlass für den Forschungsauftrag war, dass die Organisation und Finanzierung der interdisziplinären Frühförderung sowie der Grad der Umsetzung der Komplexleistung vor Ort nicht hinreichend bekannt war. Vor diesem Hintergrund sollte das ISG mittels einer Erhebung und Analyse von Daten zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen klären, was die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder kostet und wie sich ihre Finanzierung gegenwärtig auf die Rehabilitationsträger verteilt. Dieses Forschungsvorhaben war von Beginn an formativ angelegt, denn die Ergebnisse der Datenerhebung und -analyse sollten einen klärenden Beitrag zur Versachlichung der Verhandlungen leisten und damit die Umsetzung der bundesgesetzlichen Regelungen befördern.

Die Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung hebt auf die folgenden klärungsbedürftigen Aspekte ab:

- Art und Umfang des Bedarfs an frühen interdisziplinären Hilfen,
- Leistungen, die Kinder bis zur Einschulung in interdisziplinären Einrichtungen erhalten,
- Art der Leistungserbringer,
- Zuordnung der Leistungen zur Komplexleistung,
- Zuordnung der Leistungen der Komplexleistung zu den jeweiligen Leistungsträgern,
- Höhe der Gesamtaufwendungen,
- Höhe der Aufwendungen für Komplexleistungen,
- Zuordnung der Aufwendungen für Komplexleistungen zu den jeweiligen Leistungsträgern.

Hierzu sollten in ausgewählten interdisziplinär arbeitenden Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren vorliegende Erfahrungen ausgewertet und bundesweit ausgetauscht werden.

2.2 Methodische Umsetzung der Forschungskonzeption

Das Forschungsprojekt wurde in dem Zeitraum von September 2006 bis Dezember 2007 umgesetzt. Es setzte auf zwei Ebenen an, einer bundesweiten empirischen Untersuchung und einer exemplarischen Vertiefung.

- (1) Die Ermittlung grundlegender Strukturdaten dient zum einen der Analyse von Entwicklungen auf der Makroebene und stellt zum anderen die Voraussetzung dafür dar, dass die in einer vertiefenden Datenerhebung in ausgewählten Einrichtungen gewonnenen Ergebnisse angemessen interpretiert werden können. In diesem Zusammenhang wurden die folgenden methodischen Arbeitsschritte realisiert:
 - Analyse der Fallzahlen- und Kostenentwicklung in der Frühförderung nach Auswertung sozial- und gesundheitsstatistischer Daten;
 - differenzierte Beschreibung der unterschiedlichen, historisch gewachsenen „Frühfördersysteme“ in den Ländern inklusive des Umsetzungsstandes der Komplexleistung Frühförderung (Landesrahmenempfehlungen) auf der Grundlage von Recherchen;
 - grundlegende Analyse der Leistungs- und Vergütungsstrukturen der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland auf der Basis schriftlicher Befragungen.

- (2) Unter Beteiligung einer Auswahl von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren wurden exemplarisch vertiefende Untersuchungsschritte durchgeführt, bei denen drei Perspektiven unterschieden werden, die der Frühfördereinrichtungen, der örtlichen Versorgungssysteme und die der betroffenen Kinder und Eltern:
 - (a) In der einrichtungsbezogenen Perspektive wurden die Leistungs- und Vergütungsstrukturen der einzelnen Einrichtungen analysiert.
 - (b) In regionaler Perspektive wurden die Leistungs- und Vergütungsstrukturen auf der Ebene des örtlichen Versorgungssystems im Zusammenwirken einzelner Leistungserbringer und Leistungsträger betrachtet.
 - (c) In der kindbezogenen Perspektive wurden die Gesamtleistungen und -aufwendungen je Kind unter Berücksichtigung regional unterschiedlicher Formen der Leistungserbringung untersucht. Weiterhin wurden Einschätzungen zur Qualität der Leistungserbringung aus Sicht der Eltern untersucht.

Zur Umsetzung dieser Forschungskonzeption wurden auf der ersten Untersuchungsebene folgende methodischen Arbeitsschritte durchgeführt:

- Eine bundesweite schriftliche Befragung aller *allgemeinen Frühförderstellen* wurde im Dezember 2006 durchgeführt. Insgesamt wurden 635 allgemeine Frühförderstellen angeschrieben, von denen sich 265 beteiligten, das entspricht einer Rücklaufquote von 42%.
- Eine bundesweite schriftliche Befragung aller *Sozialpädiatrischen Zentren* wurde im Januar 2007 durchgeführt. Von den bundesweit 128 Sozialpädiatrischen Zentren beteiligten sich 86. Die Rücklaufquote lag damit bei 67%.
- Eine bundesweite schriftliche Befragung aller *speziellen Frühförderstellen* wurde im Februar 2007 realisiert. Es wurden 108 spezielle Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen angeschrieben, von denen sich 35 beteiligten. Das entspricht einer Rücklaufquote von 32%.

Auf der zweiten Untersuchungsebene wurden folgende methodischen Arbeitsschritte durchgeführt:

- Kriteriengestützte Auswahl und Gewinnung von 30 Einrichtungen (25 Frühförderstellen und fünf Sozialpädiatrische Zentren) in 24 Kommunen;
- ausführliche Datenerhebung bei diesen Einrichtungen auf der Grundlage eines differenzierten Erhebungsrasters, flankiert durch leitfadengestützte Gespräche mit Vertreter/innen der Einrichtungen;
- Erstellung ortsbezogener Analysen in integrierter Perspektive in sechs Kommunen und Diskussion der lokalen Situation der Frühförderung mit den Beteiligten im Rahmen eines „Runden Tisches“;
- Erstellung anonymer „Kinder-Fallstudien“ auf der Grundlage von 905 Aktenanalysen sowie
- Durchführung einer schriftlichen Befragung von betroffenen Eltern, wobei über die an der Vertiefungsstudie beteiligten ausgewählten Einrichtungen 3.947 Fragebögen verteilt wurden; an dieser Befragung beteiligten sich 1.236 Eltern, dies entspricht einem Rücklauf von 31%.

2.2.1 Auswahl der Einrichtungen

Das Auswahlverfahren der Einrichtungen lehnte sich stark an die schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen an. In deren Rahmen wurde auch nach der grundsätzlichen Mitwirkungsbereitschaft der Einrichtungen an vertiefenden Untersuchungsschritten gefragt. 133 von 265 befragten allgemeinen Frühförderstellen (50%) zeigten sich dazu bereit. Von diesen wurden 27 kriteriengestützt ausgewählt und hinsichtlich einer

konkreten Beteiligung persönlich angesprochen. Die Auswahl der fünf Sozialpädiatrischen Zentren ergab sich zum einen aus länderspezifischen Besonderheiten (rein sozialpädiatrische Versorgungsstruktur in Berlin und Rheinland-Pfalz¹⁰), zum anderen aus Gesprächskontakten, die sich auf der Grundlage der schriftlichen Befragung Sozialpädiatrischer Zentren ergeben hatten. Die Resonanz der angesprochenen Einrichtungen auf die Bitte, das Forschungsvorhaben durch ihre Beteiligung zu unterstützen, war ausgesprochen positiv. Nur in wenigen Fällen konnte nicht die zunächst ausgewählte Einrichtung gewonnen werden. Absagen wurden mit laufenden Umstrukturierungsprozessen bzw. dem zeitlichen Aufwand einer Beteiligung begründet.

In die letztlich realisierte Auswahl von Einrichtungen (und Kommunen) gingen neben der Mitwirkungsbereitschaft folgende Kriterien ein:

- Leistungserbringer: Ausgewählt wurden 27 allgemeine Frühförderstellen und fünf Sozialpädiatrische Zentren. Es wurde darauf geachtet, „Cluster“ von Einrichtungen zu bilden und einzelne Kommunen nach Möglichkeit vollständig abzubilden.
- Träger: In der Auswahl der Einrichtungen bildet sich die bundesweite Trägerverteilung annäherungsweise ab.
- Kommunaltyp: Die 32 ausgewählten Einrichtungen verteilten sich auf 24 Kommunen, jeweils zur Hälfte waren dies kreisfreie Städte und Landkreise.
- Länder: Je nach Bevölkerungszahl der Länder und Mitwirkungsbereitschaft der Einrichtungen wurden ein bis zwei Kommunen je Land ausgewählt.
- Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung: Unter den ausgewählten Einrichtungen waren (1.) fünf Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren, die zum Zeitpunkt der schriftlichen Befragungen zum Jahresende 2006 die Komplexleistung Frühförderung umsetzten, (2.) eine Einrichtung, die die Komplexleistung nun auch auf Basis einer Vereinbarung nach § 2 FrühV erbringt, (3.) vier Einrichtungen, bei denen die Umsetzung im Jahr 2007 fest terminiert war oder die bereits Vertragsverhandlungen führen, (4.) 20 Einrichtungen ohne eine vertragliche Vereinbarung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung.
- Personelle „Ausrichtung“ der Einrichtungen: zwei Drittel der ausgewählten Einrichtungen waren interdisziplinär besetzt, ein Drittel heilpädagogisch ausgerichtet.

Eine stärkere Berücksichtigung von Einrichtungen, die bereits nach der Konzeption des Gesetzgebers mit einer interdisziplinären Struktur die Frühförderung als Komplexleistung erbrachten, war nicht möglich, weil deren Zahl begrenzt war und durch das Kriterium der Mitwirkungsbereitschaft weiter reduziert wurde.

¹⁰ Vgl. Kapitel 3.2 zur Situation in den Ländern.

2.2.2 *Erfahrungsaustausch*

Mit Vertreter/innen der ausgewählten Einrichtungen (in der Regel Leiter/innen der Frühförderstellen und ärztliche Leiter/innen der Sozialpädiatrischen Zentren) wurde ein Erfahrungsaustausch in Form von zwei Workshops durchgeführt. Der erste dieser Workshops fand am 20. und 21. März 2007 in Bonn statt, der zweite am 8. und 9. November 2007 in Berlin. Im Rahmen des ersten Workshops wurden zum einen erste Ergebnisse der schriftlichen Befragungen von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren diskutiert, zum anderen die Entwürfe von Erhebungsinstrumenten für die vertiefenden Analysen erörtert. Einen hohen Stellenwert hatte der Erfahrungsaustausch über den Umsetzungsstand der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene und die sich daraus für die Einrichtungen ergebenden Fragestellungen. Der zweite Workshop diente der Diskussion der Untersuchungsergebnisse aus den vertiefenden Analysen und erster Überlegungen, welche Schlussfolgerungen daraus abzuleiten sind.

2.2.3 *Projektbegleitender Beirat*

Die Umsetzung des Forschungsprojekts wurde durch einen Beirat begleitet, dem Vertreter/innen der kommunalen Spitzenverbände, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Krankenkassenverbände, der Trägerverbände, der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren angehörten. Mit diesem Gremium wurden das Forschungsdesign und die Erhebungsinstrumente ebenso wie die Ergebnisse des Zwischen- und des Abschlussberichts ausführlich erörtert.

3 Recherchen und statistische Auswertungen zum Entwicklungsstand der Frühförderung in Deutschland

3.1 Frühförderung im Spiegel der Statistik

3.1.1 Zur Datenlage

Einen ersten Eindruck über den Leistungsumfang der Frühförderung können Auswertungen der Sozial- und Gesundheitsstatistik vermitteln. Sie geben Aufschluss darüber, wie sich die Zahl der im Rahmen der Frühförderung behandelten Kinder und die Ausgaben in diesem Bereich entwickelt haben.

Entsprechend der getrennten Leistungsträgerschaft sind für die statistische Auswertung einerseits die Statistiken der Sozialhilfe und andererseits die der Krankenversicherung heranzuziehen, die allerdings eine unterschiedliche Systematik und einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad aufweisen. Soweit die Träger der Jugendhilfe Leistungen der Frühförderung erbringen, müssten diese der Vollständigkeit halber ergänzt werden, was allerdings aufgrund der Datenlage schwierig ist. So bleibt bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass ein differenziertes und verlässliches Bild der Frühförderung von einer Auswertung der amtlichen Statistik nicht zu erwarten ist.

- *Sozialhilfestatistik*

Im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sechstes Kapitel SGB XII, zuvor §§ 39 – 47 BSHG) werden die Leistungen der Frühförderung unter der Rubrik „Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder“ erfasst. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Leistungen, die die Frühförderstellen erbringen, zu einem geringen Teil sind darüber hinaus auch Leistungen enthalten, die niedergelassene Therapeut/innen mit dem Träger der Sozialhilfe abrechnen. Eindeutig ist jedenfalls die Altersabgrenzung der Leistungsempfänger/innen: Heilpädagogische Leistungen erhalten nur Kinder im Vorschulalter.

Zu unterscheiden sind die Statistik der Leistungsempfänger/innen mit den Erfassungsmerkmalen Alter, Geschlecht, Nationalität und Ort der Leistungserbringung (außerhalb von Einrichtungen, in teil- oder vollstationären Einrichtungen; aktueller Stand: Jahresende 2006) und zum andern die Statistik der Ausgaben, differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung und dem Leistungsträger (örtlicher oder überörtlicher Träger der Sozialhilfe; aktueller Stand: Gesamtjahr 2006). Die Leistungen, die in Tageseinrichtungen für Kinder erbracht werden, sind statistisch in der Regel als heilpädagogische Leistungen in teilstationären Einrichtungen registriert. Inwiefern die Frühförderung in Form von Komplexleistungen erbracht wird, ist der Statistik nicht zu entnehmen.

- *Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Der Statistik der GKV lassen sich die Ausgaben für die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (nach § 120 Abs. 2 SGB V) ohne weitere Differenzierungsmerkmale entnehmen (aktueller Stand: Jahr 2005). Die SPZ erbringen Leistungen für Kinder aller Altersgruppen, die Leistungen für Kinder im Vorschulalter können nicht abgegrenzt werden. Die anteilige Leistungsträgerschaft für Komplexleistungen wird aber unter der Rubrik „Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX“ gesondert ausgewiesen. Daten über die Struktur der Leistungsbezieher/innen der Frühförderung werden in dieser Statistik nicht veröffentlicht.

- *Statistik der Privaten Krankenversicherung*

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

- *Statistik der Jugendhilfe*

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

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

- *Referenzdaten aus anderen Statistiken*

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

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

Am Jahresende 2005 wurden 29.000 Kinder als schwerbehindert registriert, dies sind 0,7% der Kinder unter 6 Jahren. Schwerbehinderte Kinder sind allerdings nur eine kleine Teilgruppe der Kinder, an die sich die Frühförderung richtet – zum einen bezieht die Frühförderung auch leichter behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit ein,

zum ändern wird für Kinder in diesem Alter eine amtliche Anerkennung als „schwerbehindert“ nur in besonders gravierenden Fällen beantragt.

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

Etwas darunter liegt das Ergebnis einer weiteren Studie im Rahmen des KiGGS, in der die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten ermittelt wurde.¹² Für die Altersgruppe von 3 bis unter 7 Jahren wurde eine Prävalenzrate von 5,3% ermittelt (Jungen 6,9%, Mädchen 3,7%), dies entspricht 157.000 Kindern in dieser Altersgruppe. Anders als in der zuvor genannten Studie wurde hier eine erheblich höhere Rate bei Kindern mit Migrationshintergrund (10%) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (4,4%) festgestellt, wobei dies stark mit dem sozioökonomischen Status korreliert.

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

¹¹ C. Scheidt-Nave; U. Ellert; U. Thyen; M. Schlaud (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 50/2007: 750 – 756. Dort wurde zur Erfassung von Konsequenzen körperlicher, seelischer und verhaltensbedingter Störungen der „Children with Special Health Care Needs-(CSHCN-) Screener“ in deutscher Übersetzung eingesetzt, über den Eltern zum gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarf ihrer Kinder befragt werden.

¹² H. Hölling; M. Erhart; U. Ravens-Sieberer; R. Schlack (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt 50/2007: 784 – 793. Mit dem „Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ in deutscher Übersetzung wurden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken erfasst und ausgewertet.

3.1.3 Struktur und Entwicklung der Frühförderung

Leistungsempfänger/innen der Frühförderung

Zu den Leistungsempfänger/innen der Frühförderung liegen nur Angaben der Sozialhilfestatistik vor. Am Jahresende 2006 bezogen rd. 73.900 Kinder heilpädagogische Leistungen seitens der Träger der Sozialhilfe, dies sind 12% mehr als am Jahresende 2000 (Tabelle 1). Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Kinder unter 7 Jahren von 5,5 Mio. auf 5,0 Mio. ab (-9%). Daraus resultiert, dass nicht nur die absolute Zahl der Kinder mit heilpädagogischen Leistungen zugenommen hat, sondern deren Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung noch stärker gestiegen ist: Bezogen am Jahresende noch 1,2% der Kinder unter 7 Jahren heilpädagogische Leistungen der Sozialhilfe, stieg dieser Anteil innerhalb von sechs Jahren auf 1,5%,¹³ dies entspricht einer Steigerung der Quote um 23%.

Tabelle 1:

Heilpädagogische Leistungen - Entwicklung von 2000 - 2006							
	2000	Struktur im Jahr 2000	2002	2004	2006***	Struktur im Jahr 2006	Veränderung '06 ggü. '00
am Jahresende							
insgesamt	65.836	100,0%	70.533	73.129	73.920	100,0%	12%
männlich	42.884	65,1%	46.092	47.961	48.790	66,0%	14%
weiblich	22.952	34,9%	24.441	25.168	25.130	34,0%	9%
deutsch	62.170	94,4%	67.062	69.799	70.720	95,7%	14%
nicht-deutsch *	3.666	5,6%	3.471	3.330	3.200	4,3%	-13%
ambulant	37.347	56,7%	38.055	35.654	41.120	55,6%	10%
teilstationär	25.845	39,3%	30.359	34.712	30.100	40,7%	16%
vollstationär	2.644	4,0%	2.119	2.763	2.700	3,7%	2%
im Jahresverlauf**							
insgesamt	99.622	100,0%	112.503	120.855	122.162	100,0%	23%
ambulant	61.458	61,7%	68.531	70.125	67.956	55,6%	11%
teilstationär	35.723	35,9%	42.386	49.033	49.744	40,7%	39%
vollstationär	3.629	3,6%	3.191	4.132	4.462	3,7%	23%
Kinder unter 7 Jahren in der Bevölkerung	5.500.386	1,2 je 100			5.018.713	1,5 je 100	-9% 23%

Quelle: Sozialhilfestatistik Deutschland

* Anteil nicht-deutscher Kinder an allen Kindern unter 7 Jahren: 6,3%

** Jahresende entspricht 60,5% der kumulierten Zahlen im Jahresverlauf

*** einschl. Zahlen für Bremen (geschätzt)

Zur Struktur der Leistungsempfänger/innen lässt sich der Statistik entnehmen:

- Zu rd. zwei Dritteln sind es Jungen, die diese Form der Hilfe benötigen, und ein gutes Drittel Mädchen. Diese Relation hat sich in dem ausgewerteten Zeitraum kaum verändert.

¹³ Die Bezugsquoten von Leistungen der Frühförderung aller Leistungsträger liegen höher, die Schätzung des ISG auf Basis einer Hochrechnung ergibt Quoten zwischen 1,7% und 2% der Kinder unter 7 Jahren (s.u. Abschnitt 4.1.4).

- Zurück gegangen ist der Anteil ausländischer Kinder, die im Jahr 2000 noch 5,6% aller Leistungsbezieher/innen ausmachten, allerdings lag seinerzeit der Anteil ausländischer Kinder an allen Kindern unter 7 Jahren bei 10%. Im Jahr 2006 ist der Anteil ausländischer Kinder auf 4,6% gesunken. Da der Anteil ausländischer Kinder an allen Kindern unter 7 Jahren aber nun bei 5,4% liegt, sind diese unter den Leistungsbezieher/innen nur noch leicht unterrepräsentiert.¹⁴
- Eine strukturelle Verschiebung ist zwischen den ambulant und teilstationär erbrachten Leistungen zu beobachten. Ambulant wurden am Jahresende 2000 noch 57% der heilpädagogischen Leistungen erbracht und teilstationär 39%. Diese Relation hat sich zum Jahresende 2006 etwas zu Gunsten der teilstationären Leistungen verschoben.¹⁵
- Vollstationäre Leistungen machen unverändert nur einen kleinen Teil der Leistungen aus (zwischen 3 und 4%).

Die Zahl aller Kinder, die im Jahresverlauf heilpädagogische Leistungen bezogen haben, liegt um zwei Drittel über der Stichtagszahl. Im Verlauf des Jahres 2006 haben rd. 122.000 Kinder diese Leistungen seitens der Träger der Sozialhilfe bezogen, dies sind 23% mehr als im Jahr 2000. Der kumulierten Jahresverlaufsstatistik lässt sich entnehmen, wie viele Kinder einen entsprechenden Hilfebedarf im Verlaufe des Jahres aufweisen; die Berechnung von Quoten bzw. Prävalenzraten erfolgt aber anhand der Stichtagszahlen.

Ausgaben der Sozialhilfe

Die Träger der Sozialhilfe haben im Jahr 2006 insgesamt 878 Mio. € für heilpädagogische Leistungen für Kinder ausgegeben (Tabelle 2), dies sind 232 Mio. € bzw. 36% mehr als im Jahr 2000. Die Ausgaben der örtlichen Träger sind in diesem Zeitraum mit +79% stärker gestiegen als die der überörtlichen Träger (+20%), was aber teilweise durch eine Verlagerung der Zuständigkeit von überörtlicher auf die örtliche Ebene zu erklären ist. Die Ausgaben für heilpädagogische Leistungen außerhalb von Einrichtungen sind in diesem Zeitraum um 53% gestiegen, die in Einrichtungen nur um 30%. Ein deutlicher Sprung in der Ausgabenentwicklung (+20% der Gesamtausgaben) ist im Jahr 2003 zu beobachten.

¹⁴ Dass der Bevölkerungsanteil ausländischer Kinder niedriger ist als der Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung (8,8%), liegt auch daran, dass ein Teil der Kinder mit Migrationshintergrund die deutsche Staatsbürgerschaft haben.

¹⁵ Generell ist davon auszugehen, dass die Frühförderstellen die „ambulanten“ heilpädagogischen Leistungen erbringen und die Leistungen, die die Frühförderstellen in Kindertagesstätten erbringen, als „teilstationär“ registriert werden. Allerdings ist nicht sicher, ob dies einheitlich so erfolgt.

Im Vergleich zur Ausgabenentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen insgesamt liegt die Ausgabensteigerung von 36% (2006 gegenüber 2000) bei den heilpädagogischen Leistungen nur wenig über dem Durchschnitt: Die Ausgaben im gesamten Bereich der Eingliederungshilfe sind in diesem Zeitraum von 9,1 Mrd. € um rd. 30% auf 11,8 Mrd. € gestiegen. Der Anteil, der davon auf die heilpädagogischen Maßnahmen entfällt, betrug im Jahr 2000 7,1% und ist bis 2006 leicht auf 7,4% gestiegen.

Tabelle 2:

Ausgaben der Sozialhilfe: Heilpädagogische Leistungen für Kinder Sozialhilfestatistik 2000 - 2006					
Jahr	insgesamt	außerhalb v. Einrichtungen	in Einrichtungen	örtliche Träger	überörtliche Träger
		- in Mio. EUR -			
2000	646,2	158,3	487,9	169,8	476,4
2001	691,1	184,1	507,0	197,4	493,7
2002	713,3	209,2	504,1	230,6	482,7
2003	856,4	234,5	621,9	283,5	572,9
2004	889,9	249,7	640,2	289,2	600,7
2005	824,1	226,9	597,2	267,5	556,5
2006	877,9	242,7	635,2	304,5	573,4
		Index 2000 = 100			
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	106,9	116,3	103,9	116,2	103,6
2002	110,4	132,1	103,3	135,7	101,3
2003	132,5	148,1	127,5	166,9	120,3
2004	137,7	157,7	131,2	170,3	126,1
2005	127,5	143,3	122,4	157,5	116,8
2006	135,9	153,3	130,2	179,3	120,4
06 ggü. '00	35,9%	53,3%	30,2%	79,3%	20,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik 2000 - 2006

Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Früherkennung und Frühförderung sind von insgesamt 75,4 Mio. € im Jahr 2000 um 65,8 Mio. € auf 141,2 Mio. € im Jahr 2006 gestiegen (Tabelle 3). Gegenüber den Ausgaben im Jahr 2003 ist ein Zuwachs um 42% zu verzeichnen. Im Wesentlichen handelt es sich um Ausgaben für Leistungen, die in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht wurden, allerdings lassen sich darunter nicht die Ausgaben abgrenzen, die für Kinder im Vorschulalter erbracht wurden.

Die GKV-Statistik weist gesondert die Ausgaben aus, die von den Krankenkassen für Komplexleistungen, also für Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX anteilig erbracht werden. Diese Leistungen beginnen mit einer Anlaufphase nach dem Inkrafttreten der FrühV und erreichen im Jahr 2006 eine Höhe von 14,4 Mio. €, dies sind 80% mehr als im Jahr 2003.

Tabelle 3:

Ausgaben der Gesetzl. Krankenversicherung für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung Ausgabenstatistik der GKV (in Mio. EUR)						
Jahr	Leistungen insgesamt	Veränd. ggü. Vorj.	Behandlung in SPZ § 120 SGB V	Veränd. ggü. Vorj.	Früherk. u. Frühf. §§ 30, 56 SGB IX	Veränd. ggü. Vorj.
2000	75,4		75,4	-	-	-
2001	82,1	8,9%	82,1	8,9%	-	-
2002	90,4	10,1%	88,9	8,2%	1,5	-
2003	99,6	10,2%	91,6	3,1%	8,0	-
2004	116,1	16,6%	106,9	16,8%	9,2	14,5%
2005	124,5	7,3%	114,2	6,9%	10,3	12,3%
2006	141,2	13,4%	126,8	11,0%	14,4	40,0%
'06 ggü. '03	41,6	41,8%	35,2	38,5%	6,4	80,0%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Statistik 2000 - 2006

Zusätzlich erbringen die Krankenkassen Heilmittel nach § 124 SGB V auch für Kinder. Die Gesamtausgaben für Heilmittel betragen im Jahr 2006 rund 3,9 Mrd. €, hiervon entfällt mit 421 Mio. € ein Anteil von 11% auf die Verordnungen von Kinderärzt/innen,¹⁶ die allerdings Kinder vom Säuglingsalter bis einschließlich 17 Jahre versorgen. Der Anteil der Kinder von 0 bis einschließlich 14 Jahren an allen Versicherten, die Heilmittel erhalten, beträgt 8%.¹⁷ Demnach lässt sich der Anteil der Ausgaben, die auf Kinder zwischen 0 und 14 Jahren entfallen, auf etwa 312 Mio. € schätzen. Für eine engere Eingrenzung auf Kinder im Frühförderalter von 0 bis 6 Jahren liegen keine Daten vor.

Ausgaben für Frühförderung und Früherkennung insgesamt

Rechnet man die gesamten Ausgaben beider Leistungsträger, der Sozialhilfe und der GKV, zusammen, so liegen diese (einschließlich der Leistungen für jugendliche SPZ-Patient/innen) im Jahr 2006 in einer Größenordnung von 1 Mrd. €. Welcher Anteil die-

¹⁶ Vgl. Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) (2007): Der Heilmittelmarkt in Deutschland (Januar bis Dezember 2006), Rodgau, S. 18. http://www.gkv-his.de/Dokumente/HIS-Bericht-Bund_200604.pdf

¹⁷ Vgl. Schröder, H. und A. Waltersbacher (2006): Heilmittelbericht 2006, Bonn, S. 9.

ser Ausgaben aber genau auf die Frühförderung entfällt, bleibt unklar. Die Gesamthöhe der Ausgaben fällt einerseits zu hoch aus, da sie auch Leistungen der Krankenversicherung für Patient/innen der SPZ nach der Einschulung umfasst. Sie fällt andererseits etwas zu niedrig aus, weil die Ausgaben der Jugendhilfe für die Frühförderung nicht darin enthalten sind und weitere Ausgaben der GKV für Heilmittel im Bereich der Frühförderung hinzu kommen. Da eine genaue Abgrenzung dieser Daten im Hinblick auf die Leistungen der Frühförderung nicht möglich ist, können die auf diese Leistungen entfallenden Ausgaben nicht näher beziffert werden; an dieser Stelle besteht ein Bedarf an detaillierteren Informationen.

3.2 Umsetzung der Frühförderung in den Ländern

Die „Frühförderlandschaft“ in Deutschland wird häufig als sehr unübersichtlich wahrgenommen.¹⁸ Dies hängt mit der Vielfalt der Angebots- und Organisationsformen der Frühförderung und den unterschiedlichen, historisch gewachsenen „Frühfördersystemen“ in den Ländern zusammen. In Abhängigkeit davon ergeben sich unterschiedliche Zugangswege zu einer Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX.

Um für alle weiteren Arbeits- und Analyseschritte des Forschungsvorhabens auf einen orientierenden Rahmen zurückgreifen zu können, soll die Frühförderlandschaft in Deutschland, wie sie sich zum Zeitpunkt der Berichtslegung darstellt, differenziert beschrieben werden. Für einen ersten knappen Überblick lässt sich die Frühförderlandschaft nach Bundesländern wie folgt kategorisieren:

Interdisziplinäre Besetzung:

Die bundesweit unterschiedlichen Strukturen in der Frühförderlandschaft zeigen sich auch in der personellen Besetzung von Frühförderstellen:

- In Baden-Württemberg und Bayern sind fast alle allgemeinen Frühförderstellen interdisziplinär besetzt. In Rheinland-Pfalz sind die Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie und in Berlin die Sozialpädiatrischen Zentren ebenfalls interdisziplinär besetzt.
- In Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen sind neben rein oder überwiegend heilpädagogisch besetzten Frühförderstellen etwa ein Drittel bis zur Hälfte der Einrichtungen interdisziplinär besetzt.
- In Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Schleswig-Holstein ist ein relativ hoher Anteil der Frühförderstellen rein heilpädagogisch besetzt.

¹⁸ Vgl. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, BT-Drucksache 15/4575, S. 31 ff.

Mobil-aufsuchende Frühförderung:

Der Anteil der Frühförderstellen, die mobile Frühförderung durchführen, hängt zum einen an der fachlichen Ausrichtung, denn insbesondere heilpädagogische Frühförderung wird mobil-aufsuchend. Zum anderen spielt die mobil-aufsuchende Frühförderung in ländlichen Regionen eine besondere Rolle.

Besondere Einrichtungen

- Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren bilden eine organisatorische Einheit, wie die Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie in Rheinland-Pfalz und die Kinder- und Jugendambulanzen in Berlin. Formal handelt es sich hierbei um Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V.
- Integrationshilfen in Kindertageseinrichtungen sowie Schwerpunkteinrichtungen setzen die Frühförderung für Kinder ab 3 Jahren um, wie in den Stadtstaaten.
- Die Frühförderung ist traditionell stark an integrative Kindertageseinrichtungen angebunden. Das gilt neben den neuen Bundesländern auch für das Land Berlin und für Rheinland-Pfalz.

Eine vertiefende Darstellung der „Frühfördersysteme“ in den Ländern wird im Folgenden in Form von „Steckbriefen“ präsentiert. In diesen wird jeweils kurz dargestellt, wie viele allgemeine und spezielle Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrische Zentren landesweit eingerichtet sind, welche Besonderheiten bei der Ausgestaltung der Frühförderung zu berücksichtigen sind und wie sich der Umsetzungsstand der Komplexleistung Frühförderung darstellt. Grundlage für die Erstellung dieser „Steckbriefe“ zur Frühförderung in den Ländern sind Recherchen des ISG. Als Datenmaterial wurden insbesondere aktuelle Landtags-Drucksachen zum Thema Frühförderung und Berichte der zuständigen Landesministerien herangezogen. Den „Steckbriefen“ liegen außerdem Informationen aus Gesprächen mit Akteuren der Frühförderung in den Ländern (Arbeitsstellen Frühförderung, Landesministerien etc.) zu Grunde. Wertvolle Hinweise erhielten wir von der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF), die etwa im Halbjahresabstand die Umsetzung der Frühförderungsverordnung in den Ländern abfragt und uns ihre aktuelle Dokumentation mit Stand vom Jahresende 2006 zur Verfügung stellte.

Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gibt es ein nach Angaben des zuständigen Landesministeriums „noch im Ausbau befindliches Netz“ von 36 interdisziplinär besetzten Frühförderstellen (zzgl. 3 Außenstellen) freier oder kommunaler Träger. Es handelt sich hierbei um allgemeine Frühförderstellen, die die wohnortnahe Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gewährleisten und dabei keine Behinderungsarten ausschließen. Für sieben interdisziplinäre Frühförderstellen haben die Kommunen die Trägerschaft (ganz oder im Verbund mit anderen Trägern) übernommen, die anderen Ein-

richtungen befinden sich in Trägerschaft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege. In neun von 44 Stadt- und Landkreisen wurde bislang keine interdisziplinäre Frühförderstelle eingerichtet. Das Land fördert interdisziplinäre Frühförderstellen im Rahmen freiwilliger Leistungen in Form von Personalkostenzuschüssen je Fachkraft. In den Jahren 2002 und 2003 standen dafür Haushaltsmittel von jeweils rd. 2 Mio. € zur Verfügung. Gefördert werden in der Regel je Frühförderstelle die Personalkosten von drei vollzeitbeschäftigten Fachkräften mit je rd. 18.000 €.

Die regionale Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder wird verstärkt durch 332 Sonderpädagogische Beratungsstellen, eine besondere Form spezieller Frühförderstellen, die überwiegend bei oder in Zuordnung zu den Sonderschulen angesiedelt sind. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen fallen nach unseren Informationen nicht in den Anwendungsbereich der Frühförderungsverordnung. Das Land (Kultusministerium) trägt die Personalkosten (ca. 340 Lehrerdeputate). Des Weiteren existieren gegenwärtig 15 Sozialpädiatrische Zentren, die nach § 119 SGB V zur sozialpädiatrischen Versorgung ermächtigt sind.

Eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV liegt im Entwurf vor und wird gegenwärtig zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Soziales verhandelt. Diskutiert wurde im Frühjahr 2007 unter anderem die Frage, ob die Landesrahmenvereinbarung für die Stadt- und Landkreise durch Beitrittserklärung gegenüber dem Städte- und Landkreistag verbindlich werden soll, oder ob sie nur für die unterzeichnenden Parteien gelten soll, die ihren Mitgliedern die Anwendung der Landesrahmenvereinbarung empfehlen. Weiter wurde diskutiert, inwieweit für die Frühförderstellen bei der Erbringung der medizinisch-therapeutischen Leistungen bzw. der Komplexleistung die Heilmittelrichtlinien sowie die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V gelten sollen. Die Landesrahmenvereinbarung sieht im Entwurf jedenfalls vor, dass Voraussetzung für die Erbringung von Komplexleistungen die Zulassung zur Heilmittelerbringung gemäß § 124 SGB V unter Berücksichtigung der Eckpunkte für die Leistungserbringung von Heilmitteln in interdisziplinären Frühförderstellen in Baden-Württemberg ist. Dieses Eckpunktetpapier soll der Landesrahmenvereinbarung als Entwurf beigefügt werden.

Zum Ende des Jahres 2007 lag noch keine Landesrahmenempfehlung für Baden-Württemberg vor. Die Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern, den kommunalen Trägern und den Krankenkassen gestalten sich schwierig, wobei auch hier insbesondere die Vergütung der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik kontrovers diskutiert wird. Weitere Verhandlungen sind in 2008 geplant.

Bayern

Nach Auswertung der Adressverzeichnisse der Arbeitsstelle Frühförderung in Bayern und Abfragen bei den Trägerverbänden existieren im Land insgesamt 129 allgemeine Frühförderstellen (95 Haupt- und 34 Außen- bzw. Nebenstellen) in freigemeinnütziger Trägerschaft sowie 13 spezielle Frühförderstellen, die überregional auf Bezirksebene organisiert sind. Der größere Teil der allgemeinen Frühförderstellen verfügt über ein interdisziplinär zusammengesetztes Team, zum Teil wird Interdisziplinarität durch Kooperation mit niedergelassenen Heilmitteltherapeut/innen realisiert. Daneben bestehen 18 heilpädagogische Fachdienste, die mit Kindertageseinrichtungen zusammen arbeiten und mehrheitlich allgemeinen Frühförderstellen angeschlossen sind. Sie werden weitgehend vom Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Frauen aus dem Landesbehindertenplan finanziert, teils mit kommunaler Beteiligung. Des Weiteren sind gegenwärtig 13 Sozialpädiatrische Zentren zur sozialpädiatrischen Versorgung nach § 119 SGB V ermächtigt.

Das Bayerische Sozialministerium fördert die Investitionskosten allgemeiner Frühförderstellen mit jährlich 1,5 Mio. €. Darüber hinaus beteiligt sich das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus an der Betreuung von Kindern im Kindergartenalter mit sonderpädagogischem Förderbedarf durch eigens geschaffene Dienste. Diese „mobilen sonderpädagogischen Hilfen“ werden teilweise über die allgemeinen Frühförderstellen eingesetzt. Der Personalwert dieser Landesförderung beträgt rd. 10 Mio. €.

In Bayern ist zum 1. August 2006 der „Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern“ in Kraft getreten.

Die Arbeitsstelle Frühförderung Bayern berichtet, dass sowohl von Seiten der Sozialhilfeträger als auch von Seiten der Krankenkassen verlangt wird, dass der Förder- und Behandlungsplan für jedes einzelne Kind jeweils mindestens eine Leistung aus dem Bereich SGB XII (pädagogisch und/oder psychologisch) und dem Bereich des SGB V (medizinisch-therapeutisch) ausweist, damit eine Komplexleistung gegeben ist und die Bestimmungen des Bayerischen Rahmenvertrages anwendbar sind („Zwei-Kreuzchen-Lösung“). In der Praxis kann die Komplexleistung in drei Modellen beantragt werden, entweder als *Doppelförderung* (z.B. Heilpädagogik plus Logopädie), oder in *zeitlich versetzten Blöcken* (z.B. im ersten Halbjahr Heilpädagogik, im zweiten Halbjahr Logopädie) oder mit einem *Schwerpunkt* (z.B. Heilpädagogik mit durchschnittlich sechs Leistungseinheiten im Monat) und einer flankierenden Maßnahme (z.B. Logopädie mit einer Leistungseinheit im Monat).

In Bayern bieten zum Ende des Jahres 2007 rund 90 % der Frühförderstellen die Komplexleistung Frühförderung an.

Berlin

Die Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (und Jugendlicher) mit heilpädagogischen Leistungen im Komplex mit medizinischen Leistungen der Rehabilitation wird in Berlin durch sozialpädiatrische Einrichtungen erbracht. Es existieren keine (interdisziplinären) Frühförderstellen. Aufgabe der fünf klinikgebundenen Sozialpädiatrischen Zentren ist im Schwerpunkt die besonders spezialisierte und seltene medizinische Kompetenzen umfassende sozialpädiatrische Behandlung. Den 14 Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ) obliegt die wohnort- und familiennahe sozialpädiatrische Versorgung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Kinder einschließlich der mobilen Heilmittelversorgung in Kindertagesstätten oder in der Familie. Die sechs Träger der KJA/SPZ sind zur Erbringung von Leistungen nach dem SGB V als Sozialpädiatrische Zentren gem. § 119 SGB V zugelassen. Isolierte heilpädagogische Maßnahmen (die nicht mit medizinischen Maßnahmen i.S. einer Komplexversorgung zusammenhängen) sind nicht Gegenstand der sozialpädiatrischen Versorgung. Die alleinige Förderung mit pädagogischen Mitteln wird in den Kindertagesstätten (mit eigens dafür bereitgestelltem Personal) realisiert.

Im Jahr 2002 wurden in den Sozialpädiatrischen Zentren an Kliniken und in den KJA/SPZ insgesamt rd. 16.400 Berliner Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren behandelt und betreut. 8.500 der insgesamt betreuten Kinder und Jugendlichen waren im Alter von 0 bis unter 6 Jahren. Von diesen wurden rd. 3.200 von den KJA/SPZ begleitet.

Die Vergütung der Leistungen sozialpädiatrischer Einrichtungen erfolgt pauschal. Durchschnittlich werden 10% der Kosten klinikgebundener SPZ vom Land Berlin getragen, durchschnittlich 90% von den Krankenkassen. Für die KJA/SPZ ergibt sich eine durchschnittliche Kostenteilung von 70%, die vom Land Berlin, und 30%, die von den Krankenkassen getragen werden. Dabei handelt es sich um die bislang praktizierte Aufteilung der Kosten. Die Landesrahmenempfehlung (Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin vom 1.10.2005) sieht die Möglichkeit der Anpassung an tatsächliche Leistungsrelationen auf der Grundlage von Dokumentationen vor. Entsprechende Verhandlungen zwischen dem Land Berlin und den Krankenkassen laufen derzeit.

Brandenburg

Im Land Brandenburg existieren insgesamt 44 allgemeine „Frühförder- und Beratungsstellen“ (Haupt- und Neben- bzw. Außenstellen), von denen sieben Einrichtungen auch bzw. überwiegend überregionale Angebote der speziellen Frühförderung für Kinder mit Sinnesbehinderungen vorhalten. Die allgemeinen Frühförderstellen befinden sich zum Teil in kommunaler Trägerschaft (vier Einrichtungen) und sind überwiegend heilpädagogisch ausgerichtet. In Brandenburg sind zudem vier Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet.

Von August 2004 bis Mai 2005 verhandelten die kommunalen Spitzenverbände und die Krankenkassenverbände einen ersten Entwurf einer Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV. Anschließend wurden die Leistungserbringer (LIGA der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Lebenshilfe) in die Verhandlungsrunden einbezogen. Das zuständige Landesministerium bot eine Moderation der Verhandlungen an. Im April 2005 beklagte die Landesregierung, dass zwischenzeitlich in einem Landkreis die Verträge mit drei allgemeinen Frühförder- und Beratungsstellen gekündigt und eine neue Vereinbarung geschlossen worden sei. Die neue Vereinbarung sehe pauschalisierte und budgetierte Entgelte vor und zwingt die Einrichtungen, überwiegend Leistungen der Gruppenförderung anzubieten. Weiter habe eine Umfrage unter den vier Sozialpädiatrischen Zentren in Brandenburg ergeben, dass nur noch fünf kreisfreie Städte und Landkreise die Leistungen Sozialpädiatrischer Zentren anteilig vergüten. Bis 2001 hatten sich Krankenkassen und Kommunen die Fallkosten für die Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum nach einem vereinbarten Schlüssel geteilt (85% : 15%). 13 Kommunen haben die Vereinbarungen gekündigt und entsprechend die Entgeltzahlungen eingestellt. Im September 2005 fasste der Landtag einen Beschluss, mit dem die Landesregierung aufgefordert wurde, sich für einen zügigen Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung einzusetzen. Die Landesregierung unterstützt die Umsetzung der Frühförderungsverordnung im Rahmen des Bündnisses „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“.

Zum Jahresende 2006 lag ein überarbeiteter Entwurf der vorgesehenen Landesrahmenvereinbarung vor, die Beteiligten nahmen nach längerer Verhandlungspause Sondierungsgespräche zu den Fragen der Finanzierung und Kostenteilung der Komplexleistung auf. Die Landesrahmenempfehlung in Brandenburg trat zum 1.7.2007 in Kraft.

Bremen

Die Komplexleistung Frühförderung trifft im Land Bremen auf ein seit 25 Jahren bestehendes, integratives System der „Frühförderung“ in Tagesbetreuungseinrichtungen. Im Land sind neben einem Sozialpädiatrischen Zentrum nach unseren Informationen vier allgemeine Frühförderstellen mit heilpädagogischer Ausrichtung eingerichtet, die Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren betreuen. Für ältere Kinder erfolgt eine integrative Frühförderung in Kindertagesstätten in Form teilstationärer Integrationshilfen.

Der Senat der Bremischen Bürgerschaft plant, „Kompetenzzentren“ für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder einzurichten, da die Kranken- und Sozialversicherungsträger die rechtlich vorgesehenen Frühförderleistungen in der bisherigen Infrastruktur nicht mehr sicherstellen. Um den Ansatz der integrativen Förderung auch in künftigen Strukturen realisieren zu können, soll die Arbeit der zukünftigen Frühförderstellen nach dem SGB IX neu mit entsprechend korrespondierenden anerkannten Schwerpunkteinrichtungen der Kindertagesbetreuung für integrative Frühförderung verknüpft werden. Die zukünftigen Frühförderstellen sollen dabei sowohl Komplexleistungen als auch heilpädagogische Einzelleistungen ambulant und möglichst mobil aufsu-

chend in den Schwerpunkteinrichtungen erbringen. Entsprechend ausgewiesene Schwerpunkteinrichtungen sollen auf vertraglicher Basis systematisch mit den Frühförderstellen zusammenarbeiten und am Standort der Einrichtung räumlich mit einer Frühförderstelle bzw. einer Frühförderaußenstelle vernetzt werden.

Eine Landesrahmenempfehlung lag im Dezember 2007 noch nicht vor.

Hamburg

Die Struktur der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Hamburg ist nach der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) durch „einige spezifische Besonderheiten geprägt wie eine starke Stellung der beiden Sozialpädiatrischen Zentren, eine sehr hohe Versorgungsdichte mit medizinisch-therapeutischen Leistungen (Heilmittel) sowie strukturell noch nicht voll entwickelte mobile, heilpädagogische Frühförderung“. In Hamburg sind insgesamt sechs allgemeine Frühförderstellen (vier Haupt- und zwei Außenstellen) eingerichtet, des Weiteren vier spezielle Frühförderstellen. Die Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern im Alter ab drei Jahren erfolgt integrativ in Tageseinrichtungen für Kinder, seit August 2006 im Rahmen des „Kita-Gutschein-Systems“ in dafür zugelassenen Kindertageseinrichtungen.

In Hamburg trat zum 1. Mai 2005 eine Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV in Kraft. Nach der BSG ist der Prozess der Um- und Neugestaltung des Hilfesystems in Hamburg noch nicht abgeschlossen. Die Komplexleistung Frühförderung wird bisher nicht angeboten. Die BSG plant, demnächst einen umfangreichen Bericht zur Frühförderung in Hamburg zu veröffentlichen, der die bestehenden Leistungen und Leitlinien für die weitere Entwicklung der Frühförderung in Hamburg veranschaulicht und bewertet.

Hessen

In Hessen existieren nach Angaben der Arbeitsstelle Frühförderung und Abfragen bei den Trägerverbänden 44 allgemeine, wohnortnahe Frühförderstellen und zwölf überregionale, spezielle Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen. Knapp die Hälfte der allgemeinen Frühförderstellen ist interdisziplinär besetzt (mehrheitlich werden dabei die drei Fachdisziplinen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie abgedeckt), etwas mehr als die Hälfte ist rein heilpädagogisch besetzt, sie wirken aber über Kooperationsbeziehungen mit niedergelassenen Therapeut/innen interdisziplinär. Die speziellen Frühförderstellen sind pädagogisch besetzt. Neben den allgemeinen und speziellen Frühförderstellen sind landesweit sieben Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet. Nach einer Sonderauswertung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen erhielten innerhalb des Jahres 2002 ca. 10.000 hessische Kinder Leistungen der Frühförderung.

Nach Angaben des Sozialministeriums beliefen sich die Zuwendungen des Landes für die allgemeinen Frühförderstellen und für die speziellen Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen in Form freiwilliger Leistungen auf 2.620.200 € im Haushaltsjahr 2002. Der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat in diesem Zeitraum Zuwendungen für heilpädagogische Fachkräfte in Frühförderstellen (für die heilpädagogische Fachberatung in Kindertagesstätten) in Höhe von 2.832.107 € als Komplementärleistung erbracht. Seit dem 1.1.2006 sind die Landesmittel und die Mittel des LWV kommunalisiert. Die (kommunalisierten) Zuwendungen des Landes zielen auf die Unterstützung interdisziplinärer Leistungen. Es sollen maßgeblich drei Tätigkeitsfelder in der Frühförderung unterstützt werden. Die Zuwendungen untergliederten sich in (1.) eine Sockelfinanzierung für Therapeut/innen, die ein Anstellungsverhältnis mit einer Frühförderstelle besitzen, der Verwendungszweck der Mittel bezieht sich ausdrücklich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Therapeut/innen mit anderen beteiligten Fachprofessionen; (2.) die Finanzierung pädagogischer Mitarbeiter/innen, die behinderten Kindern den Übergang in die Tagesstätte erleichtern und diese und ihre Familien bei diesem Schritt begleiten und unterstützen, und (3.) die Finanzierung externer Ärzt/innen und Therapeut/innen, die mit der Frühförderstelle kooperieren, um diagnostische, medizinisch-therapeutische und pädagogische Leistungen aufeinander abzustimmen und die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans in Form einer umfassenden Planung zu gewährleisten. Dies geschieht in Form von Honorarmitteln. In Hessen wurde diese Art der Finanzierung durch das Land als „Grauzonenfinanzierung“ bezeichnet. Der Begriff solle verdeutlichen, dass zur Finanzierung dieser Leistungen in der Vergangenheit keine originären Leistungsträger zur Verfügung standen.

Zum 1. Januar 2006 ist in Hessen eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV in Kraft getreten. In der Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e.V. vom März 2006 wird u.a. kritisiert, dass es bei der Umsetzung der Landesrahmenempfehlung zu einer Verengung der Leistungsmöglichkeiten von Frühförderstellen kommen und damit das bewährte Hessische System der Frühförderung gefährdet werden könnte. Das betrifft zum einen den Abschnitt „Gegenstand der Vereinbarung“, nach dem die Abgabe von „isolierten“ heilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen nicht mehr möglich zu sein scheint, zum anderen den Abschnitt „Anerkennungsverfahren“, nach dem interdisziplinäre Frühförderstellen neben der Anerkennung durch die Sozialhilfeträger auf der Grundlage der Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII eine Zulassung nach § 124 SGB V benötigen. Hierdurch würden interdisziplinär wirkende Hessische Frühförderstellen, deren Teams mit pädagogisch-psychologischen Fachkräften besetzt sind und Interdisziplinarität rein über Kooperationsbeziehungen realisieren, als Leistungsanbieter der Komplexleistung ausgeschlossen. Nach den uns vorliegenden Informationen ist in Hessen eine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene bis zum Ende 2007 noch nicht gelungen.

Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern sind gegenwärtig 28 allgemeine Frühförderstellen (25 Haupt- und drei Außenstellen), drei spezielle Frühförderstellen sowie zwei Sozialpädagogische Zentren eingerichtet. Nach Angaben der Landesregierung sind im Jahresdurchschnitt 2005 insgesamt rd. 1.800 Kinder mit heilpädagogischen Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Frühförderung unterstützt worden.

Zum 1. Mai 2005 trat in Mecklenburg-Vorpommern eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV in Kraft.

Nach Angaben der Landesregierung gab es im Frühjahr 2006 landesweit noch keine anerkannten interdisziplinären Frühförderstellen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Einzelne Frühförderstellen hätten aber Anträge auf Anerkennung als interdisziplinäre Frühförderstelle gestellt, über die noch nicht entschieden worden sei. Die VIFF-Nord legte zum Jahresende 2006 dar, dass Anträge mehrerer Frühförderstellen auf Anerkennung als interdisziplinäre Frühförderstelle von den Leistungsträgern mit der Begründung abgelehnt wurden, dass die personellen Anforderungen (drei festangestellte Therapeut/innen) nicht erfüllt waren. Nach Informationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes hat eine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene in Mecklenburg-Vorpommern nunmehr begonnen, und es sind mit Stand von Dezember 2007 vier Einrichtungen als interdisziplinäre Frühförderstellen anerkannt worden (darunter zwei Einrichtungen freier Träger und zwei in privater Trägerschaft).

Niedersachsen

In Niedersachsen existieren nach unserem Kenntnisstand 74 allgemeine Frühförderstellen (unter der Bezeichnung „Frühe Hilfen“), die überwiegend heilpädagogisch ausgerichtet sind und im Schwerpunkt mobil-aufsuchende Arbeit leisten, vier spezielle Frühförderstellen sowie – als niedersächsische Besonderheit – 17 „interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams“. Des Weiteren sind landesweit neun Sozialpädagogische Zentren eingerichtet.

Interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams sind in Niedersachsen seit Anfang der 1990er Jahre als Koordinationsmodell in der Frühförderung eingerichtet worden. Sie befinden sich zum Teil in kommunaler Trägerschaft angegliedert an Gesundheitsämter, zum Teil auch in freigemeinnütziger Trägerschaft angegliedert an eine allgemeine Frühförderstelle. Die interdisziplinären Beratungs- und Früherkennungsteams sind mit Kinderärzt/innen, Pädagog/innen (der Frühförderstelle) und Therapeut/innen besetzt. Sie sprechen nach Vorstellung von Kindern mit einer vermuteten Entwicklungsverzögerung gemeinsame Förder- bzw. Therapie-Empfehlungen aus und bewerten die Ergebnisse. Die Kosten der interdisziplinären Beratung und Früherkennung (Diagnostik) werden anteilig von Land, Sozialhilfeträgern und Krankenkassen getragen. Interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams sind nicht flächendeckend in allen Kreisen Niedersachsens eingerichtet. Soweit sie nicht bestehen, liegt die Früherkennung ausschließlich bei den niedergelassenen Kinderärzt/innen.

Im Rahmen der Gespräche über eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV regte das Niedersächsische Sozialministerium an, das bestehende System – das Nebeneinander von pädagogischer Frühförderung und interdisziplinär arbeitenden Früherkennungsteams – beizubehalten, die 17 Früherkennungsteams jedoch auf 40 auszubauen. Von Seiten der freien Wohlfahrtspflege wurde dagegen argumentiert, dass dies das Nebeneinander von pädagogischen und medizinischen Leistungen in Niedersachsen zementieren und die notwendige Koordination der Hilfen unterbleiben würde. Die Zuwendungen des Landes für die bestehenden Früherkennungsteams würden zudem nur zu den freiwilligen Leistungen zählen und damit möglichen Haushaltskürzungen unterliegen. Die Verhandlungen um eine Landesrahmenempfehlung gestalteten sich nach unseren Informationen schwierig. Das zuständige Landesministerium wurde als Vermittler in die Verhandlungen einbezogen. Zudem hat sich ab Sommer 2007 neben den Leistungsträgern ein Teil der Leistungserbringer an den Verhandlungen beteiligt. Die Landesrahmenvereinbarung steht nach Informationen von Dezember 2007 kurz vor dem Abschluss und sieht eine pauschale Finanzierung mit einer pauschalen Kostenteilung vor.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen sind nach unseren Informationen insgesamt 107 allgemeine Frühförderstellen sowie 16 spezielle Frühförderstellen mit einem überregionalen Versorgungsauftrag eingerichtet. Des Weiteren existieren in Nordrhein-Westfalen gegenwärtig 33 Sozialpädiatrische Zentren.

Im Land ist zum 1. April 2005 die bundesweit erste Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV in Kraft getreten. Die Landesrahmenempfehlung sieht im Gegensatz zu dem später in Kraft getretenen Bayerischen Rahmenvertrag ausdrücklich Vertragsverhandlungen auf örtlicher Ebene vor und spricht sich für eine (im Einzelnen zu verhandelnde) pauschale Kostenteilung zwischen den beteiligten Leistungsträgern aus.

Nach Inkrafttreten der Landesrahmenempfehlung wurden in einer Reihe von „Pilotregionen“ örtliche Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern aufgenommen, die bis Mitte/ Ende 2006 zunächst in den kreisfreien Städten Aachen, Dortmund, Köln sowie im Kreis Gütersloh zu einem Abschluss geführt werden konnten (zum Teil mit Wirkung ab 2007). Zusätzlich zu den Pilotregionen gilt dies auch für die Stadt Essen. Inzwischen sind in Nordrhein-Westfalen 8 Frühförderstellen anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen.

Nach § 4 Abs. 2 des Mustervertrages über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen liegt eine Komplexleistung im Sinne der FrühV dann vor, „wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (Förderzeitraum) von in der Regel mindestens einem Jahr Leistungen sowohl aus den Bereichen der medizinisch-therapeutischen als auch der heilpädagogischen

Maßnahmen am Kind notwendig sind, um das übergreifend formulierte Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen“.

Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz werden Leistungen der interdisziplinären Frühförderung in „Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung“ erbracht. Landesweit existieren 8 Zentren zuzüglich 33 Außenstellen. Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder werden auf ärztliche Überweisung vorgestellt und diagnostiziert. Daran schließen sich entsprechende medizinisch-therapeutische und/oder (heil-)pädagogische Fördermaßnahmen an, zu deren Zweck die Kinder ggf. an eine der Außenstellen weitervermittelt werden. Die Sozialpädiatrischen Zentren stehen Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit Auffälligkeiten in allen Entwicklungsbereichen, chronischen Erkrankungen, Behinderungen und drohenden Behinderungen offen, während die Leistungen der Frühförderung bis zum individuellen Schuleintrittsalter erbracht werden. Weiter sind vier spezifische Frühförderstellen an den Landesschulen für Kinder mit Seh-, Hör- und Hörsprachbehinderungen eingerichtet. Ferner gibt es vereinzelt kleine, rein heilpädagogische Frühförderangebote freier Träger, die zum Teil über Kooperationsverträge an die Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie angebunden sind.

Nach Angaben des Sozialministeriums stellt die „enge Verzahnung von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich eine Besonderheit dar“. Die „duale Struktur“ habe sich in der Vergangenheit „unter fachlichen Gesichtspunkten und im Hinblick auf die Finanzierbarkeit der Einrichtungen bewährt“. Das Land unterstützt die Zentren über eine freiwillige institutionelle Förderung. Darüber hinaus setzt sich die Finanzierung der Zentren in Rheinland-Pfalz zusammen aus Quartalspauschalen der Krankenkassen für die ärztlichen Leistungen, Pauschalen der Krankenkassen für Leistungen nach § 43a SGB V, Einzelpauschalen der Krankenkassen für medizinisch-therapeutische Leistungen sowie Kostenerstattungen der örtlichen Sozial- und Jugendhilfeträger nichtmedizinischer Leistungen nach Antragstellung und Bescheid.

Im April 2007 meldete die Landesregierung, dass die finanzielle Förderung der Zentren auch künftig gesichert sei. Krankenkassen und kommunale Spitzenverbände hätten sich unter Moderation des Sozialministeriums auf eine „gerechtere Verteilung“ der finanziellen Förderung der Zentren geeinigt. Nach der Vereinbarung übernehmen die Krankenkassen rückwirkend zum 1. Januar 2006 eine Diagnostikpauschale in Höhe von 195 € je Fall; die Kommunen übernehmen weitere Leistungen im Rahmen der Frühförderung für jedes zur Erstuntersuchung vorgestellte Kind in Höhe von bis zu 200 €. Die Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV wurde im November 2007 von den Verhandlungspartnern unterzeichnet.

Saarland

Im Saarland existieren 10 allgemeine und zwei spezielle Frühförderstellen, des Weiteren ein Sozialpädiatrisches Zentrum. Die allgemeinen Frühförderstellen sind heilpädagogisch ausgerichtet und legen ihren Schwerpunkt auf die mobil-aufsuchende Frühförderung. An der Finanzierung der (allgemeinen und speziellen) Frühförderstellen ist gegenwärtig alleine der überörtliche Sozialhilfeträger beteiligt.

Zum 1. April 2006 trat im Saarland eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV in Kraft. Eine saarländische Besonderheit stellt der in der Empfehlung vorgesehene „Fachausschuss“ unter ärztlicher Verantwortung dar. In ihm sind die Disziplinen der Frühförderstelle und Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe vertreten. Nach Möglichkeit sollen auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Träger der Jugendhilfe teilnehmen. Dem Fachausschuss werden die Ergebnisse der interdisziplinären Eingangsdiagnostik vorgelegt, wenn nach dieser eine Komplexleistung angezeigt ist.

Zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Frühförderstellen und dem Leistungsträger werden weiterhin Verhandlungen zum Abschluss eines Rahmenvertrags nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Frühförderung geführt (Stand: Dezember 2007). Vorgesehen sind landesweit einheitliche Maßnahmepauschalen. Grundpauschale und Investitionsbetrag sollen individuell mit den Trägern der einzelnen Frühförderstellen verhandelt werden.

Sachsen

In Sachsen existieren 40 allgemeine Frühförderstellen („Frühförder- und Frühberatungsstellen“) und zwei spezielle Frühförderstellen. Des Weiteren sind landesweit sechs Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet. Außerdem gibt es in Chemnitz ein Audiologisch-phoniatrisches Zentrum, eine ambulante Einrichtung speziell für Kinder mit Hör- und Sprachbehinderungen.

Zum 1. Oktober 2005 ist in Sachsen eine Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV in Kraft getreten. Eine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene begann, nachdem die Sächsischen Städte und Landkreise nach und nach der Rahmenvereinbarung beigetreten sind. Ende des Jahres 2007 bietet etwa die Hälfte der Frühförderstellen die Komplexleistung Frühförderung an.

Von Seiten der VIFF-Sachsen wurden im Juli 2006 als Probleme benannt, dass die Eingangsdiagnostik in interdisziplinären Frühförderstellen zwar grundsätzlich für alle Kinder übernommen wird, die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik aber nur dann, wenn eine Komplexleistung erbracht wird. Weiter würden für eine interdisziplinäre Arbeitsweise erforderliche Leistungen („Korridorleistungen“) von keinem Leistungsträger finanziert. Das treffe auch für das in der Rahmenvereinbarung vorgesehene offene Beratungsangebot für einen niedrighschweligen Zugang zu. Die bislang zur Unterstützung

interdisziplinärer Leistungen gewährten Landeszuwendungen auf freiwilliger Basis stünden nach Kürzungen in den vergangenen Jahren weiter und mit Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung verstärkt unter Druck. Schließlich werde die traditionell enge Kooperation und Arbeitsteilung zwischen interdisziplinären Frühförderstellen (pädagogisch-psychologische und auch therapeutische Leistungen) und Sozialpädiatrischen Zentren (neuropädiatrische Diagnostik und Behandlungsformen) in Frage gestellt, da Parallelbehandlungen in der Rahmenvereinbarung ausgeschlossen werden.

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt sind 22 allgemeine, heilpädagogisch ausgerichtete Frühförderstellen, vier spezielle Frühförderstellen und zwei Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet. Bis Juni 2004 waren die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe für die allgemeine Frühförderung zuständig. Zum 1. Juli 2004 kam es zu einem Wechsel der Zuständigkeiten für ambulante Leistungen, in deren Folge das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe (Sozialagentur) die Frühförderung in seine Zuständigkeit übernahm und den Leistungserbringern mitteilte, dass die bisherige Leistung ohne Anerkennung einer Rechtspflicht weiterhin in der bisherigen Höhe vergütet werde, längstens jedoch bis Ende 2004. Nach einer Bestandsaufnahme durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe hinsichtlich der zum 1. Juli 2004 übernommenen ambulanten Leistungen wurden von der Sozialagentur 50 €, später revidiert auf 70 € pro Leistungseinheit als notwendig angesehen und die Dauer einer Leistungseinheit auf 90 Minuten inklusive Vor- und Nachbereitung „im Regelfall einmal wöchentlich“ festgelegt. Zuvor waren große Schwankungen hinsichtlich der Dauer einer Fördereinheit (von 105 bis 180 Minuten) und ihrer Kosten (von 22 bis 51 € je Fördereinheit) festgestellt worden.

Am 15. Mai 2007 meldete das Ministerium für Gesundheit und Soziales die Unterzeichnung einer Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV, die zum 1. Juni 2007 in Kraft trat.

Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein existieren nach den uns vorliegenden Adressdaten 35 allgemeine Frühförderstellen freier Träger inklusive privater gewinnorientierter Anbieter. Diese Anzahl allgemeiner Frühförderstellen steht in Widerspruch zu der jüngst von der Landesregierung genannten Zahl von 56 bzw. rd. 60 Frühförderstellen. Möglicherweise wurden hier weitere kommerzielle Anbieter einbezogen. Sicher ist hingegen, dass die allgemeinen Frühförderstellen freier Träger in der Regel heilpädagogisch ausgerichtet und nur vereinzelt interdisziplinär besetzt sind. Das Angebot der allgemeinen Frühförderstellen wird ergänzt durch zwei Sozialpädiatrische Zentren. Darüber hinaus werden in den beiden landeseigenen Schulen für Kinder mit Sinnesbeeinträchtigungen spezielle Frühförderangebote vorgehalten.

Nach einem aktuellen Bericht der Landesregierung ist davon auszugehen, dass die Praxis bei der Gewährung von Leistungen der Frühförderung in den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich ist. So gewährten einzelne örtliche Träger der Sozialhilfe die Frühförderung in den vergangenen Jahren vor allem für die Altersgruppe der unter 3-jährigen Kinder, während für über 3-jährige Kinder heilpädagogische Leistungen überwiegend im Rahmen von (Einzel-)Integrationsmaßnahmen in Kindergärten (teilstationäre Leistungen) erbracht wurden. Die Änderung dieser Praxis, das heißt die Gewährung dieser Leistungen nunmehr in ambulanter Form, finde nicht immer die Zustimmung der Einrichtungen und der Eltern.

Zum 1. April 2007 trat in Schleswig-Holstein eine Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 FrühV in Kraft. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren beabsichtigt, entstehende Interdisziplinäre Frühförderstellen wissenschaftlich begleiten zu lassen. Im Rahmen einer Evaluation soll zukünftig eine pauschale Kostenaufteilung zwischen den Rehabilitationsträgern ermittelt werden.

Thüringen

In Thüringen existieren gegenwärtig 32 allgemeine Frühförderstellen, die oftmals organisatorisch mit einem integrativen Kindergarten „unter einem Dach“ zusammengefasst sind, fünf spezielle Frühförderstellen sowie vier Sozialpädiatrische Zentren. Das Thüringer Sozialministerium förderte von 1991 bis 2004 den Aufbau der Frühförderstellen mit Zuwendungen in Höhe von insgesamt rd. 5 Mio. €. Es handelte sich um freiwillige Leistungen, deren Gewährung seit 2005 vorerst eingestellt wurde. Gefördert wurden neben den Sachausgaben der Einrichtungen vorrangig Honorarkosten zur Umsetzung der interdisziplinären Arbeit sowie Kosten für Fortbildung und Supervision. Die Sozialpädiatrischen Zentren wurden von 1998 bis 2004 mit rd. 2,7 Mio. € unterstützt.

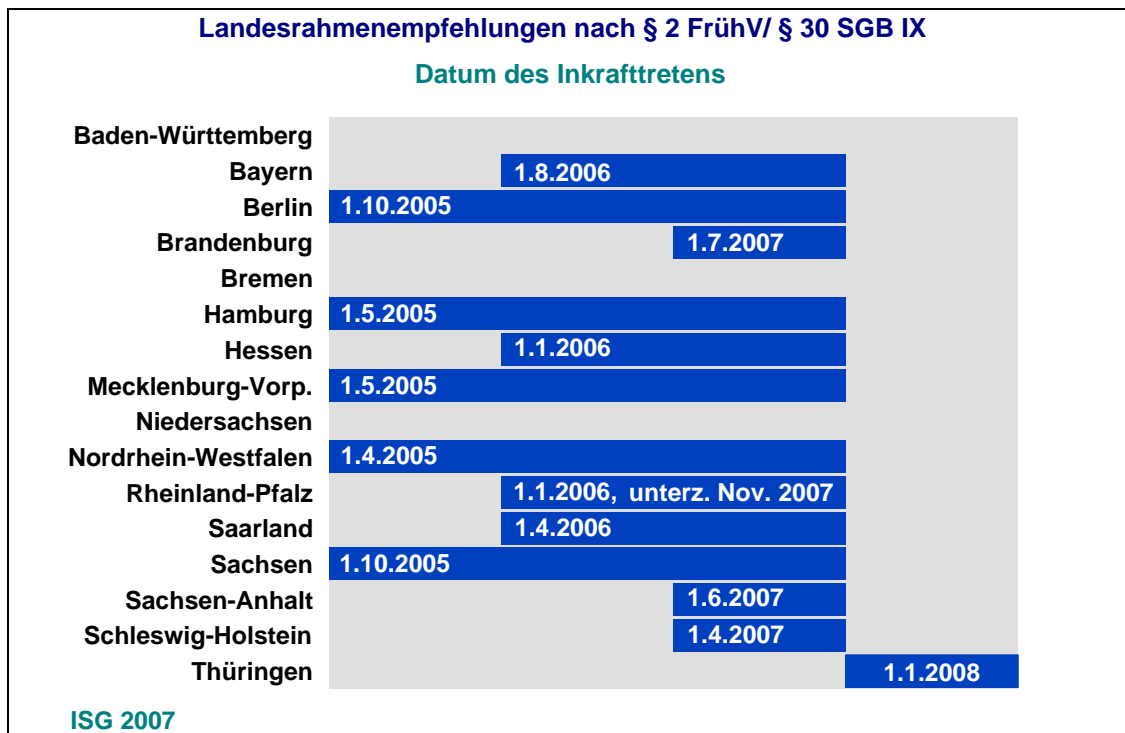
Die VIFF-Thüringen berichtet im November 2006, dass allen Kreisen und kreisfreien Städten mit Verabschiedung des Thüringer Familienförderungsgesetzes rd. 60.000 € pro Jahr zur Förderung von Kindern mit erhöhtem Förderbedarf zur Verfügung gestellt werden. Einige kreisfreie Städte würden dieses Geld den Frühförderstellen zur Verfügung stellen, andere völlig neue Dienste schaffen und gleichzeitig die Frühfördermittel kürzen. In einem Kreis seien die Aufgaben gänzlich auf eine Beratungsfunktion von Kindertagesstätten reduziert worden, so dass es hier keine ambulante Förderung mehr gebe.

Die Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der FrühV trat zum 1.1.2008 in Kraft.

3.3 Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV

Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV sind bislang in dreizehn Bundesländern in Kraft getreten:

Abbildung 1:



- *Bayern:* „Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern“, in Kraft seit dem 01.08.2006.
- *Berlin:* „Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin (zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 der Frühförderungsverordnung zu § 30 SGB IX)“, in Kraft seit dem 01.10.2005.
- *Brandenburg:* „Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) im Land Brandenburg“, in Kraft seit dem 01.07.2007.
- *Hamburg:* „Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 Satz 3 der Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung vom 24.06.2003 – FrühV) nach § 30 Abs. 1 SGB IX im Bereich der Freien und Hansestadt Hamburg (die Landesrahmenempfehlung ist vorläufig und hat rein empfehlenden Charakter)“, in Kraft seit dem 01.05.2005.

- *Hessen*: „Vereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“, in Kraft seit dem 01.01.2006.
- *Mecklenburg-Vorpommern*: „Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern“, in Kraft seit dem 01.05.2005.
- *Nordrhein-Westfalen*: „Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Verordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“, in Kraft seit 01.04.2005.
- *Rheinland-Pfalz*: „Vereinbarung über das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und der Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Rheinland-Pfalz zur Erbringung der Komplexleistung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder im Rahmen der §§ 119, 43a SGB V, § 30 SGB IX i.V.m. § 2 Frühförderungsverordnung“, rückwirkend zum 01.01.2006 in Kraft getreten.
- *Saarland*: „Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Rechtsverordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“, in Kraft seit dem 01.04.2006, sowie „Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Frühförderung“, Entwurf Stand 16.05.2006.
- *Sachsen*: „Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung)“, in Kraft seit dem 01.10.2005, sowie „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Diagnostik in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) gemäß § 5 Frühförderungsverordnung (FrühV)“.
- *Sachsen-Anhalt*: „Landesrahmenempfehlung des Landes Sachsen-Anhalt zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“, in Kraft seit dem 01.06.2007.
- *Schleswig-Holstein*: „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (BGBl. I. 2003 S. 998) in Schleswig-Holstein“, in Kraft seit dem 01.04.2007.
- *Thüringen*: „Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24.06.2003“, in Kraft seit dem 01.01.2008.

3.3.1 Vertragspartner

In Bayern, in Brandenburg, in Hamburg, in Rheinland-Pfalz und im Saarland sind sowohl *Leistungsträger* als auch *Leistungserbringer* Vertragspartner. Als Leistungserbringer sind beteiligt:

- Bayern: Trägerverbände der Interdisziplinären Frühförderung
- Brandenburg: Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Lebenshilfe
- Hamburg: Zwei Wohlfahrtsverbände, zwei Sozialpädiatrische Zentren sowie die Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten
- Rheinland-Pfalz: Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung
- Saarland: Liga der freien Wohlfahrtspflege, Landesarbeitsgemeinschaft der Träger von Frühförderstellen, das Sozialpädiatrische Zentrum.

In Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und in Thüringen sind dagegen *ausschließlich* die *Leistungsträger* Vertragspartner. Die Leistungsträger werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und in der Regel durch die kommunalen Spitzenverbände (bzw. die zuständigen Behörden in den Stadtstaaten) vertreten. Ausnahmen sind hier das Saarland und Sachsen-Anhalt, wo anstelle der kommunalen Spitzenverbände das jeweils zuständige Landesministerium Vertragspartner ist. In Mecklenburg-Vorpommern ist das zuständige Landesministerium zusätzlich zu den kommunalen Spitzenverbänden Vertragspartner.

3.3.2 Zugang: Interdisziplinäre Diagnostik, Förder- und Behandlungsplan

Das *offene Beratungsangebot* wird als ein wichtiges Leistungsmodul der familien- und wohnortnahen Frühförderstellen beschrieben; die Eltern können mit ihren Kindern eine Beratung in der Frühförderstelle wahrnehmen. Sofern hierbei ein Bedarf angezeigt scheint, der eine Frühförderung als Komplexleistung impliziert, werden weitere Schritte eingeleitet. In den Landesrahmenempfehlungen von sieben Ländern (Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen) ist das offene Beratungsangebot explizit Leistungsbestandteil einer Interdisziplinären Frühförderstelle.

Um Komplexleistungen erhalten zu können, bedarf es immer eines *Förder- und Behandlungsplans*, welcher Ergebnis der interdisziplinären Eingangsdagnostik ist und in der Interdisziplinären Frühförderstelle oder im Sozialpädiatrischen Zentrum unter pädagogischer und ärztlicher Verantwortung erstellt wird.

In Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen und in Sachsen übernehmen die ärztliche Verantwortung ausschließlich niedergelassene Ärzt/innen bzw. Vertragsärzte und in

Schleswig-Holstein ausschließlich Ärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.¹⁹ In Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, im Saarland, in Sachsen-Anhalt und in Thüringen sind hier sowohl niedergelassene Ärzt/innen als auch Ärzt/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zugelassen. In Nordrhein-Westfalen kann die ärztliche Verantwortung entweder von niedergelassenen Ärzt/innen bzw. Vertragsärzt/innen oder von eigenen Ärzt/innen der Interdisziplinären Frühförderstelle übernommen werden. In Rheinland-Pfalz übernimmt der Arzt/ die Ärztin des jeweiligen Zentrums für Sozialpädiatrie und Frühförderung die ärztliche Verantwortung.

3.3.3 Zugang: Antrags- und Entscheidungsverfahren

Die Anträge werden in der Regel vor Beginn der Behandlung beim zuständigen Leistungsträger eingereicht. In Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen sollen die Anträge explizit zunächst dem örtlichen Sozialhilfeträger vorgelegt werden. Die Entscheidungsverfahren reichen von einer mit allen Beteiligten besetzten Fallkonferenz (Saarland) über das nach § 8 Abs. 1 FrühV vorgesehene Entscheidungsverfahren, nach dem der Antrag bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden kann und sich die Träger innerhalb von 2 Wochen abstimmen und über die Leistungsgewährung entscheiden (Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein) bis hin zu einer separaten Entscheidung der Leistungsträger über die jeweiligen Leistungsbereiche (Bayern, Hessen, Sachsen, Thüringen).

Die saarländische Landesrahmenempfehlung sieht die Entscheidung durch einen Fachausschuss vor, der unter ärztlicher Verantwortung steht, in dem die Disziplinen der Frühförderstelle und Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe vertreten sind und der die Eltern einbeziehen soll.²⁰ Hier wird über Art und Umfang sowie über den Ort der Leistungserbringung (Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum) entschieden.

In Brandenburg und in Nordrhein-Westfalen entscheidet der zuständige Leistungsträger grundsätzlich allein über den Antrag auf Komplexleistung, während in Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein auf § 8 Abs. 1 FrühV bzw. § 14 SGB IX verwiesen wird, nachdem die Entscheidung über die Leistung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans gefällt werden muss.

In Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen entscheiden die beiden Leistungsträger entsprechend ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereiches über die Leistungsge-

¹⁹ Sofern die Eingangsdiagnostik in der Interdisziplinären Frühförderstelle durchgeführt wird.

²⁰ Der MDK und die Träger der Jugendhilfe haben die Möglichkeit, an Sitzungen teilzunehmen, die Eltern sollen ebenfalls einbezogen werden. Der behandelnde Kinderarzt kann an den Sitzungen teilnehmen, ist aber auf jeden Fall über das Ergebnis zu informieren.

währung: Die Sozialhilfeträger entscheiden über die heilpädagogischen Leistungen und die Krankenkassen über die medizinisch-therapeutischen Leistungen.

Schließlich entscheiden in Thüringen die örtlich zuständigen Sozialhilfeträger über die Kostenübernahme hinsichtlich der heilpädagogischen Leistungen, während eine Genehmigung der vom Arzt im Förder- und Behandlungsplan verordneten und im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden medizinisch-therapeutischen Leistungen nicht erforderlich ist.

3.3.4 Kostenteilung

In Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt sind pauschalisierte Kostenteilungen zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern vorgesehen,²¹ während in Bayern, in Hessen, in Rheinland-Pfalz, im Saarland, in Sachsen und in Thüringen mit den jeweiligen Leistungsträgern einzeln abgerechnet wird. In Hamburg und in Mecklenburg-Vorpommern sollen die Entgelte für die Komplexleistungen in gesonderten Vereinbarungen geregelt werden.

Pauschaliertes Verfahren

Das Kostenteilungsverfahren in Berlin bestand bereits vor dem Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Interdisziplinären Frühförderung und wird nun fortgeführt. In Brandenburg wurden die Regelungen zur Kostenteilung ausschließlich für die Interdisziplinären Frühförderstellen formuliert. Hiernach tragen die Krankenkassen 85% der Kosten für die Diagnostik und die örtlichen Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger 15%. Die Kosten zur Förderung und Behandlung übernehmen zu 80% die örtlichen Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger und zu 20% die Krankenkassen. Die Abrechnungsmodalitäten sind in den regionalen Vergütungsvereinbarungen zu regeln. In Nordrhein-Westfalen werden die pauschalierten Entgelte zwischen den Leistungsträgern vor Ort vereinbart. In Sachsen-Anhalt tragen die Krankenkassen 80% der Leistungen der Eingangsdagnostik und die Sozialhilfe- bzw. Jugendhilfeträger 20%. Die Leistungen des SPZ werden ebenfalls im Verhältnis 80% Krankenkassen zu 20% Sozialhilfe-/ Jugendhilfeträger geteilt. Die Leistungen in einer Interdisziplinären Frühförderstelle tragen dagegen zu 80% die Sozialhilfe-/ Jugendhilfeträger und zu 20% die Krankenkassen.

Einzelabrechnung

In Bayern sind die Entgeltsätze sowohl für Leistungen im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen als auch im Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfeträger definiert und mit €-Beträgen hinterlegt. In Hessen, im Saarland, in Sachsen, in Schleswig-Holstein und in Thüringen sind die Zuständigkeiten der beiden Leistungsträger ebenfalls klar voneinander getrennt, wobei die Höhe der Vergütung in keinem dieser Länder festge-

²¹ Einzelne Rückmeldungen lassen erkennen, dass dies nicht in allen Kommunen auch tatsächlich umgesetzt wird, vgl. z.B. das Zitat aus Brandenburg unten auf S. 54.

legt ist, es wird viel mehr auf die leistungsrechtlichen Grundlagen (SGB V und SGB XII) sowie auf die jeweiligen Vereinbarungen vor Ort verwiesen. In Rheinland-Pfalz werden die Leistungen nach bestehenden Regelungen mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger abgerechnet.

3.3.5 Qualitätssicherung

Frühförderstellen, die in Zukunft Leistungen der Frühförderung als Komplexleistung erbringen und damit Interdisziplinäre Frühförderstellen werden möchten, müssen interdisziplinär zusammenarbeiten und entsprechende räumliche und sächliche Ausstattungen vorweisen.

In Bayern, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen müssen die Frühförderstellen hierfür eine Zulassung beantragen und die entsprechenden Ausstattungsmerkmale nachweisen (in Bayern sind entsprechende Formblätter zur personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattung vorgesehen, die landesweit gültig sind). In Sachsen müssen die Interdisziplinären Frühförderstellen auf Verlangen der Leistungsträger Kooperationen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität nachweisen und zudem über eine abgeschlossene Leistungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII verfügen. In Schleswig-Holstein wird die Anerkennung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der GKV von dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger ausgesprochen.

Personelle Anforderungen

Die personelle Ausstattung in den *Interdisziplinären Frühförderstellen* muss zur Durchführung der Komplexleistung geeignet sein, die nach § 30 SGB IX je nach Bedarf nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Maßnahmen und die Beratung der Erziehungsberechtigten umfassen kann. Hierzu finden sich in einigen Bundesländern konkrete Vorgaben. Hamburg, das Saarland und Sachsen-Anhalt stellen auf die Festanstellung von mindestens drei Fachkräften ab, in Thüringen müssen zusätzlich zur Leitung drei Fachkräfte vorgehalten werden, von denen zwei festangestellt sein müssen. Schleswig-Holstein sieht vier festangestellte Fachkräfte vor, Brandenburg fünf und Mecklenburg-Vorpommern sechs:

- *Bayern:* Für den medizinisch-therapeutischen Bereich sind Fachkräfte aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Sprachtherapie vorzuhalten, für den sozial-heilpädagogischen Bereich und für den psychologischen Bereich jeweils mindestens eine Fachkraft. Eine Festanstellung der Leitung sowie jeweils eines Vertreters/ einer Vertreterin aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich, aus dem heilpädagogischen Bereich und aus dem psychologischen Bereich wird aus Qualitätsgesichtspunkten erwartet.
- *Brandenburg:* Mindestens drei festangestellte Fachkräfte aus dem heilpädagogischen Bereich und zwei festangestellte Fachkräfte aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Die Interdisziplinäre Frühförderstelle muss mindestens zwei

unterschiedliche Fachgebiete aus dem heilpädagogischen Bereich und zwei unterschiedliche Fachgebiete aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich abdecken.

- *Hamburg und Sachsen-Anhalt*: Mindestens drei festangestellte Fachkräfte aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich.
- *Mecklenburg-Vorpommern*: Mindestens drei festangestellte pädagogische Fachkräfte und mindestens drei festangestellte medizinisch-therapeutische Fachkräfte jeweils in Voll- oder Teilzeit.
- *Saarland*: Mindestens drei Vollzeitstellen mit festangestellten Fachkräften aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich, die vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt sind.
- *Schleswig-Holstein*: Mindestens drei fachliche Leiter/innen für den medizinisch-therapeutischen Bereich (ganztätig) und ein/e weitere/r Mitarbeiter/in aus dem heilpädagogischen Bereich.
- *Thüringen*: Neben der Leitung mindestens eine Fachkraft aus dem heilpädagogischen Bereich und zwei aus unterschiedlichen Professionen aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Davon sind mindestens ein/e Heilpädagog/in und ein/e Therapeut/in mit mindestens 20 Stunden je Woche fest anzustellen. Für die Leitungsfunktion sind eine Festanstellung sowie der Nachweis über entsprechende Qualifikation notwendig.

Kooperationen mit in den jeweiligen Interdisziplinären Frühförderstellen nicht festgestellten Berufsgruppen sind ausdrücklich geboten, wobei diese vertraglich gebunden sein müssen und die Kooperationspartner in die Arbeit der Interdisziplinären Frühförderstelle eingebunden werden sollen. Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt formulieren hier explizit, dass „virtuelle Interdisziplinäre Frühförderstellen“ ausgeschlossen sind. Thüringen untersagt Kooperationsverträge mit einem Umfang von weniger als 10 Stunden je Woche.

Die personelle Ausstattung der *Sozialpädiatrischen Zentren* wird in Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland detailliert aufgeführt. Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen verweisen dagegen auf die Anforderungen gemäß § 119 SGB V und die bereits genannten personellen Anforderungen zur Erbringung von Frühförderung als Komplexleistung. In Berlin, wo allein die Sozialpädiatrischen Zentren die Frühförderung als Komplexleistung erbringen, sind detaillierte Anforderungen zum Personal und zu Kooperationen vereinbart worden.

Räumliche und sächliche Ausstattung

In Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, im Saarland, in Sachsen-Anhalt und in Schleswig-Holstein werden allgemeine Anforderungen für die räumliche und die sächliche Ausstattung zur Durchführung der Komplexleistung Früherkennung/ Frühförderung in Interdisziplinären Frühförderstellen formuliert. Diese

müssen geeignet sein, um die Diagnostik, Förderung/ Behandlung der Kinder und die Beratung der Eltern/ Bezugsperson(en) durchführen zu können. Bei den Anforderungen an die Sozialpädiatrischen Zentren wird zudem ein zeitgemäßer Standard der apparativen Ausstattung für Diagnostik und Therapie gefordert.

4 Grundstrukturen der Frühförderung in Deutschland

4.1 Ergebnisse der bundesweiten Befragung allgemeiner Frühförderstellen

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden schriftliche Befragungen der allgemeinen und speziellen Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland durchgeführt, die jeweils als Vollerhebungen konzipiert waren. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Befragung allgemeiner Frühförderstellen dargestellt.

4.1.1 Grundgesamtheit und Stichprobe der Befragung

Das Adressverzeichnis „Frühförderung in Deutschland“ (Stand: Juni 2005) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales umfasst mehr als 1.000 Adressen. Allerdings sind allgemeine und spezielle Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrische Zentren nicht vollständig aufgeführt, und darin sind auch z.B. therapeutische Praxen und integrative Kindertagesstätten aufgelistet. Trotz dieser Einschränkungen bietet das Adressverzeichnis den relativ besten Gesamtüberblick und diente daher als Grundlage für die Ermittlung weiterer bzw. revidierter Adressdaten. Zu diesem Zweck wurden weitere Adressverzeichnisse von Frühförderstellen gesichtet und mit den vorliegenden Angaben abgeglichen. Es handelte sich um Listen, die von den zuständigen Länderministerien im Rahmen ihres Informationsangebots vorgehalten werden bzw. die auf Anfrage von Arbeitsstellen Frühförderung und von Trägerverbänden zur Verfügung gestellt wurden.

Nach der auf diese Weise neu erstellten Gesamtliste ist zum Jahresende 2006 von bundesweit insgesamt 635 allgemeinen Frühförderstellen (Haupt- und Nebenstellen) sowie 108 speziellen Frühförderstellen (zuzüglich rd. 332 Sonderpädagogischer Beratungsstellen in Baden-Württemberg) auszugehen.

An der als Vollerhebung konzipierten Befragung allgemeiner Frühförderstellen beteiligten sich insgesamt 265 Einrichtungen. Bei einer Grundgesamtheit von 635 Einrichtungen liegt die Beteiligungsquote bei 42%. Anzumerken ist hier, dass – wie oben angeführt – die Grundgesamtheit Haupt- und Nebenstellen umfasst und auch letzteren ein Fragebogen zugesandt wurde. Der Grund dafür war, dass sich aufgrund des erstellten Adressverzeichnisses nicht immer im Vorhinein sicher sagen ließ, ob es sich bei der Einrichtung um eine Haupt- oder Nebenstelle handelte. Weiter war es zum Teil fraglich, ob es sich bei identifizierten Neben- bzw. Außenstellen eher um personell und organisatorisch abhängige „Satelliten“ der Hauptstellen handelte oder um weitgehend eigenständige Einrichtungen. Maßgabe war es aber, keine Einrichtung möglicherweise ungerechtfertigt aus der Befragung auszuschließen. Aus dem Rücklauf wird allerdings ersichtlich, dass sich nur Hauptstellen beteiligten, die die Fragen ggf. für ihre Nebenstellen mit beantworteten. Dies spielt vor allem für die Beteiligungsquote der bayerischen Frühförderstellen eine Rolle, da hier vergleichsweise viele Nebenstellen einge-

richtet sind. Kalkuliert man die Beteiligung auf Basis der Hauptstellen, dann beträgt sie in Bayern 41% und insgesamt 44%. Stellt man die Freiwilligkeit der Befragung in Rechnung, ihre Schriftlichkeit und ihren Umfang sowie den Befragungstermin zum Jahresende 2006, dann ist die realisierte Beteiligung als sehr zufriedenstellend anzusehen. Förderlich war in diesem Zusammenhang zum einen, dass die Trägerverbände die Befragung unterstützten und zur Teilnahme aufriefen, zum anderen, dass die Rücklauffrist für ausgefüllte Fragebogen auf Wunsch einer Reihe von Einrichtungen verlängert wurde.

Die beteiligten Einrichtungen stellen ein gutes Abbild der Grundgesamtheit dar, deshalb können die Befragungsergebnisse als repräsentativ angesehen werden. Entscheidend dafür ist, dass sich Frühförderstellen in allen Ländern und aller Trägerverbände beteiligt haben. Die Beteiligungsquoten nach Ländern und Trägerverbänden streuen dabei nur gering um die jeweiligen Durchschnittswerte der Gesamtbeteiligung. Daraus lässt sich ableiten, dass es zu keiner systematischen Verzerrung der Stichprobe gekommen ist.

Tabelle 4:

Schriftliche Befragung regionaler Frühförderstellen (Dezember 2006)			
Beteiligung nach Ländern			
Land	Grund- gesamtheit	Stich- probe	Beteili- gung
Baden-Württemberg	36	22	61%
Bayern	129	39	30%
Berlin			
Brandenburg	44	21	48%
Bremen	4	2	50%
Hamburg	6	2	33%
Hessen	44	21	48%
Mecklenburg-Vorpommern	28	10	36%
Niedersachsen	91	36	40%
Nordrhein-Westfalen	107	46	43%
Rheinland-Pfalz	5	3	60%
Saarland	12	8	67%
Sachsen	40	14	35%
Sachsen-Anhalt	22	5	23%
Schleswig-Holstein	35	19	54%
Thüringen	32	17	53%
gesamt	635	265	42%

Tabelle 5:

Schriftliche Befragung regionaler Frühförderstellen (Dezember 2006) Beteiligung nach Trägern			
Träger	Grund- gesamtheit	Stich- probe	Beteili- gung
Arbeiterwohlfahrt	21	12	57%
Arbeiter Samariter Bund	5	2	40%
Caritasverband/ kath. Träger	77	35	45%
Deutsches Rotes Kreuz	6	2	33%
Diakonisches Werk/ ev. Träger	67	33	49%
Lebenshilfe	285	101	35%
gemeinnützige Vereine/ GmbHs*	121	63	52%
Kommune (Stadt/ Kreis)	39	14	36%
privat-gewerbliche Träger	14	3	21%
gesamt	635	265	42%

*) ohne Zuordnung zu einem der genannten Trägerverbände

4.1.2 Personalkapazitäten, Leistungsstrukturen und Kooperationsbeziehungen

Leistungs- und Vergütungsstrukturen allgemeiner Frühförderstellen ergeben sich in starker Abhängigkeit von deren jeweiliger Personalstruktur. Leistungen der Frühförderung setzen entsprechend qualifiziertes Personal voraus.

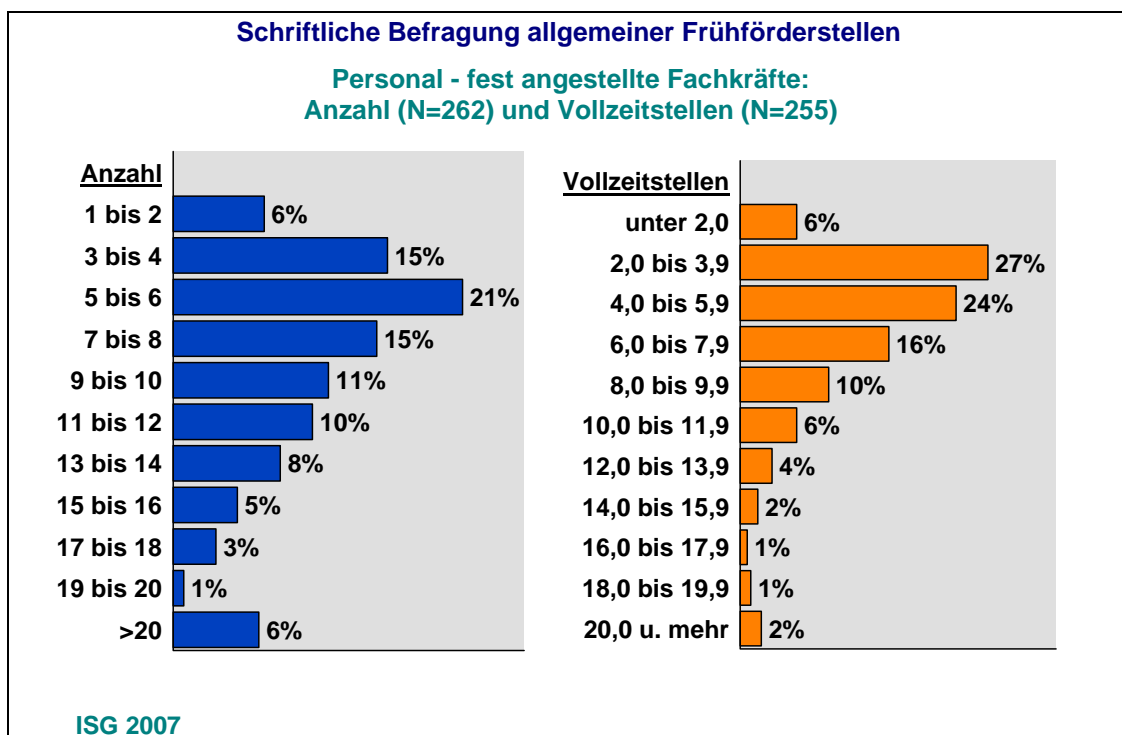
Anzahl und Vollzeitäquivalente der Fachkräfte

In den befragten Frühförderstellen waren zum Jahresende 2006 insgesamt rd. 2.500 Fachkräfte mit umgerechnet rd. 1.700 Vollzeitäquivalenten festangestellt. Nicht mit eingerechnet sind an dieser Stelle z.B. Verwaltungskräfte. Im Bundesdurchschnitt verfügt eine allgemeine Frühförderstelle damit über 9,45 festangestellte Fachkräfte mit 6,58 Vollzeitstellen, die Hälfte der Einrichtungen beschäftigt weniger als 7 Mitarbeiter/innen mit 5,48 Vollzeitstellen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit von 635 allgemeinen Frühförderstellen in Deutschland beträgt die Anzahl festangestellter Fachkräfte geschätzt rd. 6.000 Personen auf umgerechnet rd. 4.200 Vollzeitstellen.

Die Befragungsergebnisse weisen eine große Varianz der Mitarbeiterzahlen aus.²²

²² Wir weisen darauf hin, dass hier und im Folgenden Anteilswerte (Prozentzahlen) der besseren Lesbarkeit halber gerundet ausgewiesen werden. Aus diesem Grund können sich Abweichungen in der Summe von 100% ergeben.

Abbildung 2:



Es gibt – gemessen an der Anzahl der festangestellten Fachkräfte – eine Reihe relativ kleiner Frühförderstellen. So verfügen 6% der Frühförderstellen über weniger als drei festangestellte Fachkräfte, weitere 15% über drei bis vier Fachkräfte. Gleichzeitig existieren auch vergleichsweise große Einrichtungen. 10% der befragten Frühförderstellen beschäftigen mehr als 16 Fachkräfte. Betrachtet man die Vollzeitäquivalente der festangestellten Fachkräfte, dann ergibt sich ein Verteilungsbild, nach dem rd. die Hälfte (51%) der Frühförderstellen über zwei bis unter sechs Vollzeitstellen verfügen und rd. ein Viertel (26%) über sechs bis unter 10 Vollzeitstellen. Auf mehr als 10 Vollzeitstellen können insgesamt 16% der Frühförderstellen zurückgreifen, auf weniger als zwei Vollzeitstellen 6%.

Die Mitarbeiterzahlen der Frühförderstellen variieren auch in den Ländern stark. Auffällig ist, dass die Frühförderstellen in den westlichen Bundesländern im Durchschnitt in der Regel größer sind als die in den östlichen Bundesländern. Besonders hohe Mittelwerte ergeben sich dabei für die Frühförderstellen in Bayern und im Saarland. In diesen Ländern wie auch in Hessen beschäftigt die Hälfte der Frühförderstellen mehr als 10 Fachkräfte. Das gleiche Bild ergibt sich bei länderspezifischer Betrachtung der durchschnittlichen Vollzeitäquivalente.

Tabelle 6:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Anzahl fest angestellter Fachkräfte nach Ländern						
Land	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	Summe
Baden-Württemberg	22	2	13	7	7	160
Bayern	39	3	45	13	11	514
Brandenburg	21	1	17	8	7	163
Bremen	2	10	10	10	10	20
Hamburg	2	2	6	4	4	8
Hessen	20	4	22	10	11	208
Mecklenburg-Vorp.	10	2	11	5	5	53
Niedersachsen	34	1	45	11	8	361
Nordrhein-Westfalen	46	2	86	11	9	495
Rheinland-Pfalz	3	1	2	2	2	5
Saarland	8	5	30	16	16	129
Sachsen	14	1	20	7	6	93
Sachsen-Anhalt	5	3	8	5	4	24
Schleswig-Holstein	19	1	25	9	6	165
Thüringen	17	2	7	5	4	77
Deutschland	262	1	86	9	7	2.475

Tabelle 7:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Vollzeitstellen fest angestellter Fachkräfte nach Ländern						
Land	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	Summe
Baden-Württemberg	22	1,5	8,1	4,6	4,1	100,6
Bayern	39	2,1	32,7	8,8	6,9	343,1
Brandenburg	19	2,4	14,3	5,8	5,2	109,8
Bremen	2	5,0	5,6	5,3	5,3	10,6
Hamburg	2	1,0	3,2	2,1	2,1	4,2
Hessen	21	3,1	15,5	7,8	7,2	163,2
Mecklenburg-Vorp.	10	0,8	7,6	4,5	4,3	45,3
Niedersachsen	33	1,3	30,8	7,0	5,9	232,4
Nordrhein-Westfalen	46	1,0	60,0	7,7	6,2	353,4
Rheinland-Pfalz	3	0,3	1,3	0,9	1,3	2,8
Saarland	7	3,5	16,8	10,4	10,3	73,1
Sachsen	12	1,0	7,8	4,5	4,8	53,5
Sachsen-Anhalt	5	1,3	6,2	3,7	3,7	18,6
Schleswig-Holstein	18	1,2	19,3	6,2	4,4	111,8
Thüringen	16	1,4	5,6	3,5	3,5	55,8
Deutschland	255	0,3	60,0	6,6	5,5	1.678,0

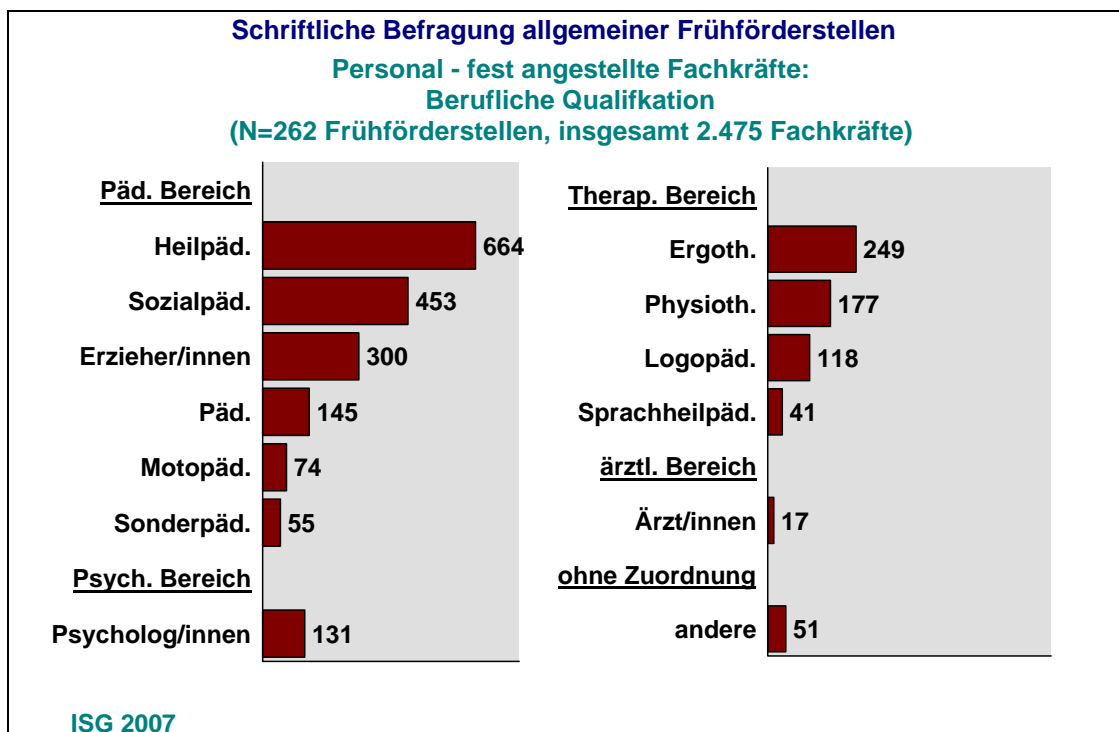
Etwas mehr als ein Drittel (37%) der befragten Frühförderstellen beschäftigt darüber hinaus Fachkräfte auf Honorarbasis, durchschnittlich 2,5 mit insgesamt 0,9 Vollzeitstellen. Es handelt sich um Fachkräfte unterschiedlicher Qualifikationen, vergleichsweise

häufig aus der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppe. 8% der Frühförderstellen beschäftigen Ärzt/innen auf Honorarbasis. Der Stundenumfang der eingesetzten Honorarkräfte ist eher gering. 259 Honorarkräfte „füllen“ insgesamt rd. 90 Vollzeitstellen. Hochgerechnet ist von bundesweit rd. 600 Honorarkräften mit rd. 200 Vollzeitäquivalenten auszugehen.

Berufe und Berufsgruppen

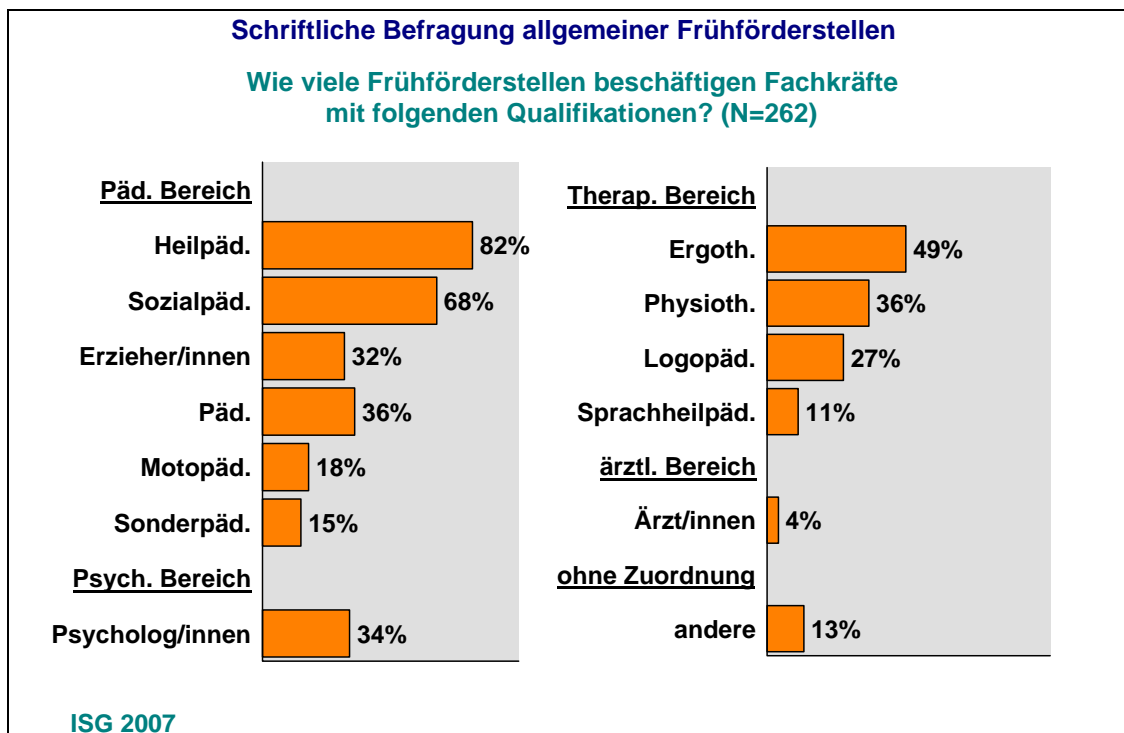
In den befragten Frühförderstellen arbeiten Fachkräfte mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen. Zunächst stellt sich die Frage, wie sich die in den befragten Frühförderstellen insgesamt rd. 2.500 Beschäftigten nach ihren beruflichen Qualifikationen verteilen. Nach den Befragungsergebnissen weisen 664 Fachkräfte eine heilpädagogische Qualifikation (mit und ohne Diplom) auf, das entspricht einem Anteil von 27%. Vergleichsweise viele Mitarbeiter/innen sind Diplom-Sozialpädagog/innen (453 Beschäftigte bzw. 18%) und Erzieher/innen (zum Teil mit heilpädagogischer Zusatzausbildung) (300 Beschäftigte bzw. 12%). Insgesamt 585 der Beschäftigten (24%) sind Therapeut/innen mit den Fachrichtungen Ergotherapie (249 Beschäftigte bzw. 10%), Physiotherapie (177 Beschäftigte bzw. 7%) und Sprachtherapie (Logopäd/innen und Sprachheilpädagog/innen) (159 Beschäftigte bzw. 7%).

Abbildung 3:



In einem zweiten Schritt soll betrachtet werden, wie viel Prozent der befragten Frühförderstellen Mitarbeiter/innen (mindestens eine/n) mit den genannten Qualifikationen beschäftigen.

Abbildung 4:



Es zeigt sich, dass 82% der Frühförderstellen (Diplom-)Heilpädagog/innen beschäftigen und 68% Diplom-Sozialpädagog/innen. Ergotherapeut/innen sind in der Hälfte der Frühförderstellen (49%) festangestellt. 10 Frühförderstellen (4%) beschäftigen Ärzt/innen in Festanstellung.

Die Fachkräfte der Frühförderstellen lassen sich nach verschiedenen Berufsgruppen bzw. -bereichen kategorisieren. Hierzu gibt es verschiedene Alternativen, je nachdem ob man einen psychologischen und/oder einen ärztlichen Bereich separat ausweist. Wir unterscheiden im Folgenden zwischen einem pädagogisch-psychologischen Bereich, einem medizinisch-therapeutischen Bereich und einem ärztlichen Bereich und ordnen wie folgt zu:

- *Pädagogisch-psychologischer Bereich:* Erzieher/innen (mit heilpädagogischer Zusatzausbildung), (Diplom-)Heilpädagog/innen, Diplom-Sozialpädagog/innen, Diplom-Pädagog/innen, Diplom-Sonderpädagog/innen, Diplom-Motolog/innen bzw. -Motopäd/innen, Diplom-Psycholog/innen.
- *Medizinisch-therapeutischer Bereich:* Sprachtherapeut/innen (Logopäd/innen und Sprachheilpädagog/innen), Ergotherapeut/innen, Physiotherapeut/innen.
- *Ärztlicher Bereich:* Ärzt/innen.

Interdisziplinäre Besetzung der Frühförderstellen

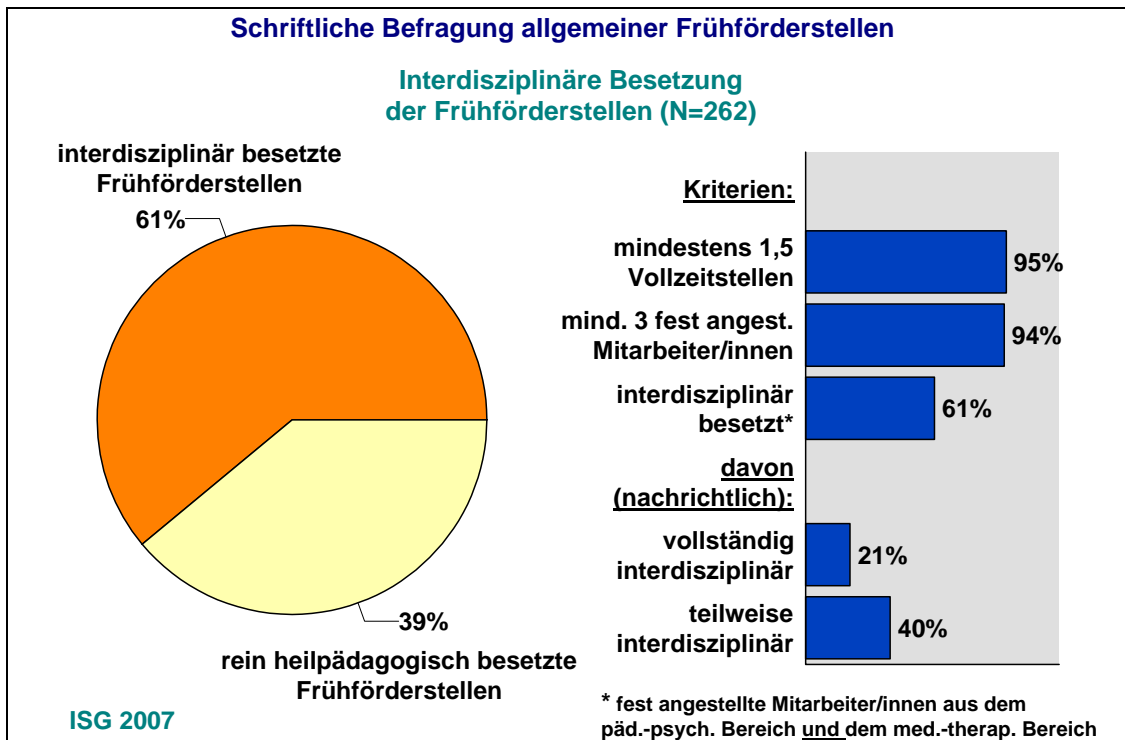
Auf dieser Grundlage lassen sich die befragten Frühförderstellen nach ihrer personellen Ausrichtung unterscheiden. Es kann danach gefragt werden, wie viele der befragten Frühförderstellen als „interdisziplinäre Frühförderstellen“ angesehen werden können, wenn man bundesweit einheitliche Kriterien anlegt. Wir stützen uns bei der Beantwortung dieser Frage auf den Empfehlungsentwurf der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)²³, der für interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne der FrühV vorsah, dass diese über mindestens drei festangestellte Mitarbeiter/innen mit 1,5 Vollzeitäquivalenten sowohl aus der pädagogisch-psychologischen als auch aus der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppe verfügen sollten. Dieser Vorschlag der BAR hat allerdings nur in einem Teil der bislang in Kraft getretenen Landesrahmenempfehlungen eine Entsprechung gefunden. Mit Bezug auf die Mindestanzahl festangestellter Fachkräfte und der Vollzeitäquivalente ergeben sich in den Ländern zum Teil andere Regelungen.²⁴ Daher wird hier keine Aussage darüber getroffen, wie viele der befragten Frühförderstellen als interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne der FrühV tatsächlich anerkannt sind.

Legt man den Entwurf der BAR-Empfehlung zugrunde, dann handelt es sich bei 39% der befragten Einrichtungen um rein heilpädagogisch besetzte Frühförderstellen. Diese beschäftigen ausschließlich Fachkräfte aus dem pädagogisch-psychologischen Bereich. Für einen Teil von ihnen gilt, dass sie die BAR-Kriterien schon deshalb nicht erfüllen, weil sie weniger als drei festangestellte Mitarbeiter/innen beschäftigen (dies trifft auf 6% zu) bzw. über weniger als 1,5 Vollzeitäquivalente verfügen (5%). 61% der Frühförderstellen sind dagegen interdisziplinär besetzt (und verfügen über drei und mehr festangestellte Mitarbeiter/innen mit mindestens 1,5 Vollzeitäquivalenten). Dabei sind bei 21% der Frühförderstellen sowohl Sprach- als auch Ergo- und Physiotherapeut/innen in das interdisziplinäre Team eingebunden (vollständig interdisziplinär besetzte Frühförderstelle), bei 40% der Frühförderstellen sind zumindest ein bis zwei der therapeutischen Fachrichtungen vertreten (teilweise interdisziplinär besetzte Frühförderstelle).

²³ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2002: Diskussionsentwurf. Gemeinsame Empfehlung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 30 Abs. 3 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Früherkennung/ Frühförderung“). Stand: 11. November 2002.

²⁴ Vgl. Kapitel 4 des vorliegenden Berichts.

Abbildung 5:



- Der Anteil interdisziplinär besetzter Frühförderstellen ist in Baden-Württemberg und Bayern besonders hoch und beträgt jeweils annähernd 100%. Dabei sind in 62% der befragten Frühförderstellen in Bayern alle therapeutischen Fachrichtungen über Festanstellungen in das Team eingebunden. In Mecklenburg-Vorpommern beträgt der Anteil der interdisziplinär besetzten Frühförderstellen hohe 70%.
- In der Mehrzahl der Länder beträgt der Anteil interdisziplinär besetzter Frühförderstellen rd. die Hälfte. Für Hessen ergibt sich dabei eine starke Zweiteilung: 40% der befragten Frühförderstellen sind vollständig interdisziplinär besetzt, 50% dagegen rein heilpädagogisch ausgerichtet.
- Vergleichsweise wenige interdisziplinär besetzte Frühförderstellen sind nach den Befragungsergebnissen im Saarland (38%) und in Sachsen-Anhalt (20%) eingerichtet. Die drei befragten heilpädagogischen Stellen in Rheinland-Pfalz arbeiten in enger Kooperation mit den Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie zusammen.

Tabelle 8:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
 Personalkapazitäten
**Interdisziplinäre Besetzung der Frühförderstellen
 nach festangestellten Fachkräften**

Land	rein heilpäd. besetzt	interdisziplin. besetzt	davon:		N
	ges.	ges.	vollst.	teilweise	
Baden-Württemberg	5%	95%	23%	73%	22
Bayern	13%	87%	62%	26%	39
Brandenburg	43%	57%	-	57%	21
Bremen	50%	50%	-	50%	2
Hamburg	50%	50%	-	50%	2
Hessen	50%	50%	40%	10%	20
Mecklenburg-Vorp.	30%	70%	-	70%	10
Niedersachsen	50%	50%	6%	44%	34
Nordrhein-Westfalen	54%	46%	24%	22%	46
Rheinland-Pfalz	100%	-	-	-	3
Saarland	63%	38%	-	38%	8
Sachsen	36%	64%	14%	50%	14
Sachsen-Anhalt	80%	20%	-	20%	5
Schleswig-Holstein	37%	63%	5%	58%	19
Thüringen	41%	59%	6%	53%	17
Deutschland	39%	61%	21%	40%	262

Bezieht man zudem Honorarkräfte mit in diese Betrachtung ein, liegt der Anteil rein heilpädagogisch besetzter Frühförderstellen bei 33%. 67% der Frühförderstellen sind hiernach als interdisziplinär besetzt anzusehen, davon 27% vollständig und 40% zum Teil. Von Seiten der Leistungserbringer wird häufig angemerkt, dass rein heilpädagogisch besetzte Frühförderstellen (Berücksichtigung von Festanstellungen und Honorarkräften) auch eine interdisziplinär abgestimmte Frühförderung leisten können, nämlich dann, wenn sie mit niedergelassenen Therapeut/innen kooperieren. Das trifft auf fast alle der heilpädagogischen Frühförderstellen zu, nur ein Teil aber arbeitet mit niedergelassenen Therapeut/innen auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages zusammen. Wird dieses Kriterium herangezogen, dann liegt der Anteil rein heilpädagogisch arbeitender Frühförderstellen noch bei 28%. 72% der Frühförderstellen wären dagegen interdisziplinär besetzt oder wirken durch vertraglich gestaltete Kooperationsbeziehungen interdisziplinär.

Weiter verstärkt auch ein Teil der vollständig oder teilweise interdisziplinär besetzten Frühförderstellen ihr Team durch die Kooperation mit niedergelassenen Therapeut/innen. Auf vertraglicher Grundlage erfolgt dies bei 37% der vollständig und 15% der teilweise interdisziplinär besetzten Frühförderstellen. Inwieweit teilweise (mit festangestellten Fachkräften oder Honorarkräften) interdisziplinär besetzte Frühförderstellen über die Kooperation mit niedergelassenen Therapeut/innen alle drei therapeutischen Fachrichtungen in ihr Team integrieren, darüber lassen die Befragungsergebnisse keine Aussage zu. Es ist aber plausibel anzunehmen, dass teilweise interdisziplinär besetzte

Frühförderstellen insbesondere mit solchen niedergelassenen Therapeut/innen kooperieren, die nicht festangestellt oder als Honorarkräfte in ihrem Team vertreten sind.

Vor dem Hintergrund der Personalstrukturen allgemeiner Frühförderstellen soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, welche Leistungen die Einrichtungen vorhalten und in welcher Form sie diese erbringen. Dabei spielt insbesondere die Frage eine Rolle, wie viele Frühförderstellen in welchen Regionen die Komplexleistung Frühförderung im Sinne des Gesetzgebers anbieten und hierzu jüngst eine entsprechende Vereinbarung mit den Leistungsträgern abgeschlossen haben.

Komplexleistung Frühförderung

Zum Befragungszeitpunkt Jahresende 2006 setzen 34 von 265 antwortenden allgemeinen Frühförderstellen (13%) die Komplexleistung Frühförderung vor Ort um. Diese Einrichtungen sind als interdisziplinäre Frühförderstellen anerkannt und fördern auf der Grundlage von Förder- und Behandlungsplänen Kinder mit einem komplexen Bedarf sowohl an heilpädagogischen als auch an medizinisch-therapeutischen Leistungen. Zur Ausgestaltung und Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung haben diese Einrichtungen im Jahr 2006 einen Vertrag mit den Leistungsträgern geschlossen. Die 34 Einrichtungen befinden sich in Bayern (29 interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)) und in Sachsen (5 IFF).

Weitere 15 Frühförderstellen (6%) gaben zum Zeitpunkt der Befragung (Jahresende 2006) an, dass ihre Vertragsverhandlungen mit den Leistungsträgern abgeschlossen bzw. soweit gediehen seien, dass sie zu einem fest vereinbarten Termin im Jahr 2007 (in der Regel in der ersten Jahreshälfte) die Komplexleistung Frühförderung anbieten werden. Unter diesen befinden sich neben weiteren Einrichtungen aus Bayern (5 IFF) und Sachsen (2 IFF) Frühförderstellen aus Nordrhein-Westfalen (4 IFF) und dem Saarland (4 IFF). Für die Einrichtungen im Saarland ist anzumerken, dass noch im April 2007 (also nach unserer Befragung) Verhandlungen zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Frühförderstellen und dem Leistungsträger zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen stattfanden. Es wurde davon ausgegangen, dass die Verhandlungen im ersten Halbjahr 2007 abgeschlossen sein würden und ab Juli 2007 die Komplexleistung Frühförderung umgesetzt werden würde.

Eine Recherche des ISG zum Ende des Projektes ergab, dass zum Zeitpunkt der Berichtslegung bundesweit etwa 149 Frühförderstellen (rd. 24%) die Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX umsetzen. Dies trifft für knapp 90% der Frühförderstellen in Bayern zu (112 IFF), jeweils für die Hälfte (50%) der Frühförderstellen in Sachsen (20 IFF) und im Saarland (5 IFF) sowie für 14% der Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern (4 IFF) und 7% der Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen (8 IFF).

Tabelle 9:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX						
Land	Umsetzung der Komplexleistung?					N
	Ja, seit 2006	Ja, in 2007	Nein, aber kurzfristig geplant	Nein, aber mittelfristig geplant	k.A.	
Baden-Württemberg	-	-	3	15	4	22
Bayern	29	5	-	3	2	39
Brandenburg	-	-	2	14	5	21
Bremen	-	-	-	2	-	2
Hamburg	-	-	-	2	-	2
Hessen	-	-	10	8	3	21
Mecklenburg-Vorp.	-	-	2	8	-	10
Niedersachsen	-	-	3	26	7	36
Nordrhein-Westfalen	-	4	11	23	8	46
Rheinland-Pfalz	-	-	-	1	2	3
Saarland	-	4	1	3	-	8
Sachsen	5	2	-	3	4	14
Sachsen-Anhalt	-	-	1	4	-	5
Schleswig-Holstein	-	-	4	14	1	19
Thüringen	-	-	4	9	4	17
Deutschland	34	15	41	135	40	265
	13%	6%	15%	51%	15%	100%

Für 82% der Frühförderstellen war dagegen eine Umsetzung zum Jahresende 2006 noch nicht in Sicht. Dies gilt vor allem für Frühförderstellen in den Ländern, in denen noch keine Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV in Kraft getreten ist. Einrichtungen in Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen und Thüringen verweisen zum Teil darauf, dass sie „in den Startlöchern stehen“, die Komplexleistung Frühförderung vor Ort umsetzen wollen, dies aber ohne verbindliche Klärung der Bedingungen in einer Landesrahmenempfehlung nicht möglich sei. Vereinzelt berichten Frühförderstellen davon, dass sie dessen ungeachtet vergeblich bei den zuständigen Leistungsträgern Anträge auf Anerkennung als interdisziplinäre Frühförderstellen gestellt und zu Vertragsverhandlungen aufgerufen hätten. Landesrahmenempfehlungen erscheinen damit faktisch als notwendige, nicht aber als hinreichende Bedingung für eine Umsetzung vor Ort. Dies zeigt sich an der Situation in Hamburg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Hier liegen zwar schon seit längerer Zeit Landesrahmenempfehlungen vor, eine Umsetzung auf örtlicher Ebene hat aber nach Angaben der befragten Frühförderstellen noch nicht begonnen. Aus Mecklenburg-Vorpommern wurde zwischenzeitlich berichtet, dass bis zum Juni 2007 nunmehr vier Einrichtungen als interdisziplinäre Frühförderstellen anerkannt sind. In Sachsen-Anhalt und in Schleswig-Holstein sind Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV erst nach unserer Befragung in Kraft getreten.

Einschätzungen zur Umsetzung der Komplexleistung

Im Rahmen der Befragung wurden die Frühförderstellen gebeten, Einschätzungen zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung aus einrichtungsbezogener Perspektive abzugeben. Die Antworten, von denen im Folgenden eine Auswahl angeführt wird, geben Hinweise sowohl auf erlebte Hindernisse als auch auf antizipierte Schwierigkeiten. Eine große Rolle spielen dabei insbesondere Fragen der Finanzierung von Leistungen sowie Leistungsstandards, aber auch bürokratische Anforderungen und der (niedrigschwellige) Zugang zu den Leistungen der Frühförderstellen.

Kommentare zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung auf örtlicher Ebene

<i>Zugang/ Beantragung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • „Der niederschwellige Zugang könnte bei Zugang über Kinderärzte verloren gehen; evtl. Streichung des Landeszuschusses.“ (Baden-Württemberg) • „Heilpädagogische Leistungen werden abgelehnt, um Kosten zu sparen. Diese werden zu Lasten der Krankenkassen bewilligt in Form von Therapien, z.B. Ergotherapie, Logopädie.“ (Sachsen) • „Größere Kontrolle des Kostenträgers durch den Einsatz eines Fachausschusses – längere Wartezeiten – unzureichende Finanzierung – erschwerter Zugang.“ (Saarland) • „Niedrigschwelligkeit ist gefährdet, für sozial Benachteiligte erschwerter Zugang.“ (Nordrhein-Westfalen) • „Wir befürchten, dass die zwingende Zuweisung zur Komplexleistung durch den Kinderarzt eine weitere Hürde aufbaut. Zum einen gibt es bei uns Kinderärzte, die den Eltern trotz gravierender Entwicklungsrückstände beim Kind keine Förderung empfehlen bzw. sogar auf Nachfrage äußern, dass sie dazu keine Notwendigkeit sehen. Zum anderen wird es selbst bei aufgeschlossenen Kinderärzten Befürchtungen geben, dass ihnen die Komplexleistung Frühförderung zukünftig auf ihr „Budget“ angerechnet wird. Diese Situation haben wir jetzt bereits für Heilmittel (Krankengymnastik, Logopädie, etc.), im Moment jedoch noch nicht für eine heilpädagogische Förderung. Hier sind wir von der Zuweisung durch den Kinderarzt bisher unabhängig.“ (Baden-Württemberg)
<i>Vergütung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • „Finanzierung der Diagnostik bei Nicht-Komplexleistung; Zeitvorgaben für Diagnostik nicht stimmig.“ (Sachsen) • „Keine ausführliche Diagnostik, zu wenig Zeit/ Behandlungseinheiten zur Verfügung, knapp bemessene Vor- und Nachbereitungszeit.“ (Bayern) • „Finanzierung ist problematisch, da nur jede durchgeführte Fördereinheit berechnet werden kann; die Familien/ Kinder zeichnen sich durch hohe Ausfallquoten aus. Die Kostenkalkulation ist von den Kostenträgern auf lückenlose Leistungserbringung ausgelegt.“ (Nordrhein-Westfalen) • „Absenkung der Entgelte durch schlechten Landesrahmenvertrag; Angleichung der heilpädagogischen Frühförderung an Standards in therapeutischen Praxen

(eigentlich sollte es umgekehrt sein); Wegfall der Frühförderung für sozial schwache Familien, weil aufsuchende Frühförderung stark eingeschränkt wird; Wegfall bzw. Reduzierung von Supervision und Teamabsprachen wegen mangelnder Zeit und Finanzierung.“ (Brandenburg)

- „Einigung zwischen Kommunen und Kassen ist schwierig. Es werden doppelte Leistungen erbracht, um Kinder in die besser finanzierte Komplexleistung zu bekommen.“ (Nordrhein-Westfalen)
- „Finanzierung über 72 Behandlungseinheiten pro Jahr in schwierigen Familien, Multiproblemfälle, Migranten.“ (Bayern)
- „Kann die Hausfrühförderung weiterhin in dem bisherigen Rahmen angeboten werden?“ (Nordrhein-Westfalen)

Korridorleistungen

- „Wer finanziert die Kooperationsleistungen?“ (Niedersachsen)
- „Bisher keine Finanzierung der Korridorleistungen für Therapeuten – keine Vergütung von interdisziplinären Leistungen und Elternberatung, da Heilmittelkatalog zugrunde gelegt wird.“ (Sachsen)

Abrechnung

- „Hoher Verwaltungsaufwand bei Einzelfallabrechnung.“ (Nordrhein-Westfalen)
- „Da keine pauschalierte Finanzierung in Sicht ist, wird der Verwaltungsaufwand enorm werden. Die höherwertige Qualität der Komplexleistung wird inhaltlich von den Kostenträgern nicht gesehen und auch nicht vergütet.“ (Brandenburg)
- „Befürchtung: Pauschalfinanzierung im pädagogischen Bereich wird zur Einzelfallabrechnung, d.h. mehr Bürokratie und höhere Schwelle für Eltern.“ (Hessen)
- „Viel Verwaltungskram. Fördereinheiten müssen gezählt, berechnet, vergütet werden an Kooperationspartner – sehr bürokratisch.“ (Nordrhein-Westfalen)

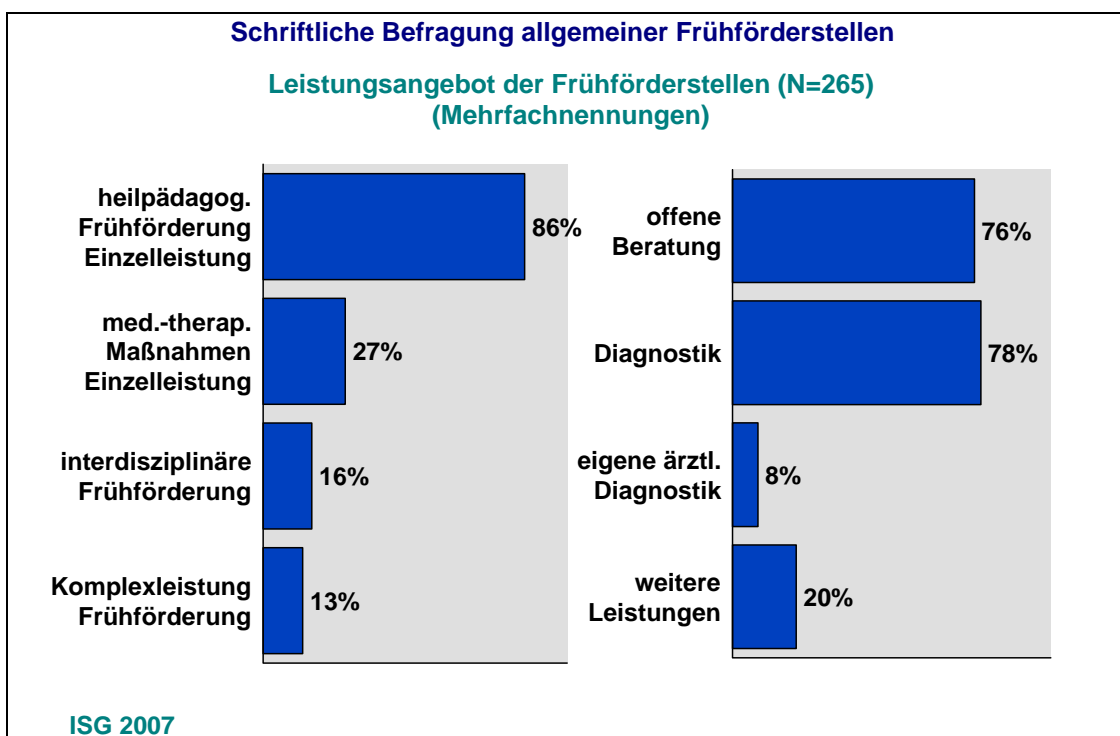
Regionale Strukturen

- „Erhebliche Verteuerung der Maßnahmen durch interdisziplinär arbeitende FF-Stellen durch vertragliche Bindungen der unterschiedlichen Komplexleistungen.“ (Niedersachsen)
- „Verwaltungsmehraufwand, Verunsicherung über Zustand und Finanzierung, Veränderung der Netzwerkstrukturen?“ (Baden-Württemberg)
- „Wir sind eine gut funktionierende pädagogische (interdisziplinär wirkende) Frühförderstelle, die gut mit niedergelassenen Ärzten und med.-therapeut. Praxen zusammenarbeitet. Es funktioniert bestens ohne feste Kooperationsverträge. Aber die Kassenverbände wollen, dass wir eine Abgabeberechtigung beantragen, Kooperationsverträge mit den Praxen schließen, die Abrechnung für die Therapeuten übernehmen. Wer übernimmt die zusätzlichen Kosten?“ (Hessen)

Leistungsangebot

Die im Einzelnen angebotenen Leistungen der Frühförderstellen leiten sich zum Teil aus den vorgehaltenen Personalstrukturen ab, zum Teil daraus, ob die Komplexleistung Frühförderung vor Ort auf der Grundlage eines entsprechenden Vertrages mit den Leistungsträgern umgesetzt wird.

Abbildung 6:



Vor diesem Hintergrund bieten fast alle Frühförderstellen heilpädagogische Frühförderleistungen (auch oder ausschließlich) als Einzelleistungen an (86%). Die Differenz zu 100% erklärt sich hierbei durch den Umstand, dass ein Teil der Frühförderstellen die Auffassung vertritt, dass ihre Leistungen immer in einem interdisziplinären Rahmen erbracht werden und deshalb nicht als Einzelleistungen qualifiziert werden können. Des Weiteren bietet ein Teil der Frühförderstellen mit entsprechender vertraglicher Vereinbarung nur noch die Komplexleistung Frühförderung an. Medizinisch-therapeutische Maßnahmen als Einzelleistungen werden von 27% der Frühförderstellen erbracht. Auch bei diesem Befragungsergebnis kommt zum Tragen, dass einige Frühförderstellen den Begriff Einzelleistung ablehnen.

13% der Frühförderstellen erbringen – wie oben angeführt – zum Befragungszeitpunkt die Komplexleistung Frühförderung, nachdem sie kurz zuvor eine entsprechende Vereinbarung mit den Leistungsträgern abschließen konnten bzw. die Rahmenverträge in Bayern und Sachsen für sie gültig wurden. Weitere 16% der befragten Frühförderstellen gaben an, dass sie interdisziplinäre Frühförderleistungen erbringen. Wie viele da-

von tatsächlich über ältere Individualverträge zur Erbringung einer interdisziplinären Frühförderung verfügen und wie viele ihre Arbeitsweise davon unabhängig als interdisziplinär qualifizieren, bleibt an dieser Stelle offen.

Auf die Frage, ob sie ein offenes, niedrighschwelliges Beratungsangebot vorhalten, antworten 76% der Frühförderstellen mit Ja. Möglich erscheint, dass ein Teil der Frühförderstellen – obwohl eine solche Beratung angeboten wird – die Frage verneinte, weil die Finanzierung dieser Leistung nicht geklärt ist. Das Gleiche könnte für Leistungen der Diagnostik zutreffen, die nach den Befragungsergebnissen von 78% der Frühförderstellen erbracht werden. Offenbar werden aber für einen Teil der Frühförderstellen diagnostische Leistungen von anderen Stellen (beispielsweise Sozialpädiatrischen Zentren oder den interdisziplinären Früherkennungs- und Beratungsteams in Niedersachsen) erbracht.

Eine eigene ärztliche Diagnostik erbringen 8% der Frühförderstellen. Wie angeführt, beschäftigen 10 Frühförderstellen (4%) Ärzt/innen in Festanstellung, weitere 21 Frühförderstellen (8%) beschäftigen Ärzt/innen auf Honorarbasis. 20% der Frühförderstellen nennen weitere Leistungsangebote, zum Beispiel eine heilpädagogische Fachberatung für Kindertagesstätten.

Leistungserbringung

Ambulante und mobil-aufsuchende Frühförderung

Frühförderstellen erbringen ihre Leistungen ambulant oder mobil-aufsuchend. Die mobile Leistungserbringung bildet traditionell ein Grundmerkmal allgemeiner Frühförderstellen. Mobil-aufsuchend werden die Leistungen vor allem im Elternhaus der Kinder oder in Kindertagesstätten geleistet (Letztere werden statistisch auch als teilstationär erbrachte Leistungen registriert). Ein wichtiges Argument für eine mobil-aufsuchende Frühförderung stellt die erforderliche Abstimmung der Leistungen auf die lebensweltliche Umgebung dar. Im Bundesdurchschnitt werden aktuell rd. zwei Drittel der heilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Leistungen (63%) mobil-aufsuchend erbracht, rd. ein Drittel dagegen ambulant. Dabei zeigen die Befragungsergebnisse, dass in interdisziplinären Frühförderstellen die Leistungserbringung in ambulanter Form dominiert.

- In Ländern mit hohen Anteilen interdisziplinär besetzter Frühförderstellen werden die Leistungen der Frühförderung überwiegend in ambulanter Form erbracht, vor allem in Baden-Württemberg (70%) und in Bayern (54%). Über dem bundesdurchschnittlichen Anteil von 35% ambulanter Frühförderung liegen außerdem Hessen (48%), Nordrhein-Westfalen (44%) und Thüringen (48%).
- In den anderen Ländern, insbesondere in den östlichen Bundesländern mit Ausnahme Thüringens, überwiegt dagegen eine Schwerpunktsetzung auf mobil-auf-

suchender Frühförderung. Besonders hoch sind die Anteile einer mobil-aufsuchenden Frühförderung in Brandenburg mit 91% und Schleswig-Holstein mit 92%.

Tabelle 10:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)				
Form der Leistungserbringung: ambulant/ mobil-aufsuchend				
Land	Form der Leistungserbringung			N
	mobil	ambulant	anders	
Baden-Württemberg	28%	70%	2%	14
Bayern	46%	54%	-	33
Brandenburg	91%	9%	-	20
Bremen	85%	15%	-	2
Hamburg	82%	18%	-	2
Hessen	50%	48%	2%	16
Mecklenburg-Vorp.	70%	30%	-	6
Niedersachsen	71%	28%	1%	36
Nordrhein-Westfalen	56%	44%	-	44
Rheinland-Pfalz	87%	13%	-	3
Saarland	87%	10%	3%	8
Sachsen	78%	21%	1%	10
Sachsen-Anhalt	86%	14%	-	3
Schleswig-Holstein	92%	8%	-	18
Thüringen	52%	48%	-	15
Deutschland	63%	35%	1%	230

Betrachtet man lediglich heilpädagogische Frühförderleistungen, dann ergeben sich im Bundesdurchschnitt Verteilungswerte von 75% mobiler und 25% ambulanten Leistungserbringung. Umgekehrt verhält es sich bei den medizinisch-therapeutischen Leistungen. Diese werden zu 77% ambulant und zu 23% mobil-aufsuchend erbracht.

Einzel- und Gruppenfrühförderung

Die befragten Frühförderstellen erbringen die Frühförderleistungen im Wesentlichen in Form einer Einzelförderung von Kindern. Nach den Befragungsergebnissen beträgt der durchschnittliche Anteil der Einzelförderung am Gesamtleistungsvolumen im Bereich der heilpädagogischen Frühförderung 90% und im Bereich der medizinisch-therapeutischen Frühförderung 96%.

Zwischen den Ländern ergeben sich in diesem Zusammenhang nur geringe Unterschiede. Im Bereich der heilpädagogischen Frühförderung hat die Förderung in Gruppen in den alten Ländern (z.B. in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit einem Anteil von 16%) einen leicht überdurchschnittlichen Stellenwert. In den neuen Ländern spielt die Gruppenförderung bei der heilpädagogischen Frühförderung dage-

gen kaum eine Rolle. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Bereich der medizinisch-therapeutischen Leistungen.

Tabelle 11:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
Zu welchen Anteilen bietet Ihre Frühförderstelle Einzel- und Gruppenleistungen zur Frühförderung an?

Land	heilpäd. Frühförderung		N	med.-therap. Frühförderung		N
	Einzel-förderung	Gruppen-förderung		Einzel-förderung	Gruppen-förderung	
Baden-Württemberg	84%	16%	7	92%	8%	5
Bayern	91%	9%	17	95%	5%	18
Brandenburg	96%	4%	20			0
Bremen	90%	10%	2			0
Hamburg	95%	5%	2	100%	0%	1
Hessen	88%	12%	14	98%	2%	7
Mecklenburg-Vorp.	99%	1%	7			0
Niedersachsen	86%	14%	30	100%	0%	3
Nordrhein-Westfalen	84%	16%	43	96%	4%	12
Rheinland-Pfalz	97%	3%	3			0
Saarland	85%	15%	8			0
Sachsen	97%	3%	9	99%	1%	3
Sachsen-Anhalt	98%	2%	4			0
Schleswig-Holstein	92%	8%	16	100%	0%	1
Thüringen	98%	2%	14	98%	2%	5
Deutschland	90%	10%	196	96%	4%	55

Die Frühförderstellen in Bayern und in Sachsen, die zum Zeitpunkt der Befragung die Komplexleistung vor Ort umsetzten, geben den Anteil der Einzel Frühförderung im Rahmen der Komplexleistung mit durchschnittlich 86% an. Der Anteil der Gruppenförderung im Rahmen der Komplexleistung beträgt entsprechend durchschnittlich 14%.

Zugang zu den Leistungen

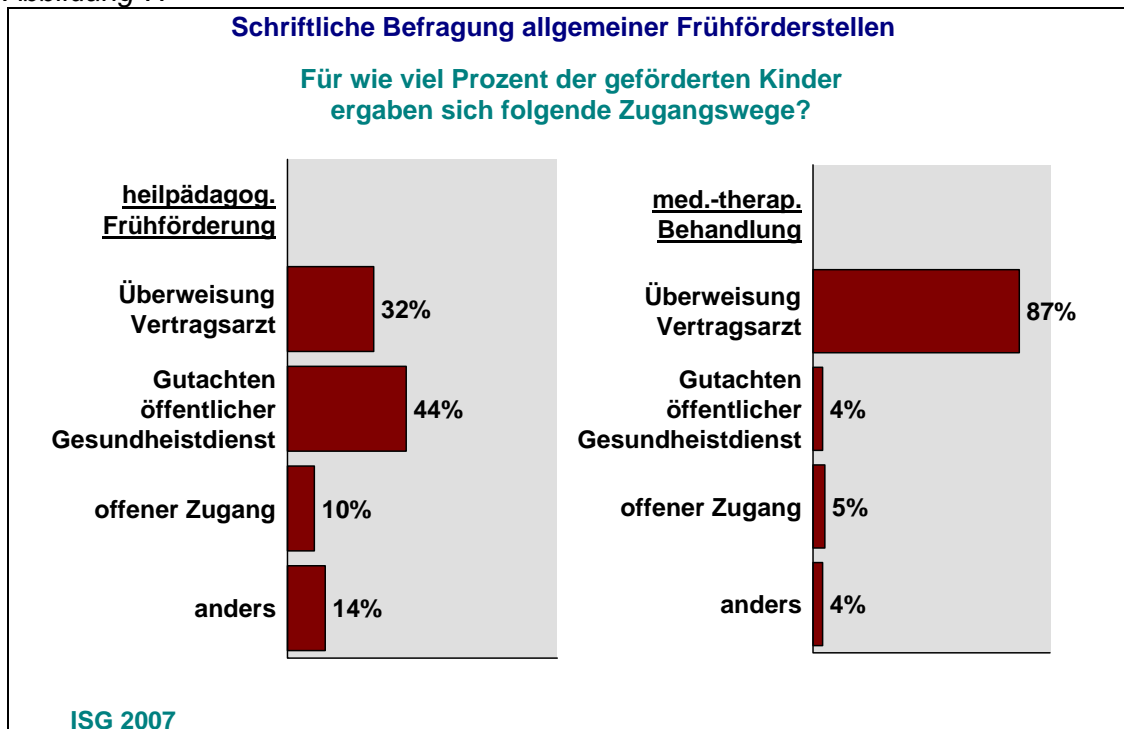
Nach den bislang verabschiedeten Landesrahmenempfehlungen setzt die Inanspruchnahme von Komplexleistungen die Verordnung bzw. Überweisung eines Vertragsarztes (Fachärzt/in für Kinder- und Jugendmedizin) voraus, zum Teil kann der Zugang auch über den Öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen. Die aktuell möglichen Zugangswege zeichnen sich durch eine größere Offenheit und ihre Vielfältigkeit aus.

Für heilpädagogische Frühförderleistungen in den befragten Frühförderstellen wurden 32% der Kinder durch eine/n niedergelassene/n Kinderärzt/in überwiesen. Deutlich häufiger (44%) erfolgt der Zugang der Kinder über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Weitere 10% der Kinder werden den Frühförderstellen nicht zugewiesen, sondern nehmen die Leistungen nach einem offenen Zugang in Anspruch.

Betrachtet man die medizinisch-therapeutischen Behandlungsleistungen, dann ergibt sich – nicht überraschend – ein anderes Bild. 87% der Kinder werden nach den Angaben der Frühförderstellen von niedergelassenen Kinderärzt/innen überwiesen. Ein Zugang über den öffentlichen Gesundheitsdienst (4%) oder ein offener Zugang (5%) spielt dagegen nur eine geringe Rolle.

Abbildung 7:



In länderspezifischer Betrachtung unterscheiden sich die Zugangswege zu den Leistungen der Frühförderstellen zum Teil deutlich:

- Heilpädagogische Frühförderleistungen werden insbesondere in den östlichen Bundesländern über den öffentlichen Gesundheitsdienst erschlossen, beispielsweise in Brandenburg (90%) und Sachsen-Anhalt (80%). Ein offener Zugang spielt aktuell in Baden-Württemberg (16%) und Bayern (19%) sowie in Hessen (24%) und im Saarland (30%) eine große Rolle.

Tabelle 12:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Zugang zu den Leistungen					
Heilpädagogische Frühförderung					
Land	Zugangsweg				N
	ärztl. Überweisung	ÖGD	offener Zugang	anders	
Baden-Württemberg	49%	19%	16%	17%	7
Bayern	30%	31%	19%	20%	14
Brandenburg	6%	90%	1%	4%	10
Bremen	-	50%	-	50%	2
Hamburg	-	100%	-	-	1
Hessen	40%	23%	24%	14%	11
Mecklenburg-Vorp.	37%	48%	8%	7%	6
Niedersachsen	17%	58%	8%	17%	28
Nordrhein-Westfalen	51%	23%	9%	17%	38
Rheinland-Pfalz	40%	60%	-	-	2
Saarland	67%	3%	30%	-	8
Sachsen	49%	41%	3%	7%	10
Sachsen-Anhalt	6%	80%	4%	10%	4
Schleswig-Holstein	24%	56%	7%	13%	16
Thüringen	8%	76%	4%	12%	13
Deutschland	32%	44%	10%	14%	170

- Medizinisch-therapeutische Behandlungsleistungen setzen in der Mehrzahl der Länder entsprechende Verordnungen von Vertragsärzt/innen voraus, andere Zugänge sind nicht möglich. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und in Sachsen geben Frühförderstellen an, dass für 10% bis 20% der Kinder medizinisch-therapeutische Leistungen über den öffentlichen Gesundheitsdienst erschlossen wurden. In Niedersachsen wird in diesem Zusammenhang für 20% der Kinder ein offener Zugang zu medizinisch-therapeutischen Leistungen genannt, ein Hinweis auf den landesspezifischen Zugangsweg über die interdisziplinären Früherkennungs- und Beratungsteams.

Tabelle 13:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Zugang zu den Leistungen					
Medizinisch-therapeutische Leistungen					
Land	Zugangsweg				N
	ärztl. Überweisung	ÖGD	offener Zugang	anders	
Baden-Württemberg	98%	-	-	2%	4
Bayern	86%	1%	3%	11%	16
Brandenburg					
Bremen					
Hamburg	100%	-	-	-	1
Hessen	100%	-	-	-	4
Mecklenburg-Vorp.	80%	20%			1
Niedersachsen	80%	-	20%	-	5
Nordrhein-Westfalen	78%	11%	8%	2%	10
Rheinland-Pfalz					
Saarland					
Sachsen	90%	9%	1%	-	5
Sachsen-Anhalt					
Schleswig-Holstein	100%	-	-	-	1
Thüringen	100%	-	-	-	2
Deutschland	87%	4%	5%	4%	49

Kooperationsbeziehungen

Die befragten Frühförderstellen unterhalten vielfältige Kooperationsbeziehungen und sind stark in die jeweiligen örtlichen und überregionalen Netzwerke früher Hilfen eingebunden. Kooperationen mit anderen Einrichtungen basieren dabei in der Regel (noch) nicht auf entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen. Nach den Befragungsergebnissen unterhalten 5% der Frühförderstellen Kooperationsbeziehungen mit anderen (allgemeinen oder speziellen) Frühförderstellen auf vertraglicher Grundlage. Jeweils 7% der Frühförderstellen haben Kooperationsverträge mit Sozialpädiatrischen Zentren bzw. niedergelassenen Ärzt/innen geschlossen. Vergleichsweise viele Frühförderstellen (21%) arbeiten vertraglich gebunden mit therapeutischen Praxen zusammen. Eine Vielzahl der befragten Frühförderstellen nannte weitere Kooperationspartner, beispielsweise kommunale Dienste wie Jugend- und Gesundheitsämter, mit denen zum Teil vertragliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit abgeschlossen wurden.

Tabelle 14:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)				
Kooperationsbeziehungen				
Einrichtungen	Kooperieren Sie mit anderen Einrichtungen?			
	Ja, mit Vertrag	Ja, ohne Vertrag	Nein	N
andere Frühförderstellen	5%	83%	12%	241
therapeutische Praxen	21%	75%	5%	257
niedergelassene Ärzt/innen	7%	90%	4%	245
sozialpädiatrische Zentren	7%	87%	7%	246
andere	9%	92%		162

Auffällig ist, dass insbesondere interdisziplinär besetzte Frühförderstellen vertraglich abgesicherte Kooperationen mit therapeutischen Praxen eingegangen sind. Dies trifft für 37% der vollständig interdisziplinär besetzten und für 15% der teilweise interdisziplinär besetzten Frühförderstellen zu. Die heilpädagogischen Frühförderstellen wirken zwar regelmäßig über die Zusammenarbeit mit therapeutischen Praxen interdisziplinär, von ihnen haben aber nur 15% dazu eine vertragliche Vereinbarung abgeschlossen.

- In länderspezifischer Betrachtung zeigt sich, dass vergleichsweise viele Frühförderstellen in Bayern (66%), Sachsen (43%) und Thüringen (44%) ihre Zusammenarbeit mit therapeutischen Praxen auf eine vertragliche Grundlage gestellt haben.
- Vertraglich gebundene Kooperationen mit Sozialpädiatrischen Zentren ergeben sich für relativ viele Frühförderstellen in Bayern (11%), Mecklenburg-Vorpommern (13%) und vor allem Hessen (26%).

Tabelle 15:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006) Kooperation mit therapeutischen Praxen nach Ländern				
Einrichtungen	Kooperieren Sie mit therapeutischen Praxen?			
	Ja, mit Vertrag	Ja, ohne Vertrag	Nein	N
Baden-Württemberg	-	100%	-	21
Bayern	66%	32%	3%	38
Brandenburg	-	95%	5%	21
Bremen	-	100%	-	2
Hamburg	-	100%	-	2
Hessen	24%	57%	19%	21
Mecklenburg-Vorpommern	22%	67%	11%	9
Niedersachsen	9%	91%	-	33
Nordrhein-Westfalen	9%	87%	4%	45
Rheinland-Pfalz	-	100%	-	3
Saarland	-	100%	-	8
Sachsen	43%	50%	7%	14
Sachsen-Anhalt	-	100%	-	5
Schleswig-Holstein	5%	89%	5%	19
Thüringen	44%	50%	6%	16
gesamt	21%	75%	5%	257

Tabelle 16:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006) Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren nach Ländern				
Einrichtungen	Kooperieren Sie mit Sozialpädiatrischen Zentren?			
	Ja, mit Vertrag	Ja, ohne Vertrag	Nein	N
Baden-Württemberg	-	100%	-	20
Bayern	11%	81%	8%	36
Brandenburg	-	95%	5%	20
Bremen	-	100%	-	2
Hamburg	-	100%	-	2
Hessen	26%	74%	-	19
Mecklenburg-Vorpommern	13%	63%	25%	8
Niedersachsen	3%	88%	9%	32
Nordrhein-Westfalen	2%	91%	7%	43
Rheinland-Pfalz	67%	33%	-	3
Saarland	-	88%	13%	8
Sachsen	7%	93%	-	14
Sachsen-Anhalt	-	100%	-	5
Schleswig-Holstein	-	89%	11%	19
Thüringen	7%	87%	7%	15
gesamt	7%	87%	7%	246

Zusammenarbeit mit Ärzt/innen

Die bislang verabschiedeten Landesrahmenempfehlungen nach § 2 FrühV sehen vor, dass die interdisziplinäre Eingangsdagnostik als Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung durch niedergelassene Kinderärzt/innen eingeleitet wird, zum Teil kann ein Zugang auch über eine/n Ärzt/in des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgen. Der Förder- und Behandlungsplan wiederum muss von dem/der für die Diagnostik verantwortlichen Ärzt/in und einer Fachkraft der interdisziplinären Einrichtung unterzeichnet werden. Das Erfordernis der Diagnostik sowie der Förder- und Behandlungsplanung „unter ärztlicher Verantwortung“ stellt die Frühförderstellen vor neue Herausforderungen. Nach den Befragungsergebnissen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt 34% der Frühförderstellen darauf eingestellt. Sie setzen aktuell ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen um, das den genannten Anforderungen genügt. 66% der Frühförderstellen gaben zum Befragungszeitpunkt an, dass sich ihre Zusammenarbeit mit Ärzt/innen darin erschöpft, dass sie sich im Bedarfsfall z.B. telefonisch über einzelne der geförderten Kinder austauschen. Stellt man konkrete Planungen zu einer veränderten Gestaltung der Zusammenarbeit mit Ärzt/innen in Rechnung (32% der Frühförderstellen), wird sich der Anteil der Frühförderstellen, die systematisch mit Ärzt/innen zusammenarbeiten, zukünftig voraussichtlich fast verdoppeln (auf 66%).

Im Prinzip kommen dabei vier Modelle in Frage: eine Festanstellung von Ärzt/innen („internes Modell“), eine enge Zusammenarbeit mit Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums („Delegationsmodell SPZ“) oder mit Ärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes („Delegationsmodell ÖGD“) sowie eine systematische Zusammenarbeit mit einzelnen niedergelassenen Kinderärzt/innen, die in der Frühförderstelle tätig werden („externes Modell“). Alle vier Modelle werden aktuell umgesetzt, alle spielen auch in den Planungen der Frühförderstellen eine Rolle.

Tabelle 17:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Zusammenarbeit mit Ärzt/innen					
Kooperationsmodelle					
Modell	In welcher Form arbeiten Sie mit Ärzten zusammen? (Mehrfachantworten möglich)				
	aktuell		zukünftig		N
	Anzahl	%	Anzahl	%	
fest angestellte Ärzt/innen	10	4%	22	8%	265
Ärzt/innen eines SPZ	13	5%	30	11%	265
Ärzt/innen des ÖGD	38	14%	61	23%	265
Vertragsärzt/innen -	28	11%	61	23%	265
gesamt	89	34%	174	66%	265

- 4% der Frühförderstellen beschäftigen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Ärzt/innen in Festanstellung, weitere 4% planen, Ärzt/innen einzustellen. Insgesamt werden damit absehbar 8% der Frühförderstellen über Ärzt/innen in Festanstellung verfügen. In einer ähnlichen Größenordnung wird die Zusammenarbeit von Frühförderstellen mit Sozialpädiatrischen Zentren Bedeutung erlangen. Während aktuell 5% der Frühförderstellen eng mit Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums zusammen arbeiten, werden es zukünftig (inklusive der Planungen zur Umsetzung eines solchen Modells) 11% sein.
- Auf ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes setzen vergleichsweise viele Frühförderstellen. 14% setzen dieses gegenwärtig um, weitere 9% wollen es zukünftig realisieren (insgesamt 23%). 11% der Frühförderstellen beziehen gegenwärtig systematisch niedergelassene Kinderärzt/innen in ihre Arbeit ein, zukünftig werden es voraussichtlich 23% sein.

Tabelle 18:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Zusammenarbeit mit Ärzt/innen nach Ländern					
Zukünftige Kooperationsmodelle (Mehrfachantworten möglich)					
Land	fest angestellte Ärzte	Ärzte SPZ	Ärzte ÖGD	niederge- lassene Ärzte	N
Baden-Württemberg	9%	9%	9%	5%	22
Bayern	-	10%	8%	26%	39
Brandenburg	10%	10%	57%	14%	21
Bremen	-	-	50%	50%	2
Hamburg	-	50%	100%	100%	2
Hessen	-	24%	-	19%	21
Mecklenburg-Vorpommern	10%	20%	30%	20%	10
Niedersachsen	19%	3%	17%	28%	36
Nordrhein-Westfalen	15%	17%	22%	17%	46
Rheinland-Pfalz	-	33%	-	-	3
Saarland	-	-	75%	63%	8
Sachsen	7%	-	7%	29%	14
Sachsen-Anhalt	20%	-	60%	40%	5
Schleswig-Holstein	-	16%	42%	26%	19
Thüringen	6%	6%	24%	24%	17
gesamt	8%	11%	23%	23%	265

In länderspezifischer Differenzierung ergeben sich hinsichtlich der zukünftigen Umsetzung der genannten Kooperationsmodelle unterschiedliche Schwerpunktsetzungen: Über Ärzt/innen in Festanstellung werden absehbar vergleichsweise viele Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen verfügen (15%). Auf ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums setzen relativ viele Frühförderstellen in Hessen (24%), Nordrhein-Westfalen (17%) und Schleswig-Holstein (16%). Ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird voraussichtlich in

mehreren Ländern von großer Bedeutung sein, z.B. im Saarland (75%). Hier planen relativ viele Frühförderstellen, zum Teil zusätzlich, ein Tätigwerden niedergelassener Kinderärzt/innen in ihrer Einrichtung.

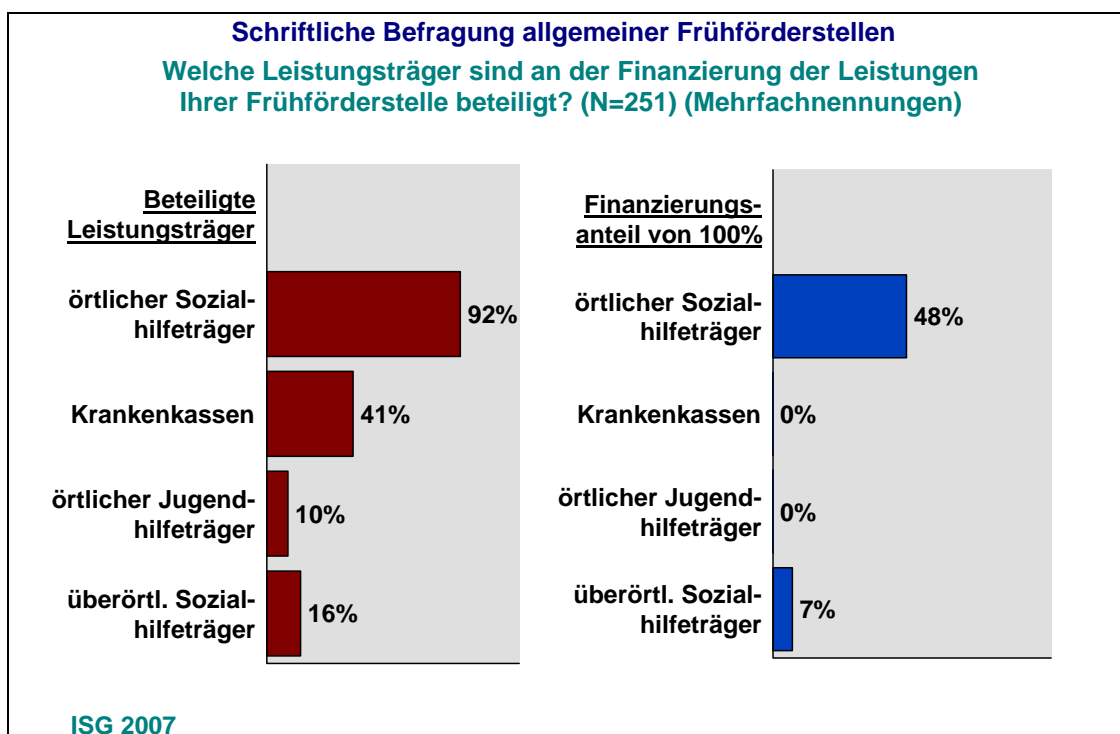
4.1.3 Leistungsträger und Vergütungsstrukturen

Als zuständige Leistungsträger für die Leistungen der Frühförderstellen kommen örtliche Sozialhilfeträger, örtliche Jugendhilfeträger, überörtliche Sozialhilfeträger und die Krankenkassen in Betracht. Traditionell werden die heilpädagogischen Leistungen von den Sozialhilfe- und Jugendhilfeträgern vergütet, medizinisch-therapeutische Leistungen als Heilmittel von den Krankenkassen.

Beteiligte Leistungsträger

Von den insgesamt befragten 265 Frühförderstellen gaben 251 Auskunft darüber, welche Leistungsträger an der Finanzierung ihrer Leistungen beteiligt sind. Demnach rechnen 92% der Frühförderstellen Leistungen mit dem örtlichen Sozialhilfeträger ab, darunter 48% allein mit diesem Leistungsträger und 44% anteilig. Die Krankenkassen sind an der Finanzierung der Leistungen von 41% der Frühförderstellen anteilig beteiligt. Der örtliche Jugendhilfeträger übernimmt bei insgesamt 10% der Frühförderstellen Kostenanteile. Mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger wiederum rechnen 16% der Frühförderstellen Leistungen ab, darunter 7% vollständig und 9% anteilig.

Abbildung 8:



In länderspezifischer Perspektive ergeben sich hinsichtlich der beteiligten Leistungsträger Besonderheiten:

- Auffällig ist, dass bei allen befragten Frühförderstellen in Baden-Württemberg (100%) und fast allen in Bayern (85%) die Krankenkassen anteilig an der Finanzierung der Leistungen beteiligt sind.
- Der örtliche Jugendhilfeträger übernimmt vergleichsweise häufig in Brandenburg (45%) und in Sachsen-Anhalt (40%) Kostenanteile der in den Frühförderstellen erbrachten Leistungen.
- Im Saarland rechnen alle befragten Frühförderstellen ihre Leistungen allein mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger ab. Darüber hinaus gibt die Hälfte der Frühförderstellen in Hessen an, Mittel des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu erhalten. Dabei handelt es sich um die seit dem 1. Januar 2006 kommunalisierten Zuwendungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

Tabelle 19:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Beteiligte Leistungsträger					
Land	Mit wem rechnen Sie Ihre Frühförderleistungen ab? (Mehrfachnennungen möglich)				N
	örtlicher Sozialhilfeträger	Krankenkassen	örtlicher Jugendhilfeträger	überörtl. Sozialhilfeträger	
Baden-Württemberg	100%	100%	14%	5%	21
Bayern	100%	85%	3%	6%	34
Brandenburg	100%	10%	45%	10%	20
Bremen	100%	-	-	-	2
Hamburg	100%	50%	-	-	2
Hessen	100%	57%	-	48%	21
Mecklenburg-Vorp.	80%	20%	20%	20%	10
Niedersachsen	92%	19%	6%	11%	36
Nordrhein-Westfalen	90%	29%	5%	17%	41
Rheinland-Pfalz	100%	-	-	-	3
Saarland	-	-	-	100%	8
Sachsen	100%	71%	-	-	14
Sachsen-Anhalt	80%	-	40%	20%	5
Schleswig-Holstein	89%	6%	22%	17%	18
Thüringen	94%	44%	6%	-	16
Deutschland	92%	41%	10%	16%	251

Das Befragungsergebnis, nach dem bei 16% der befragten allgemeinen Frühförderstellen der überörtliche Sozialhilfeträger an der Finanzierung der Leistungen beteiligt ist, ist zu relativieren. Möglich erscheint es, dass befragte Einrichtungen in kreisangehörigen

Städten und Gemeinden, die ihre Leistungen mit dem Kreissozialamt abrechnen, im Rahmen der Befragung irrtümlich den überörtlichen Sozialhilfeträger als beteiligten Leistungsträger ausgewiesen haben.

Insgesamt fällt auf, dass bundesweit nur 41% der Frühförderstellen angaben, dass sie Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, gleichzeitig aber – wie oben angeführt – 61% der Einrichtungen interdisziplinär besetzt sind, sie also mindestens eine Fachkraft aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich festangestellt beschäftigen. Man hätte erwarten können, dass alle interdisziplinär besetzten Frühförderstellen Finanzierungsanteile der Krankenkassen ausweisen, also die von festangestellten Therapeut/innen erbrachten Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden. Betrachtet man diesen Aspekt im Detail, dann zeigt sich, dass nur in einem Teil der Länder interdisziplinär besetzte Frühförderstellen angaben, Leistungen nicht auch mit den Krankenkassen abzurechnen. Dies trifft vor allem bei interdisziplinär besetzten Frühförderstellen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und im Saarland zu, aber auch für einen kleineren Teil der interdisziplinär besetzten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen und in Thüringen. Stichprobenartige Nachfragen bei Vertreter/innen von Einrichtungen in einigen der genannten Länder haben ergeben, dass diese interdisziplinär besetzten Frühförderstellen in der Regel nicht nach § 124 SGB V zur Abgabe von Heilmitteln zugelassen sind. Sie beschäftigen zwar festangestellte Fachkräfte mit einem therapeutischen Grundberuf (häufig handelt es sich um Ergotherapeut/innen), die aber als „Frühförder/innen“ eingesetzt werden. Die Leistungen dieser Frühförderstellen werden allein mit den Sozial- und Jugendhilfeträgern abgerechnet.

Kostenteilung

Die Kostenteilung der Frühförderleistungen spielt in Vertragsverhandlungen und der Diskussion um die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung eine zentrale Rolle. Für 213 und damit vier Fünftel der befragten Frühförderstellen hat die Befragung differenzierte Angaben zu Finanzierungsanteilen der Leistungsträger ergeben. Ein Fünftel der befragten Frühförderstellen beantwortete die entsprechende Frage nicht oder nur dahingehend, dass beteiligte Leistungsträger benannt, aber keine Angaben zu den Finanzierungsanteilen vorgenommen wurden.

In einem ersten Schritt soll die durchschnittliche Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern *über alle Einrichtungen* betrachtet werden. In die Berechnungen gehen damit auch diejenigen Frühförderstellen ein, bei denen die Krankenkassen nicht an der Finanzierung von Leistungen beteiligt sind. Hier wie im Folgenden werden dabei die Leistungen niedergelassener Heilmitteltherapeut/innen, die ggf. zusätzlich zu den Leistungen der Frühförderstellen erbracht werden, nicht berücksichtigt. Der bundesdurchschnittliche Finanzierungsanteil des örtlichen Sozialhilfeträgers beträgt demnach 78%, die Anteile der Krankenkassen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers betragen jeweils 10% und der Anteil des örtlichen Jugendhilfeträgers 1%.

Tabelle 20:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)

Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern**Durchschnittswerte über alle Einrichtungen**

(auch wenn Krankenkassen an der Finanzierung nicht beteiligt sind)

Land	Durchschnittliche Finanzierungsanteile in Prozent (gerundet)				N
	örtlicher Sozialhilfe- träger	Kranken- kassen	örtlicher Jugendhilfe- träger	überörtl. Sozialhilfe- träger	
Baden-Württemberg	63	37	1	-	15
Bayern	64	34	-	1	25
Brandenburg	95	0	4	1	19
Bremen	100	-	-	-	2
Hamburg	100	1	-	-	2
Hessen	74	14	-	12	16
Mecklenburg-Vorp.	82	4	2	11	9
Niedersachsen	88	3	2	7	30
Nordrhein-Westfalen	80	7	0	13	40
Rheinland-Pfalz*	100	-	-	-	3
Saarland	-	-	-	100	8
Sachsen	88	12	-	-	8
Sachsen-Anhalt	75	-	5	20	5
Schleswig-Holstein	85	0	4	11	16
Thüringen	94	6	-	-	15
Deutschland	78	10	1	10	213

* SPZ-Struktur in Rheinland-Pfalz

Differenziert nach Ländern ergibt sich das folgende Bild:

- Im Saarland ist allein der überörtliche Sozialhilfeträger zuständig. An der Finanzierung der Leistungen in den befragten Frühförderstellen in Bremen und Rheinland-Pfalz ist nur der örtliche Sozialhilfeträger beteiligt. Sein Finanzierungsanteil beträgt daher 100%.²⁵
- In Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen sind die Krankenkassen mit Anteilen von weniger als 10% an der Finanzierung beteiligt. Anzumerken ist hier, dass Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder beispielsweise in Hamburg häufig nicht durch Frühförderstellen, sondern durch niedergelassene

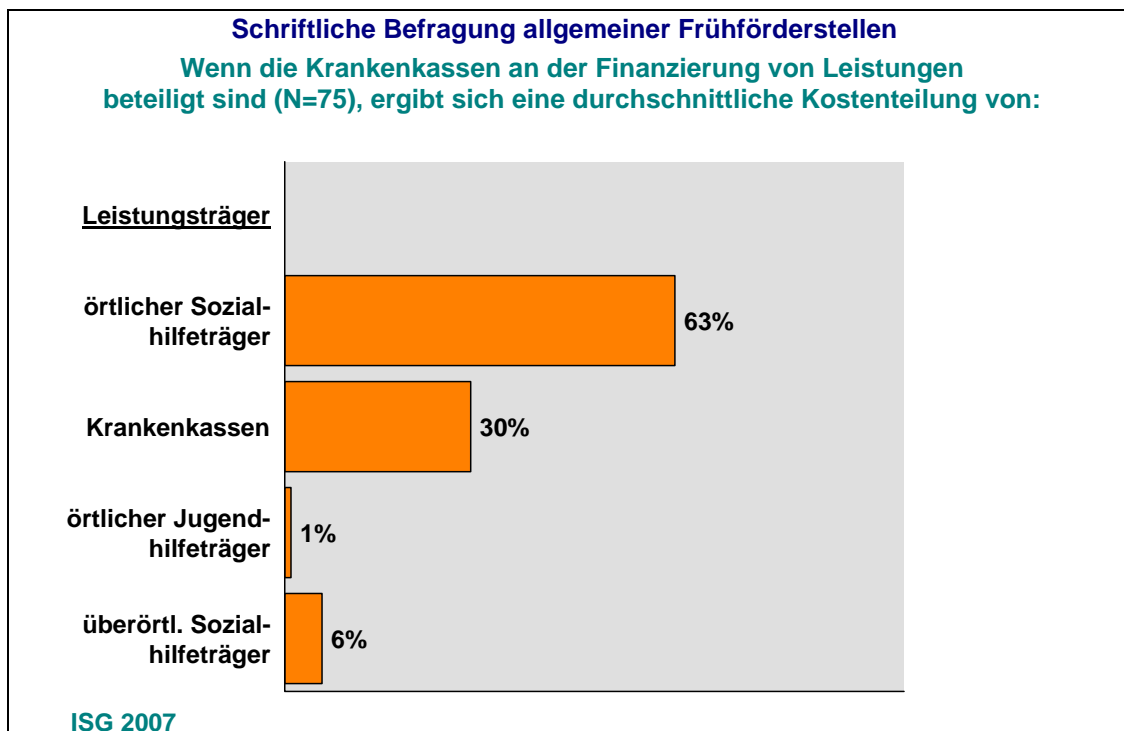
²⁵ In Rheinland-Pfalz ist dabei zu berücksichtigen, dass die Versorgung grundsätzlich durch die Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie erbracht wird und die vom Träger der Sozialhilfe finanzierten Frühförderstellen eine Ausnahme bilden. Vgl. Kapitel 4.2 (bundesweite Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren) des vorliegenden Berichts zu der Frühförderung in den Ländern.

Heilmitteltherapeut/innen oder die beiden Sozialpädiatrischen Zentren zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

- An den befragten Frühförderstellen in Hessen und Sachsen sind die Krankenkassen mit einem durchschnittlichen Finanzierungsanteil von mehr als 10% beteiligt.
- In Baden-Württemberg und Bayern ergeben sich durchschnittliche Kostenanteile des örtlichen Sozialhilfeträgers von 63% bzw. 64%. Die Krankenkassen sind mit durchschnittlich 37% bzw. 34% beteiligt.

In einem zweiten Analyseschritt werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern nur diejenigen Frühförderstellen in Betracht gezogen, *bei denen die Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt sind*. Dies ist bei 75 der befragten Frühförderstellen (35%, Basis: 213 Frühförderstellen) der Fall. Bei diesen trägt der örtliche Sozialhilfeträger durchschnittlich 63% der Kosten, die Krankenkassen 30%, der örtliche Jugendhilfeträger 1% und der überörtliche Sozialhilfeträger 6%.

Abbildung 9:



Differenziert nach Ländern ergibt sich das folgende Bild für die Variante, in der die Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt sind:

- In Bayern und Baden-Württemberg ist der durchschnittliche Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den Leistungen der Frühförderstellen vergleichsweise hoch und beträgt 37% bzw. 39%.
- In Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein ergeben sich sehr geringe Durchschnittswerte von Krankenkassenanteilen, da hier jeweils einzelne Einrichtungen Anteile der Krankenkassen von 1% bis 5% nannten.
- Mit Bremen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Sachsen-Anhalt fallen vier Länder aus der Betrachtung heraus, weil hier bei keiner der befragten Frühförderstellen die Krankenkassen an der Finanzierung von Leistungen beteiligt sind.

Tabelle 21:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern
Durchschnittswerte nur für Einrichtungen, bei denen Krankenkassen mit Finanzierungsanteil >1% beteiligt sind

Land	Durchschnittliche Finanzierungsanteile in Prozent (gerundet)				N
	örtlicher Sozialhilfeträger	Krankenkassen	örtlicher Jugendhilfeträger	überörtl. Sozialhilfeträger	
Baden-Württemberg	63	37	1	-	15
Bayern	59	39	-	2	22
Brandenburg	95	2	3	-	1
Bremen					
Hamburg	99	1	-	-	1
Hessen	63	29	-	9	8
Mecklenburg-Vorp.	80	20	-	-	2
Niedersachsen	36	22	18	25	4
Nordrhein-Westfalen	55	25	0	20	11
Rheinland-Pfalz					
Saarland					
Sachsen	77	24	-	-	4
Sachsen-Anhalt					
Schleswig-Holstein	70	5	25	-	1
Thüringen	86	14	-	-	6
Deutschland	63	30	1	6	75

§ 9 Abs. 3 FrühV sieht vor, dass die Aufteilung der Entgelte pauschaliert werden kann. Dabei darf in interdisziplinären Frühförderstellen der Finanzierungsanteil des Sozial- bzw. Jugendhilfeträgers 80% nicht übersteigen. Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen muss entsprechend bei mindestens 20% liegen. Vor diesem Hintergrund gehen in einem dritten Schritt nur die befragten Frühförderstellen in die Betrachtung ein, die einen *Finanzierungsanteil der Krankenkassen von 20% und mehr* ausweisen. Dies trifft auf 55 der befragten Frühförderstellen (26%) zu. Bei diesen trägt der örtliche Sozialhil-

feträger durchschnittlich 56% der Kosten, die Krankenkassen 38%, der örtliche Jugendhilfeträger 1% und der überörtliche Sozialhilfeträger 4%.

Tabelle 22:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern
Durchschnittswerte nur für Einrichtungen, bei denen Krankenkassen mit Finanzierungsanteil von 20% und mehr beteiligt sind

Land	Durchschnittliche Finanzierungsanteile in Prozent (gerundet)				N
	örtlicher Sozialhilfeträger	Krankenkassen	örtlicher Jugendhilfeträger	überörtl. Sozialhilfeträger	
Baden-Württemberg	56	43	1	-	12
Bayern	59	39	-	2	22
Brandenburg					
Bremen					
Hamburg					
Hessen	58	32	-	10	7
Mecklenburg-Vorp.	80	20	-	-	2
Niedersachsen	23	40	35	3	2
Nordrhein-Westfalen	33	40	-	27	5
Rheinland-Pfalz					
Saarland					
Sachsen	58	43	-	-	2
Sachsen-Anhalt					
Schleswig-Holstein					
Thüringen	77	23	-	-	3
Deutschland	56	38	1	4	55

Nach dieser Berechnungsvariante (Finanzierungsanteil der Krankenkassen von mindestens 20%) zeigt sich in länderspezifischer Perspektive Folgendes:

- Für Baden-Württemberg ergibt sich in diesen Fällen eine durchschnittliche Kostenteilung von 56% (örtlicher Sozialhilfeträger) zu 43% (Krankenkassen). Auf den örtlichen Jugendhilfeträger entfällt durchschnittlich 1%. Die Kostenteilung in Bayern beträgt (wie in Variante 2, da keine Frühförderstelle einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen von 1% bis unter 20% auswies) 59% (örtlicher Sozialhilfeträger) zu 39% (Krankenkassen) bei 22 Frühförderstellen. Auf den überörtlichen Sozialhilfeträger entfallen durchschnittlich 2%. Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch in Sachsen, hier beträgt die Kostenteilung 58% (örtlicher Sozialhilfeträger) zu 43% (Krankenkassen).
- In Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen liegt in diesen Fällen der Finanzierungsanteil der Krankenkassen bei 40%. Im Unterschied zu Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen spielen hier der örtliche Jugendhilfeträger (35% in Nieder-

sachsen) bzw. der überörtliche Sozialhilfeträger (27% in Nordrhein-Westfalen) eine große Rolle.

- In Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen beträgt in diesen Fällen die durchschnittliche Kostenteilung 80% zu 20% bzw. 77% zu 23%.

Zusammengefasst bleibt zur Frage der Kostenteilung festzuhalten: Über alle befragten Einrichtungen ergibt sich ein Finanzierungsanteil der Sozial- und Jugendhilfeträger von insgesamt durchschnittlich 90%. Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen beträgt durchschnittlich 10%. Wenn man aber berücksichtigt, dass die Krankenkassen nur bei 41% der befragten Frühförderstellen an der Finanzierung beteiligt sind und nur diese ausgewertet, beträgt in diesen Fällen der Finanzierungsanteil der Sozial- und Jugendhilfeträger insgesamt durchschnittlich 70% und der Finanzierungsanteil der Krankenkassen 30%. Bei rd. einem Viertel der befragten Einrichtungen wiederum beträgt der Finanzierungsanteil der Krankenkassen, wie in der FrühV vorgesehen, mindestens 20%. Stellt man auf diese Frühförderstellen ab, dann ergibt sich eine durchschnittliche Kostenteilung, nach der 62% der Kosten von den Sozial- und Jugendhilfeträgern getragen werden und 38% der Kosten von den Krankenkassen.

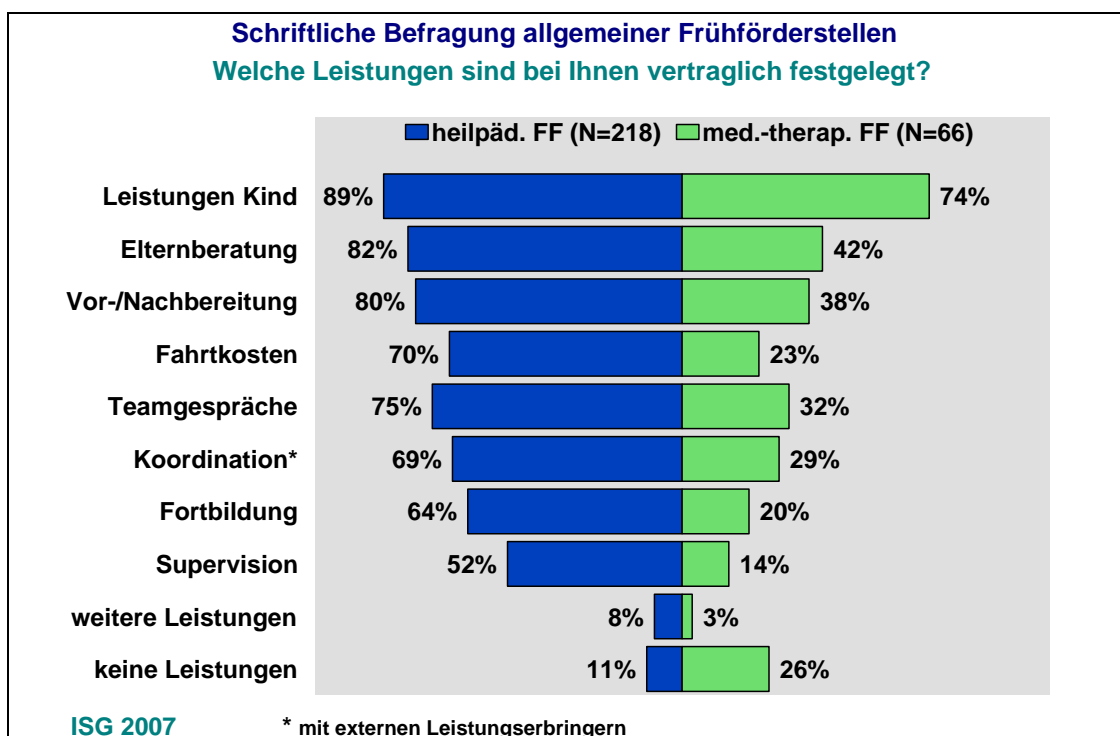
Vertragliche Festlegungen

Unstrittig ist, dass unmittelbar kind- und elternbezogene Komponenten der Frühförderleistungen in die Finanzierung durch die beteiligten Leistungsträger einbezogen werden. Schwierig wird es, wenn eher „indirekte“ Leistungen von Frühförderstellen in Betracht gezogen werden. Solche Leistungen, die sich zum Teil nicht unmittelbar einem Leistungsträger zuordnen lassen, werden auch als „Korridorleistungen“ bezeichnet. Hinsichtlich der Frage, welche (Teil-)Leistungen der Frühförderstellen vertraglich festgelegt sind, ergibt sich folgendes Antwortbild:

- Bezogen auf die *heilpädagogische Frühförderung* berichten 11% der befragten Frühförderstellen, dass hinsichtlich ihrer Leistungen gar keine vertraglichen Festlegungen existieren. Möglicherweise besteht bei diesen ein (zeitweilig) vertragsloser Zustand. Bei 89% der Frühförderstellen dagegen sind im Bereich der heilpädagogischen Frühförderung zumindest die unmittelbar kindbezogenen Förderleistungen (in Art, Umfang, Vergütung etc.) festgelegt und bei 82% Leistungen für die Eltern (Beratung, Anleitung). Weitere Leistungskomponenten sind zum Teil deutlich seltener Bestandteil der Verträge mit den Leistungserbringern.
- Bezogen auf *medizinisch-therapeutische Behandlungsmaßnahmen* erklären 26% der antwortenden Frühförderstellen (mit einem entsprechenden Leistungsangebot), dass keine vertraglichen Festlegungen bestehen. Gründe dafür könnten ausgelaufene Verträge und Neuverhandlungen sein oder der Umstand, dass die Heilmittelrichtlinien (ohne ergänzende Vereinbarungen) Anwendung finden. Bei 74% der Frühförderstellen dagegen sind zumindest die unmittelbar kindbezogenen Behandlungsleistungen im Rahmen medizinisch-therapeutischer Behandlungsmaßnahmen vertraglich fixiert, Leistungen für die Eltern aber nur bei 42%.

Weitere Teilleistungen im medizinisch-therapeutischen Bereich sind bei 14% bis 38% der Frühförderstellen Vertragsbestandteil.

Abbildung 10:



Wie oben angeführt, setzte zum Jahresende 2006 lediglich ein Teil der Frühförderstellen in Bayern und Sachsen die Komplexleistung Frühförderung um. Für diese gelten die Vorgaben der auf Landesebene abgeschlossenen Rahmenverträge. Nach dem bayerischen Rahmenvertrag sind alle der oben angeführten Leistungen bis auf die Komponenten Fortbildung und Supervision Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung. Der Sächsische Rahmenvertrag trifft hierzu keine Aussage.

Obergrenzen für Leistungen

Bei 54% der befragten Frühförderstellen sind Obergrenzen für die Leistungen festgelegt worden. Dabei gilt für 32% aller Einrichtungen, dass die Leistungen für das einzelne geförderte Kind eine bestimmte Anzahl von Fördereinheiten im Jahr nicht überschreiten darf. 12% der Frühförderstellen erklären, dass für die gesamte Einrichtung eine Obergrenze der jährlich zu fördernden Kinder zu beachten ist. Bei 6% der Einrichtungen gilt sowohl eine Obergrenze für das einzelne Kind als auch für die Einrichtung insgesamt.

Abbildung 11:

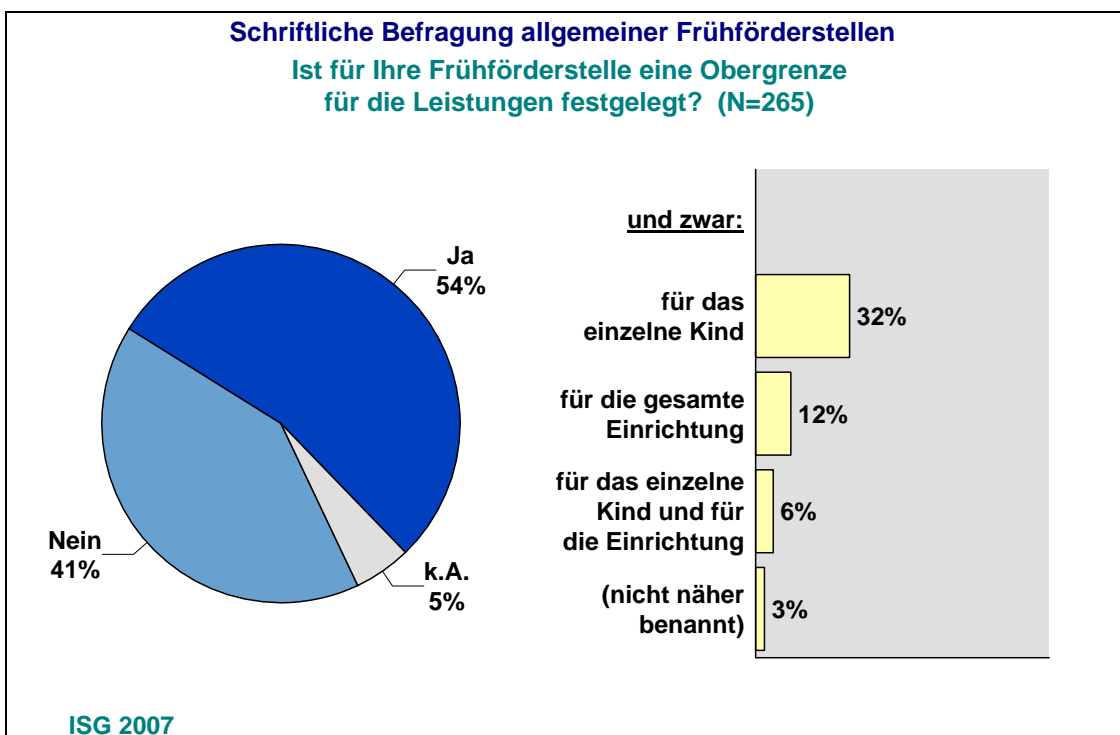


Tabelle 23:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
Ist für Ihre Frühförderstelle eine Obergrenze für Leistungen festgelegt?

Land	Ja	und zwar:				N
		für das einzelne Kind	für die gesamte Einrichtung	für das einzelne Kind u. die Einrichtung	nicht näher benannt	
Baden-Württemberg	36%	9%	23%	-	5%	22
Bayern	82%	62%	8%	8%	5%	39
Brandenburg	24%	14%	-	5%	5%	21
Bremen	100%	100%	-	-	-	2
Hamburg	100%	100%	-	-	-	2
Hessen	29%	5%	5%	14%	5%	21
Mecklenburg-Vorp.	40%	40%	-	-	-	10
Niedersachsen	44%	31%	11%	3%	-	36
Nordrhein-Westfalen	59%	26%	22%	7%	4%	46
Rheinland-Pfalz	33%	33%	-	-	-	3
Saarland	63%	63%	-	-	-	8
Sachsen	71%	14%	21%	36%	-	14
Sachsen-Anhalt	60%	40%	20%	-	-	5
Schleswig-Holstein	53%	47%	5%	-	-	19
Thüringen	71%	35%	24%	6%	6%	17
Deutschland	54%	32%	12%	6%	3%	265

Vertragliche Festlegungen zum vergütungsfähigen Leistungsvolumen je Kind oder je Einrichtung liegen überdurchschnittlich häufig bei Frühförderstellen in Bayern (82%), Sachsen und Thüringen (jeweils 71%) vor, darüber hinaus bei jeweils beiden der befragten Frühförderstellen in Bremen und Hamburg. Vergleichsweise selten gelten Grenzen für die Leistungen je Kind bzw. für die Anzahl der geförderten Kinder je Einrichtung dagegen in Baden-Württemberg (36%), Brandenburg (24%) und Hessen (29%).

Diagnostik sowie Förder- und Behandlungsplanung

Zum Zeitpunkt der Befragung rechneten 17% der befragten Frühförderstellen diagnostische Leistungen zur Förder- und Behandlungsplanung mit den Krankenkassen ab, 25% mit dem Sozialhilfeträger und 6% anteilig mit beiden. 48% der Frühförderstellen gaben an, dass diagnostische Leistungen gar nicht finanziert werden, und 5% machten keine Angaben.

Tabelle 24:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Abrechnung von Leistungen der Diagnostik						
Land	Abrechnung Diagnostik mit...					N
	Kranken- kassen	Sozial- hilfe- träger	beiden	gar nicht	keine Angabe	
Baden-Württemberg	-	41%	9%	45%	-	22
Bayern	67%	8%	10%	15%	-	39
Brandenburg	-	14%	-	71%	14%	21
Bremen	-	-	-	100%	-	2
Hamburg	-	-	-	100%	-	2
Hessen	-	10%	19%	71%	-	21
Mecklenburg-Vorp.	20%	10%	-	70%	-	10
Niedersachsen	11%	31%	6%	50%	3%	36
Nordrhein-Westfalen	4%	37%	4%	41%	13%	46
Rheinland-Pfalz	-	-	-	100%	-	3
Saarland	-	88%	-	13%	-	8
Sachsen	57%	7%	21%	14%	-	14
Sachsen-Anhalt	-	40%	-	40%	20%	5
Schleswig-Holstein	-	32%	-	68%	-	19
Thüringen	6%	18%	-	71%	6%	17
Deutschland	17%	25%	6%	48%	5%	265

In länderspezifischer Perspektive zeigt sich, dass 67% der Frühförderstellen in Bayern und 57% der Frühförderstellen in Sachsen Diagnostikeinheiten vollständig mit den Krankenkassen abrechnen. Es handelt sich in beiden Ländern (mit jeweils einer Ausnahme) um die Frühförderstellen, die die Komplexleistung Frühförderung schon umsetzen oder kurzfristig in 2007 (mit festem Starttermin) umsetzen werden. Dies erklärt

sich durch Regelungen der entsprechenden Landesrahmenempfehlungen: Nach § 7 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen und § 13 Abs. 3 des Rahmenvertrages in Bayern werden Leistungen der Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung von Seiten der Krankenkassen finanziert. Offenbar sind aber auch abweichende Regelungen möglich: Vereinzelt erklären Frühförderstellen in Bayern und Sachsen mit einer vertraglichen Regelung zur Erbringung der Komplexleistung, dass diagnostische Leistungen anteilig von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern finanziert werden. Für die anderen Länder ergibt sich ein Bild, nach dem Diagnostikeinheiten bei einem Teil der Frühförderstellen vom Sozialhilfeträger, bei einem anderen Teil von keinem Leistungsträger vergütet werden.

Weitere Finanzierungsanteile

Knapp die Hälfte der befragten Frühförderstellen (48%) erklärt, dass sie neben der Vergütung durch die beteiligten Leistungsträger über keine weiteren Mittel zur Refinanzierung von Leistungen verfügen, die andere Hälfte (52%) verfügt dagegen über weitere Mittel. Die Höhe dieser Mittel wurde nicht erhoben. Relevant sind in diesem Zusammenhang Trägeranteile, die von 24% der Frühförderstellen zur Finanzierung von Leistungen bzw. – aus Sicht der Einrichtungen – zum „Defizitausgleich“ eingesetzt werden. Ebenfalls 24% können Spendenmittel einsetzen. Dabei weisen einige Frühförderstellen darauf hin, dass Spenden zum einen in ihrem Aufkommen nicht planbar sind und sie zum anderen teilweise zweckgebunden (z.B. bestimmte Fördermaterialien) oder als Sachspende (z.B. ein Kraftfahrzeug) erfolgen. 20% der befragten Einrichtungen verweisen darauf, dass sie Zuwendungen von Seiten des Landes erhalten. Jeweils 6% können auf kommunale Mittel bzw. Stiftungsmittel zurückgreifen. 8% der Einrichtungen schließlich erklären, dass sie über andere Mittel zur Refinanzierung von Leistungen verfügen. Von Seiten der bayerischen Frühförderstellen werden hier häufig Mittel des Kultusministeriums genannt. Vereinzelt nennen Frühförderstellen in diesem Zusammenhang Mitgliedsbeiträge oder Zuschüsse, die von Dachverbänden beigesteuert werden.

Nach einer Länderdifferenzierung der Ergebnisse zeigt sich, dass von landesseitigen Zuwendungen insbesondere Frühförderstellen in Baden-Württemberg (95% der Einrichtungen), in Sachsen (86%) und in Hessen (52%) profitieren. In der Hälfte der Länder erhielt keine der befragten Einrichtungen eine Landesförderung.

Abbildung 12:

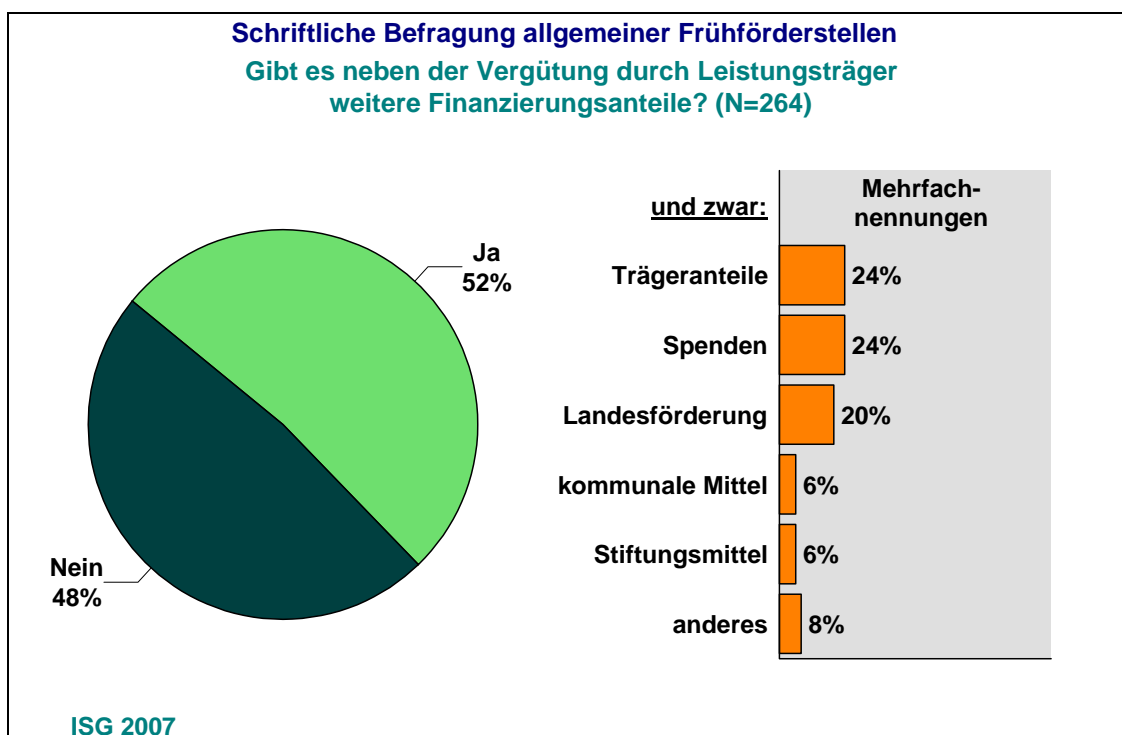


Tabelle 25:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)
Gibt es neben der Vergütung durch Leistungsträger weitere Finanzierungsanteile?

Land	Ja	darunter:						N
		Landes- förderung	kommunale Förderung	Stiftungsmittel	Spenden	Trägeranteile	andere	
Baden-Württemberg	100%	95%	23%	5%	50%	55%	9%	22
Bayern	64%	10%	5%	3%	31%	26%	28%	39
Brandenburg	33%	5%	-	10%	14%	24%	5%	21
Bremen	-	-	-	-	-	-	-	2
Hamburg	-	-	-	-	-	-	-	2
Hessen	86%	52%	10%	10%	14%	33%	5%	21
Mecklenburg-Vorp.	40%	10%	-	10%	20%	10%	-	10
Niedersachsen	28%	6%	-	6%	17%	19%	-	36
Nordrhein-Westfalen	63%	-	13%	17%	46%	33%	11%	46
Rheinland-Pfalz	67%	-	-	-	33%	33%	33%	3
Saarland	38%	-	-	-	25%	25%	-	8
Sachsen	86%	86%	-	-	7%	14%	-	14
Sachsen-Anhalt	20%	-	20%	-	-	-	-	5
Schleswig-Holstein	-	-	-	-	-	-	-	19
Thüringen	24%	-	-	-	12%	12%	6%	17
Deutschland	52%	20%	6%	6%	24%	24%	8%	265

4.1.4 Geförderte Kinder und regionale Versorgungssituation

Nach der Sozialhilfestatistik erhielten am Jahresende 2006 insgesamt rd. 41.100 Kinder heilpädagogische Leistungen in ambulanter Form und weitere rd. 30.100 Kinder Leistungen in teilstationärer Form, zusammen also rd. 71.200 Kinder in Privathaushalten. Im gesamten Jahresverlauf 2006 nahmen rd. 122.200 Kinder heilpädagogische Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch.²⁶

Anzahl der geförderten Kinder nach der ISG-Befragung

Nach den Befragungsergebnissen förderten 242 der befragten Frühförderstellen im *Jahresverlauf 2005* insgesamt rd. 44.000 Kinder. Die Spannweite der Zahl der betreuten Kinder ist groß und liegt zwischen 8 und 1.900 betreuten Kindern. Im Bundesdurchschnitt begleitete eine Frühförderstelle 182 Kinder und deren Eltern. Die Hälfte der Frühförderstellen förderte weniger als 131 Familien (Median), mehr als ein Drittel (36%) weniger als 100 Familien. 216 der befragten Frühförderstellen gaben Auskunft darüber, wie viele Kinder sie stichtagsbezogen versorgten. Demnach erhielten am 31.10.2006 rd. 32.500 Kinder und deren Eltern Leistungen zur Frühförderung. Die Spannweite liegt zwischen 1 und 1.600 Kindern. Durchschnittlich begleitete eine Frühförderstelle am Stichtag 150 Kinder; die Hälfte versorgte weniger als 100 Kinder (Median).

Auf der Basis von 213 gültigen Antworten lässt sich festhalten, dass im Jahr 2005 mit 31% fast ein Drittel der geförderten Kinder von Seiten der Frühförderstellen sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen im Komplex erhielt. 57% der Kinder erhielten dagegen ausschließlich Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung und 13% ausschließlich medizinisch-therapeutische Leistungen. Für den Stichtag 31.10.2006 ergibt sich ein fast identisches Verteilungsbild. Nach den Angaben von 188 Frühförderstellen erhielten 33% heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen im Komplex, 58% ausschließlich heilpädagogische Leistungen und 9% ausschließlich medizinisch-therapeutische Leistungen. Deutlich darauf hinzuweisen ist, dass nur die in bzw. durch die befragten Frühförderstellen erbrachten Leistungen erfasst wurden. Es kann an dieser Stelle keine Aussage darüber getroffen werden, wie häufig die von Seiten der Frühförderstellen geförderten Kinder zusätzlich Leistungen von anderen Leistungserbringern, z.B. niedergelassenen Heilmitteltherapeut/innen erhielten.

²⁶ Vgl. Abschnitt 3.1.3 des vorliegenden Berichts. Ein kleiner Teil dieser Kinder erhält heilpädagogische Leistungen, die nicht zur Frühförderung im hier definierten Sinne gehören. Die Bundesregierung gibt den quantitativen Bedarf mit 40.000 behinderten oder von Behinderung bedrohter Kinder an, was offenbar zu niedrig angesetzt ist. Vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Gemeinsame Pressemitteilung vom 30. November 2004: „Frühförderung als Komplexleistung umsetzen!“

Abbildung 13:

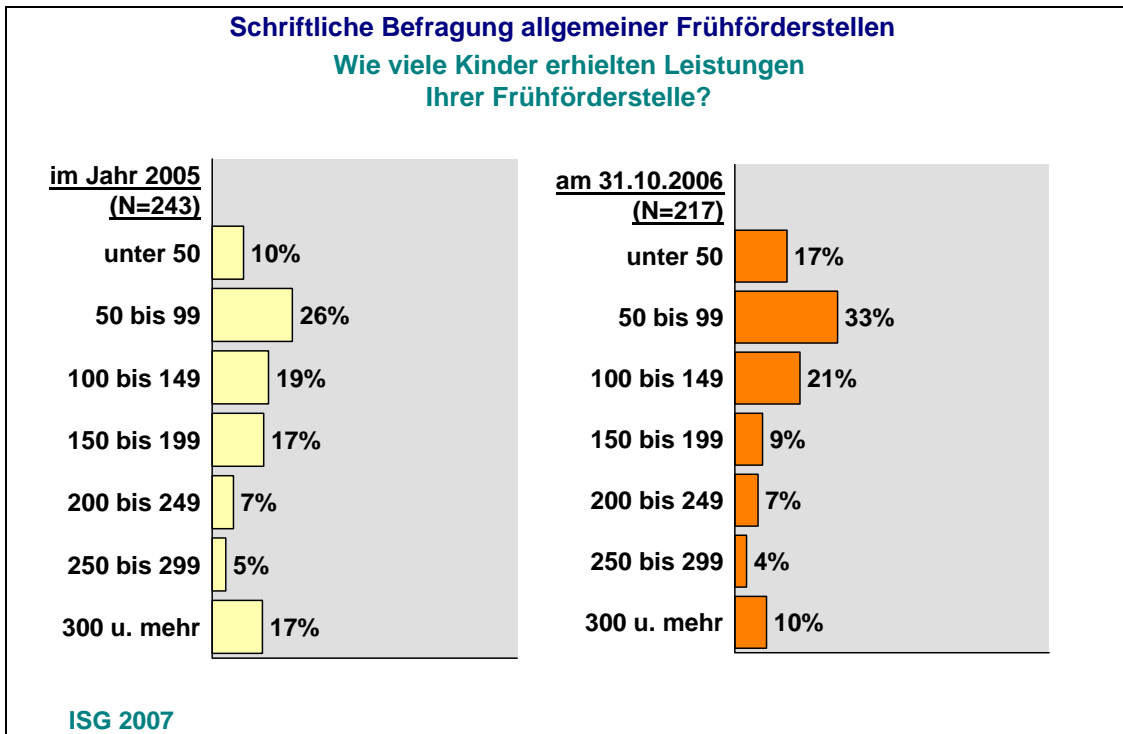
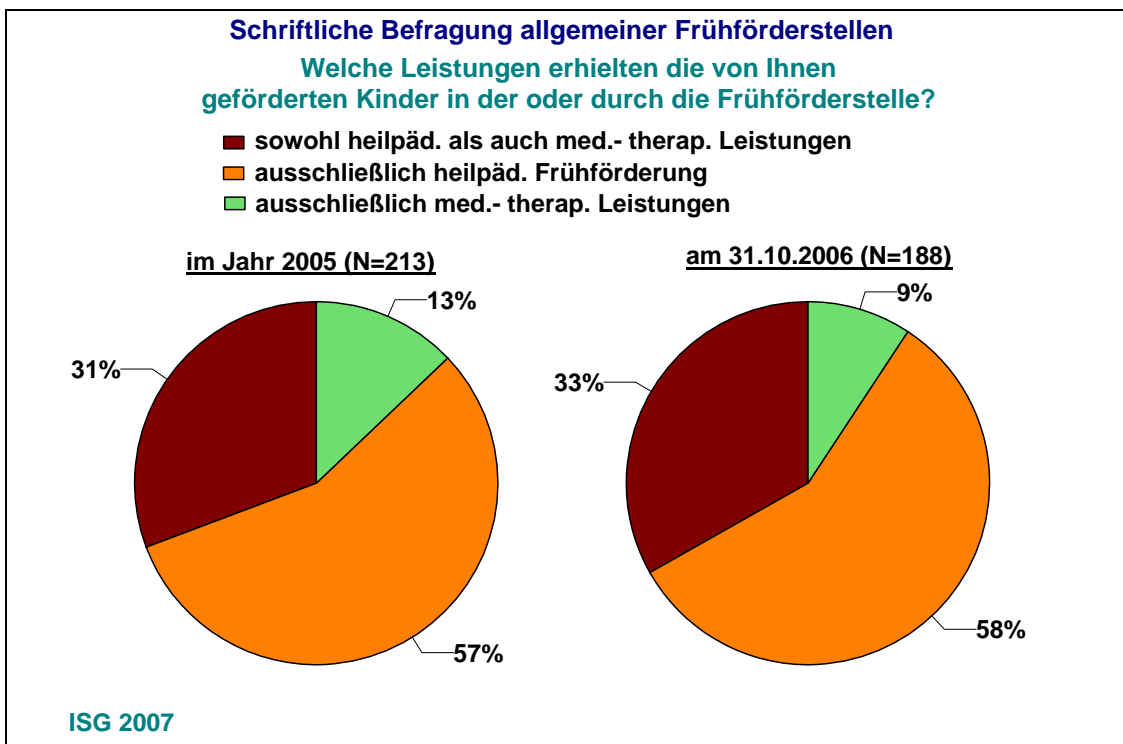


Abbildung 14:



Versorgungsquoten und Hochrechnung: Allgemeine Frühförderung

Eine bevölkerungsproportionale Hochrechnung der Zahl versorgter Kinder in allgemeinen Frühförderstellen setzt voraus, dass die befragten Frühförderstellen sowohl die Frage nach den von ihnen versorgten Kindern beantworteten als auch die Frage zur Einwohnerzahl im Versorgungsgebiet. Des Weiteren dürfen im Versorgungsgebiet keine weiteren allgemeinen Frühförderstellen eingerichtet sein. Aufgrund dieser (engen) Voraussetzungen stützt sich die Hochrechnung auf 75 Frühförderstellen, in deren Einzugsgebiet rd. 720.000 Kinder bis einschließlich 6 Jahren leben und die am Stichtag rd. 13.000 Kinder versorgten.

Tabelle 26:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Geförderte Kinder am Stichtag 31.10.2006 - Hochrechnung					
Land	N	Kinder im Einzugsgebiet	Versorgte Kinder		Hochrechnung Stichtag
			Anzahl	Quote	
Baden-Württemberg	5	101.146	1.076	1,06%	7.600
Bayern	15	115.733	2.502	2,16%	17.600
Brandenburg	7	37.903	927	2,45%	3.200
Hessen	6	83.653	2.161	2,58%	10.100
Mecklenburg-Vorp.	4	14.515	356	2,45%	2.200
Niedersachsen	11	100.678	1.295	1,29%	6.800
Nordrhein-Westfalen	13	205.173	3.131	1,53%	17.700
Saarland	2	14.632	297	2,03%	1.200
Sachsen	3	13.000	530	4,08%	9.200
Sachsen-Anhalt	2	6.015	134	2,23%	2.700
Schleswig-Holstein	4	22.017	215	0,98%	1.800
Thüringen	3	8.851	291	3,29%	3.900
gesamt	75	723.317	12.915	1,79%	84.000

Demnach ist davon auszugehen, dass bundesweit – ohne Bremen und Hamburg (wo keine Hochrechnungsbasis zur Verfügung steht) sowie Berlin und Rheinland-Pfalz (rein sozialpädiatrische Versorgungsstruktur) – *stichtagsbezogen* rd. 84.000 Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren Leistungen allgemeiner Frühförderstellen erhielten. Die bundesweite Versorgungsquote beträgt auf Basis dieser Schätzung 1,7%. Legt man diesen Mittelwert auch für Bremen und Hamburg zu Grunde, dann ergibt sich für die bundesweit von allgemeinen Frühförderstellen versorgten Kinder unter 7 Jahren ein Schätzwert von rd. 86.500 Kindern, die stichtagsbezogen Leistungen der Frühförderung in allgemeinen Frühförderstellen erhalten. Hier nicht einbezogen sind die in den Ländern Berlin und Rheinland-Pfalz durch sozialpädiatrische Einrichtungen versorgten Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren.

Eine Hochrechnung der *im Jahresverlauf 2005* geförderten Kinder stützt sich auf die Angaben von insgesamt 86 Frühförderstellen. Von diesen wurden insgesamt rd.

96.000 Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren versorgt (Tabelle 27) bzw. von rd. 100.000 Kindern, wenn man Schätzungen für Bremen und Hamburg ergänzt. Die Relation zwischen Stichtagszahl und Jahresgesamtzahl beträgt 87% und ist damit doppelt so hoch wie in den SPZ (s.u. 4.3.3), d.h. dass in allgemeinen Frühförderstellen deutlich mehr längerfristige Behandlungen zu verzeichnen sind als in Sozialpädiatrischen Zentren.

Tabelle 27:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Geförderte Kinder im Jahr 2005 - Hochrechnung					
Land	N	Kinder im Einzugsgebiet	Versorgte Kinder		Hochrechnung
			Anzahl	Quote	
Baden-Württemberg	8	178.177	1.988	1,12%	9.200
Bayern	15	134.682	2.819	2,09%	19.700
Brandenburg	7	43.763	1.053	2,41%	3.700
Hessen	9	154.429	4.138	2,68%	12.100
Mecklenburg-Vorp.	4	16.759	482	2,88%	3.000
Niedersachsen	11	114.942	1.683	1,46%	8.900
Nordrhein-Westfalen	18	307.513	4.372	1,42%	19.000
Saarland	2	16.894	420	2,49%	1.600
Sachsen	3	15.010	535	3,56%	9.200
Sachsen-Anhalt	2	6.945	117	1,68%	2.400
Schleswig-Holstein	4	25.421	227	0,89%	1.900
Thüringen	3	10.219	413	4,04%	5.500
gesamt	86	1.024.753	18.247	1,78%	96.200

Wartezeiten

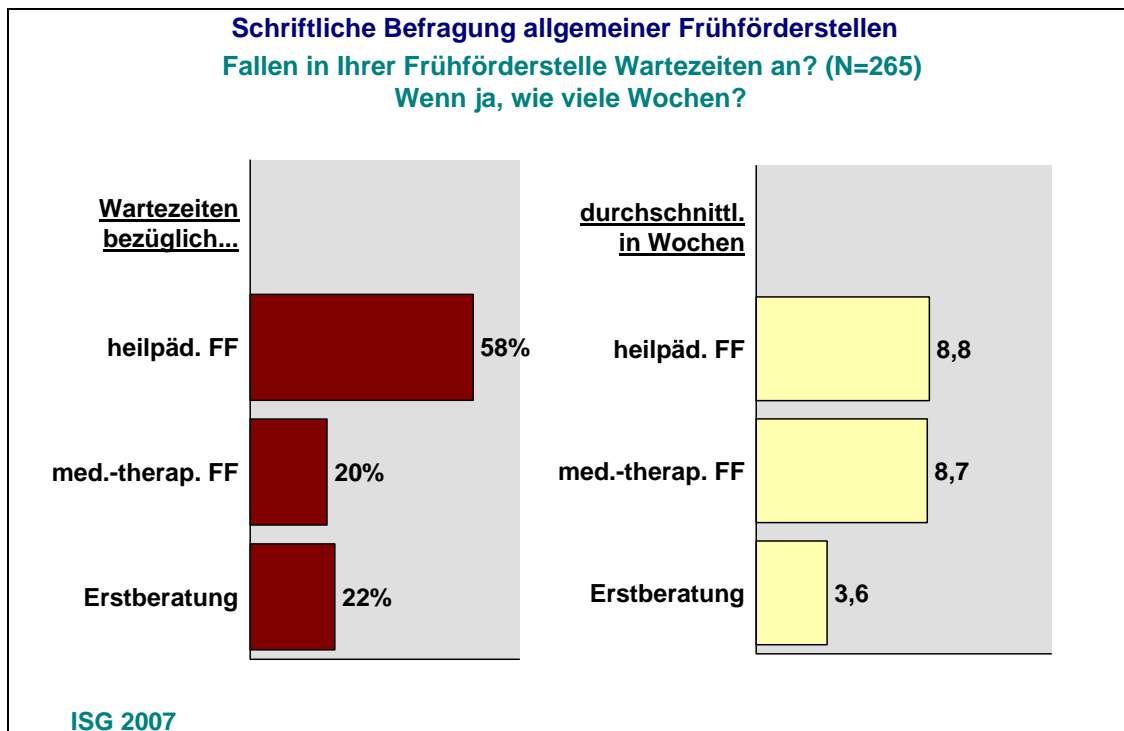
Die jahres- und stichtagsbezogenen Leistungsfälle der Frühförderstellen weisen den gedeckten quantitativen Bedarf an Frühförderleistungen aus. In der Fachdiskussion wird häufig von Wartezeiten berichtet, die Kinder und Eltern in Kauf nehmen müssen, bevor sie Leistungen erhalten. Auch an diesen Fällen lässt sich ein Bedarf erkennen, die Bedarfsdeckung kann aber nur zeitlich verzögert erfolgen.

- 58% der Frühförderstellen geben an, dass Eltern und ihre Kinder vor Inanspruchnahme von heilpädagogischen Leistungen Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Die Dauer der Wartezeit beträgt durchschnittlich rd. 9 Wochen. Die Hälfte der Frühförderstellen berichtet von Wartezeiten von weniger als 6 Wochen. Am häufigsten beträgt sie 4 Wochen.
- Bei 20% der befragten Frühförderstellen müssen Eltern und ihre Kinder Wartezeiten vor Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen einkalkulieren. Prozentuiert auf die Anzahl der Frühförderstellen, die überhaupt über entsprechende Fachkräfte verfügen und ein medizinisch-therapeutisches Leistungsangebot vorhalten, liegt der Anteil bei 55%. Auch hier beträgt der Durchschnitts-

wert knapp 9 Wochen und der meist genannte Wert 4 Wochen. Die Hälfte der Einrichtungen berichtet von einer Wartezeit von höchstens 4 Wochen.

- Vor der Inanspruchnahme der Leistungen steht die Eingangsberatung der Eltern betroffener Kinder bzw. das Erstgespräch. Auch hierbei können sich Wartezeiten ergeben, davon berichten 22% der befragten Einrichtungen. Im Durchschnitt aller entsprechenden Angaben vergehen zwischen erster, in der Regel telefonischer Kontaktaufnahme und der Eingangsberatung 3,6 Wochen, die Hälfte der Einrichtungen mit Wartezeiten berichtet von höchstens 2 Wochen.

Abbildung 15:



In einer länderspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass Frühförderstellen in Baden-Württemberg (68%), Bayern (62%), Hessen (95%) und Nordrhein-Westfalen (74%) überdurchschnittlich häufig von Wartezeiten bezogen auf heilpädagogische Frühförderleistungen berichten. Während die durchschnittliche Wartezeit in Baden-Württemberg aber im Bundesdurchschnitt und Bayern sogar darunter liegt, ergeben sich für Nordrhein-Westfalen und Hessen vergleichsweise hohe Werte, für Nordrhein-Westfalen ein Mittelwert von 12,1 Wochen und für Hessen von 12,3 Wochen. Die Befragungsergebnisse für Brandenburg deuten auf ausgeprägte regionale Unterschiede hin: Hier berichtet zwar weniger als die Hälfte der befragten Frühförderstellen überhaupt von Wartezeiten, in diesen Fällen allerdings ergibt sich ein hoher Mittelwert von 14,6 Wochen.

Tabelle 28:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Wartezeiten - Heilpädagogische Frühförderung						
Land	N	%	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Baden-Württemberg	15	68%	2	28	8,3	6,0
Bayern	24	62%	2	20	6,6	4,5
Brandenburg	9	43%	3	36	14,6	12,0
Bremen	1	50%	5	5	5,0	5,0
Hamburg	1	50%	2	2	1,5	1,5
Hessen	20	95%	2	56	12,3	9,0
Mecklenburg-Vorp.	3	30%	1	4	2,3	2,0
Niedersachsen	20	56%	2	12	5,0	4,0
Nordrhein-Westfalen	34	74%	2	28	12,1	12,0
Rheinland-Pfalz	1	33%	7	7	7,0	7,0
Saarland	4	50%	2	5	3,8	4,0
Sachsen	6	43%	1	24	10,8	7,0
Sachsen-Anhalt	2	40%	4	6	5,0	5,0
Schleswig-Holstein	7	37%	1	4	3,0	4,0
Thüringen	4	24%	1	10	6,3	7,0
Deutschland	151	57%	1	56	8,8	6,0

Überdurchschnittlich lange Wartezeiten bezogen auf medizinisch-therapeutische Leistungen ergeben sich nach den Befragungsergebnissen vor allem für 43% der Frühförderstellen in Hessen (13,6 Wochen). In Bayern dagegen berichten 56% der Frühförderstellen von Wartezeiten, die durchschnittlich 4 Wochen betragen.

Was die Erstberatung angeht, erklärt zwar fast die Hälfte der Frühförderstellen in Bayern, dass Wartezeiten anfallen. Der Durchschnittswert liegt dabei mit 2,8 Wochen relativ niedrig. Relativ hohe Werte ergeben sich dagegen für 38% der Frühförderstellen in Hessen (4,5 Wochen) und für 24% der Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen (6,7 Wochen).

Insgesamt zeigt sich damit bei der Frage nach den Wartezeiten ein sehr heterogenes Antwortbild. Zum einen ergeben sich Unterschiede zwischen den Ländern, zum anderen zwischen verschiedenen Regionen innerhalb eines Landes. Darauf deutet erstens der Umstand hin, dass bei einigen Frühförderstellen offenbar gar keine Wartezeiten anfallen. Zweitens weisen die von Frühförderstellen eines Landes angegebenen Wartezeiten in der Regel hohe Spannweiten auf. Insgesamt die Hälfte der befragten Frühförderstellen erklärte im Übrigen, dass in besonders dringenden Fällen Wartezeiten entfallen und das Kind und seine Eltern ohne Zeitverzögerung Leistungen erhalten.

Tabelle 29:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)						
Wartezeiten - Erstberatung						
Land	N	%	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Baden-Württemberg	4	18%	2	6	3,3	2,5
Bayern	18	46%	1	8	2,8	2,0
Brandenburg	3	14%	2	6	4,0	4,0
Bremen	0	0%				
Hamburg	1	50%	2	2	1,5	1,5
Hessen	8	38%	2	12	4,5	4,0
Mecklenburg-Vorp.	1	10%	1	1	1,0	1,0
Niedersachsen	7	19%	1	4	2,1	2,0
Nordrhein-Westfalen	11	24%	1	27	6,7	4,0
Rheinland-Pfalz	0	0%				
Saarland	0	0%				
Sachsen	2	14%	1	1	1,0	1,0
Sachsen-Anhalt	0	0%				
Schleswig-Holstein	2	11%	1	2	1,5	1,5
Thüringen	2	12%	1	2	1,5	1,5
Deutschland	59	22%	1	27	3,6	2,0

Einschätzungen zu der regionalen Versorgungssituation

44% der befragten Frühförderstellen schätzen die aktuelle regionale Versorgungssituation von Kindern mit Frühförderungsbedarf und deren Eltern als ausreichend an. Eine knappe Mehrheit von 56% sieht dagegen Defizite in der örtlichen Versorgung. Kritisch wird die Situation dabei insbesondere von Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen wahrgenommen. Hier schätzen 70% bzw. 82% der befragten Einrichtungen die regionale Versorgungssituation als unzureichend ein. In Hamburg und Bremen zeigen sich jeweils beide der befragten Frühförderstellen unzufrieden. Vergleichsweise günstige Einschätzungen ergeben sich dagegen für das Saarland (75%), Sachsen-Anhalt (60%) und Schleswig-Holstein (63%). Die befragten Frühförderstellen in diesen Ländern sehen die Versorgungssituation von Kindern mit Frühförderungsbedarf in ihrer Region mehrheitlich positiv.

Tabelle 30:

Schriftliche Befragung allgemeiner Frühförderstellen (Dezember 2006)					
Einschätzung der regionale Versorgungssituation					
Land	Derzeitige Versorgungssituation von Kindern mit Frühförderbedarf in der Region?			N	
	ausreichend	unzureichend	k.A.		
Baden-Württemberg	41%	50%	9%	22	
Bayern	46%	51%	3%	39	
Brandenburg	43%	48%	10%	21	
Bremen	-	100%	-	2	
Hamburg	-	100%	-	2	
Hessen	29%	62%	10%	21	
Mecklenburg-Vorp.	10%	70%	20%	10	
Niedersachsen	42%	53%	6%	36	
Nordrhein-Westfalen	48%	46%	7%	46	
Rheinland-Pfalz	33%	67%	-	3	
Saarland	75%	-	25%	8	
Sachsen	36%	64%	-	14	
Sachsen-Anhalt	60%	40%	-	5	
Schleswig-Holstein	63%	37%	-	19	
Thüringen	18%	82%	-	17	
Deutschland	42%	52%	6%	265	

Günstige Einschätzungen werden häufig damit begründet, dass vor Ort ein gut ausgebautes Netz unterschiedlicher Leistungserbringer existiere. Einige Frühförderstellen weisen zudem darauf hin, dass sie flexibel auf Bedarfe reagieren können, z.B. durch das Ableisten von Mehrstunden oder zeitweilige Personalerweiterung. Kritische Einschätzungen heben beispielsweise auf zu lange Wartezeiten, auf ablehnende Bescheide der Leistungsträger ab oder darauf, dass der Zugang zur Frühförderung nicht niederschwellig sei.

Kommentare zu der regionalen Versorgungssituation von Kindern mit Bedarf an Frühförderung

Die Versorgungssituation ist <i>ausreichend</i> , weil...
<ul style="list-style-type: none"> „wir eine Frühförderstelle mit zwei Nebenstellen für den südlichen Landkreis sind; zwei Frühförderstellen gibt es für den nördlichen Landkreis, ein SPZ im Landkreis, weiterhin therapeutische Praxen...“ (Bayern) „eine flexible Ausstattung von Personal möglich ist.“ (Nordrhein-Westfalen) „wir flexibel auf den Bedarf reagieren können (z.B. durch Anordnung von Mehrarbeit).“ (Hessen) „ein zusätzlicher ‚Fachdienst Integration‘ Förderung in Kindertagesstätten sicherstellen kann (unter dem Dach der interdisziplinären Frühförderstellen).“ (Baden-Württemberg)

<ul style="list-style-type: none"> • „zwei Frühfördereinrichtungen und ein Therapiezentrum.“ (Sachsen) • „Arbeitsgruppe Frühförderung des Landkreises koordiniert.“ (Sachsen) • „keine Warteliste“ (Schleswig-Holstein)
Die Versorgungssituation ist <i>unzureichend</i> , weil...
<ul style="list-style-type: none"> • „im Zuge der Kosteneinsparungen der örtlichen Sozialhilfeträger Kindern und Familien Zugänge zur Frühförderung verschlossen sind.“ (Thüringen) • „immer weniger Anträge bewilligt werden.“ (Niedersachsen) • „viele Kinder werden zu spät/ gar nicht gemeldet; es ist notwendig, niederschwelliger zu arbeiten.“ (Niedersachsen) • „vor allem der Bedarf der Kindergärten stetig wächst (verhaltensauffällige Kinder, Migrationskinder).“ (Bayern) • „diagnostische, mobile Arbeit bisher nicht ausreichend finanziert wird.“ (Baden-Württemberg) • „Durch die enge Auslegung des Rahmenvertrages seitens der Kostenträger verschlechtern sich die Bedingungen für die Familien (Komplexleistung, Arbeitsbedingungen von Kooperationspartnern).“ (Bayern) • „die Wartezeiten viel zu lang sind.“ (Hessen) • „zu lange Wartezeiten, viele Kinder fallen erst zu spät auf und sollen dann noch gefördert werden.“ (Nordrhein-Westfalen) • „die Ärzte sich manchmal scheuen, heilpädagogische Frühförderung zu ‚verordnen‘ und das Sozialamt unter massivem Kostendruck steht“ (Bremen) • „keine Rezepte ausgestellt werden, wenn das Budget des Arztes voll ist. Nicht alle Kinder ihre Anträge für Eingliederungshilfe durchkriegen.“ (Baden-Württemberg) • „wenige Kinder mit medizinischem bzw. therapeutischem Bedarf von Kinderärzten Rezepte bekommen.“ (Schleswig-Holstein)

4.1.5 Zusammenfassung

Kurz zusammengefasst ergeben sich aus der Befragung allgemeiner Frühförderstellen folgende wesentliche Erkenntnisse:

- Bundesweit sind 61% der Frühförderstellen interdisziplinär besetzt und erfüllen die Kriterien des Entwurfs der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, nach dem „interdisziplinäre Frühförderstellen“ über mindestens drei festangestellte Mitarbeiter/innen mit 1,5 Vollzeitäquivalenten sowohl aus der pädagogisch-psychologischen als auch der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppe verfügen sollten. In den bislang in Kraft getretenen Landesrahmenempfehlungen gemäß § 2 FrühV sind zum Teil davon abweichend andere personelle Anforderun-

gen an interdisziplinäre Frühförderstellen formuliert worden. Tatsächlich als interdisziplinäre Frühförderstellen anerkannt waren zum Jahresende 2006 lediglich die Einrichtungen, die die Komplexleistung vor Ort umsetzten bzw. entsprechende Vertragsverhandlungen abgeschlossen hatten (insgesamt 18%).

- Zum Jahresende 2006 setzen 13% der Frühförderstellen die Komplexleistung Frühförderung vor Ort um. Diese Einrichtungen befinden sich in Bayern (drei Viertel mit Vertrag) und in Sachsen (ein Drittel mit Vertrag zur Ausgestaltung und Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung). Weitere 6% der Frühförderstellen rechneten mit einer Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung ab Mitte 2007, darunter weitere Einrichtungen in Bayern und Sachsen sowie Frühförderstellen aus Nordrhein-Westfalen und dem Saarland. Für 82% der Frühförderstellen in zehn Ländern (außer Berlin und Rheinland-Pfalz mit rein sozialpädiatrischer Versorgungsstruktur) war eine Umsetzung der Komplexleistung dagegen noch nicht in Sicht. Sie wollen zwar grundsätzlich zukünftig die Komplexleistung Frühförderung erbringen, können dies aus ihrer Sicht bislang aber nicht, weil entweder noch keine Landesrahmenempfehlung in Kraft getreten ist oder – trotz Landesrahmenempfehlung – eine Umsetzung der Komplexleistung auf örtlicher Ebene noch nicht gelingt.
- Die Krankenkassen beteiligen sich bei 41% der allgemeinen Frühförderstellen an der Finanzierung der Leistungen. Dabei ergibt sich eine durchschnittliche Kostenteilung, nach der 30% der Kosten von den Krankenkassen und 70% von den Sozial- und Jugendhilfeträgern getragen werden. In Bayern und Baden-Württemberg ist der durchschnittliche Finanzierungsanteil der Krankenkassen mit jeweils knapp 40% vergleichsweise hoch, in sieben Ländern sind die Krankenkassen nicht oder nur sehr geringfügig an der Finanzierung von Leistungen allgemeiner Frühförderstellen beteiligt.
- Allgemeine Frühförderstellen unterhalten zwar vielfältige Kooperationsbeziehungen, die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im System früher Hilfen erfolgt aber gegenwärtig überwiegend nicht auf einer vertraglichen Grundlage. Dies verändert sich mit der (geplanten) Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung: Es werden verstärkt Kooperationsverträge mit anderen Frühförderstellen, therapeutischen Praxen, Sozialpädiatrischen Zentren und niedergelassenen Ärzt/innen abgeschlossen. Insbesondere das Erfordernis der Diagnostik sowie der Förder- und Behandlungsplanung „unter ärztlicher Verantwortung“ stellt die Frühförderstellen vor neue Herausforderungen. 34% der Frühförderstellen sind darauf eingestellt und setzen aktuell ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen um, das den Anforderungen genügt. Zukünftig werden es voraussichtlich 66% sein, wobei 8% über Ärzt/innen in Festanstellung verfügen werden, 11% eng mit Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums und jeweils 23% systematisch mit Ärzt/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. mit niedergelassenen Ärzt/innen kooperieren werden.

- Nach einer bevölkerungsproportionalen Hochrechnung versorgen die allgemeinen Frühförderstellen bundesweit (ohne die Länder Berlin und Rheinland-Pfalz mit rein sozialpädiatrischer Versorgungsstruktur) rd. 86.500 Kinder unter 7 Jahren (Stichtagszahlen), dies sind 1,7% aller Kinder in dieser Altersgruppe. Im Jahresverlauf erhalten geschätzt rd. 100.000 Kinder Leistungen allgemeiner Frühförderstellen. 31% der geförderten Kinder erhielten sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen, 57% ausschließlich Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung und 13% ausschließlich medizinisch-therapeutische Leistungen.

4.2 Ergebnisse der bundesweiten Befragung spezieller Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderungen

Bundesweit sind nach unserem Kenntnisstand 108 *spezielle* Frühförderstellen mit einem speziellen Leistungsangebot für Kinder mit Sinnesbehinderungen eingerichtet. Jeweils etwa die Hälfte dieser Einrichtungen ist dabei für Kinder mit Sehbehinderungen bzw. für Kinder mit Hörbehinderungen zuständig. In Baden-Württemberg sind zudem 332 Sonderpädagogische Beratungsstellen eingerichtet.²⁷

An der als Vollerhebung konzipierten schriftlichen Befragung, die im Februar 2007 durchgeführt wurde, beteiligten sich 35 von 108 angeschriebenen Einrichtungen, was einer Rücklaufquote von 32% entspricht. Die beteiligten Einrichtungen betreuen – entsprechend der Grundgesamtheit aller speziellen Frühförderstellen – jeweils etwa zur Hälfte Kinder mit Sehbehinderungen bzw. Kinder mit Hörbehinderungen oder Hör- und Sprachbehinderungen. Trotz des guten Rücklaufs und der guten Verteilung nach der Betreuungsform sind die Ergebnisse der Befragung nur eingeschränkt repräsentativ, weil sich Einrichtungen aus fünf Bundesländern nicht beteiligt haben. Die folgenden Ergebnisse können dennoch dazu dienen, das Bild der Frühförderlandschaft in Deutschland zu ergänzen. Entsprechend wird auf die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse der Befragung allgemeiner Frühförderstellen Bezug genommen.

4.2.1 Personalkapazitäten und Kooperationsbeziehungen

24 der befragten speziellen Frühförderstellen (70%) sind an Schulen und 8 weitere Einrichtungen (24%) an Landesbildungszentren oder Förder- bzw. Rehabilitationszentren angeschlossen. Dagegen sind nur 2 der befragten Frühförderstellen eigenständig organisiert. Die Qualifikation der Beschäftigten in den befragten speziellen Frühförderstellen deutet auf eine heilpädagogische Ausrichtung: In den befragten Einrichtungen sind insgesamt 252 Pädagog/innen mit 142 Vollzeitstellen beschäftigt, darunter 154

²⁷ Aufgrund der Singularität dieser Einrichtungsform in nur einem Bundesland wurden die Sonderpädagogischen Beratungsstellen nicht in die Befragung der spezifischen Frühförderstellen einbezogen.

Sonderpädagog/innen, 57 Sozialpädagog/innen, 28 Heilpädagog/innen und 22 Diplompädagog/innen. Die therapeutischen Berufe spielen eine untergeordnete Rolle. Diesbezüglich unterscheiden sich die speziellen Frühförderstellen deutlich von den allgemeinen Frühförderstellen, von denen fast zwei Drittel interdisziplinäre Teams mit heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräften vorhalten.

30 der befragten speziellen Frühförderstellen (97%) kooperieren mit therapeutischen Praxen, in der Regel ohne vertragliche Bindung. Zudem kooperieren nahezu alle speziellen Frühförderstellen mit anderen Frühförderstellen sowie mit niedergelassenen Ärzt/innen und Sozialpädiatrischen Zentren, ebenfalls in der Regel ohne vertragliche Grundlage. Weitere vertraglich ungebundene Kooperationen mit Spezialkliniken, Dienstleistern zur Bereitstellung von Hilfsmitteln (Optiker, Hörgerätekustiker etc.) sowie mit Kindertagesstätten wurden von 22 Einrichtungen benannt.

4.2.2 Leistungen

Beratung und Zugang zu den Leistungen

Im Jahr 2005 erhielten Eltern bzw. Erziehungsberechtigte von 3.853 Kindern eine Beratung im Rahmen eines offenen Beratungsangebots der speziellen Frühförderstellen. Dabei überwog das persönliche Gespräch (98%); die Eltern/ Erziehungsberechtigten von 529 Kindern (12%) wurden zusätzlich zum persönlichen Gespräch auch telefonisch beraten. 2% der Beratungsgespräche für insgesamt 86 Kinder wurden ausschließlich telefonisch geführt. Auch in den allgemeinen Frühförderstellen erfolgen bei über 80% der Kinder Beratungsgespräche in der Einrichtung, der Anteil rein telefonischer Kontakte ist mit 18% aber höher als in den speziellen Frühförderstellen. Dies kann möglicherweise damit erklärt werden, dass sich Eltern/ Erziehungsberechtigte zum Teil zunächst an die allgemeinen Frühförderstellen wenden und von dort aus an spezielle Frühförderstellen oder andere Einrichtungen vermittelt werden.

Der Zugang zu den Leistungen einer allgemeinen Frühförderstelle kann – je nach Land und Region – unterschiedlich erfolgen: Neben der Überweisung bzw. der Verordnung niedergelassener Ärzt/innen können auch Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder eigene Begutachtungen der Frühförderstelle (offener Zugang) Leistungen auslösen. Diese Zugangswege bestehen auch für spezielle Frühförderstellen, wobei die Leistungen am häufigsten durch ärztliche Überweisung ausgelöst werden. Zudem vermitteln allgemeine Frühförderstellen bzw. Spezialkliniken Kinder an spezielle Frühförderstellen. Insgesamt erhält gut die Hälfte aller Kinder (55%) Leistungen auf der Grundlage einer Überweisung niedergelassener Ärzt/innen, 14% der Kinder erhalten Leistungen aufgrund einer eigenen Begutachtung in der speziellen Frühförderstelle und 11% aufgrund eines Gutachtens des ÖGD. Über andere Zugangswege kommt etwa ein Fünftel der Kinder. Eine herausgehobene Rolle spielen hier allgemeine Frühförderstellen sowie Spezialkliniken.

Leistungsangebot

Spezielle Frühförderstellen bieten in erster Linie eine heilpädagogische Frühförderung an. Fünf Einrichtungen (15%) erbringen heilpädagogische Leistungen (auch) in Verbindung mit medizinisch-therapeutischen Leistungen, weitere drei Einrichtungen planen dies für die Zukunft. Ein offenes Beratungsangebot sowie diagnostische Leistungen inklusive der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes sind bei der weit überwiegenden Mehrheit der speziellen Frühförderstellen Bestandteile des Leistungsangebots. Eine eigene ärztliche Diagnostik stellt die Ausnahme dar.

Leistungen der Frühförderung werden in speziellen Frühförderstellen überwiegend (90%) mobil-aufsuchend erbracht. Auch die allgemeinen Frühförderstellen erbringen ihre Leistungen überwiegend mobil-aufsuchend, allerdings in verhältnismäßig geringerem Ausmaß. Einige Einrichtungen arbeiten zudem mit Eltern-Kind-Gruppen sowie in Vorschulklassen. Im Jahr 2005 erhielt der weit überwiegende Teil (94%) der insgesamt 3.618 betreuten Kinder ausschließlich heilpädagogische Leistungen, in der Regel als Einzelförderung: In 27 Einrichtungen (77%) beträgt der Anteil der Einzelleistungen mindestens 90%, nur in einer Einrichtung werden überwiegend Leistungen als Gruppenförderung angeboten.

Komplexleistung Frühförderung

Vor dem Hintergrund der überwiegend (heil-)pädagogischen Ausrichtung der speziellen Frühförderstellen planen 22 Einrichtungen (63%) *keine* Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung. Vier Einrichtungen planen die Umsetzung mittel- bis langfristig und fünf setzen die Komplexleistung Frühförderung zum Zeitpunkt der Befragung vor Ort um. Letztere sehen Schwierigkeiten insbesondere in einem erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung von Leistungen sowie in einem höheren Zeitaufwand für die Koordination der Leistungen, beispielsweise mit niedergelassenen Therapeut/innen. Auch Einrichtungen ohne Vertrag zur Komplexleistung vermuten bei der Umsetzung einen erheblichen Koordinierungsaufwand mit allgemeinen Frühförderstellen und niedergelassenen Therapeut/innen und weisen auf dessen ungeklärte Finanzierung hin.

4.2.3 Leistungsträger und Vergütungsstrukturen

Leistungsträger und Kostenteilung

Die organisatorische Nähe zu Schulen sowie zu Rehabilitations- und Bildungszentren ebenso wie die heilpädagogische Ausrichtung der speziellen Frühförderstellen spiegeln sich in der Verteilung der an der Finanzierung der Leistungen beteiligten Leistungsträger wider: Bei nur einer Einrichtung sind die Krankenkassen als Leistungsträger beteiligt. Insbesondere örtliche Sozialhilfeträger (71%), Landesministerien (46%) und überörtliche Sozialhilfeträger (25%) sind Leistungsträger der befragten Einrichtungen.

Die örtlichen Sozialhilfeträger übernehmen dabei durchschnittlich 62% des Finanzierungsvolumens und die Landesministerien 32%. Die überörtlichen Sozialhilfeträger sind mit 5% beteiligt, während die Krankenkassen (0,4%) bei der Finanzierung keine nennenswerte Rolle spielen. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu den allgemeinen Frühförderstellen, von denen etwa 40% anteilig auch mit Krankenkassen abrechnen. 13 spezielle Frühförderstellen (40%) verfügen über zusätzliche Mittel, wobei hier insbesondere Trägermittel (10 Einrichtungen) und Spenden (6 Einrichtungen) genannt werden.

Vertragliche Festlegungen

Das Leistungsspektrum der Frühförderstellen umfasst direkte kind- und elternbezogene sowie indirekte Komponenten. Zu den indirekten Leistungen gehören u.a. die Vor- und Nachbereitung der Fördereinheiten, Dokumentationen, Teamgespräche, Koordination mit Externen, Supervision, Fortbildungen, Fahrtkosten. Insbesondere die Finanzierung dieser indirekten Leistungen (Korridorleistungen) ist häufig nicht eindeutig geregelt. Vertragliche Festlegungen von Leistungen geben deshalb einen ersten Hinweis darauf, dass die entsprechenden Leistungen gesichert finanziert werden.

In den Einrichtungen, die mit vertraglichen Festlegungen arbeiten, sind die direkten Zeiten mit den Kindern weit überwiegend (95%) und die direkten Zeiten mit den Eltern überwiegend (80%) vertraglich geregelt. In den meisten der befragten Einrichtungen sind auch indirekte Leistungen vertraglich geregelt. Insbesondere sind hier Teamgespräche, Vor- und Nachbereitung, Dokumentationen, Koordination mit Externen und Fahrtkosten zu nennen. Im Gesamtbild bestehen hier nur geringfügige Unterschiede zu den allgemeinen Frühförderstellen: So erbringen anteilig mehr spezielle Frühförderstellen ihre Leistungen ohne vertragliche Festlegungen als allgemeine Frühförderstellen. Fortbildungen sind dagegen in speziellen Frühförderstellen häufiger vertraglich festgelegt.

Eine Möglichkeit der Kostenkontrolle besteht in der Deckelung von Leistungen, wobei entweder Obergrenzen für die Leistungen je Kind oder Obergrenzen für die Leistungen der gesamten Einrichtung festgelegt werden können. Wie für die allgemeinen Frühförderstellen gelten auch für über die Hälfte der befragten speziellen Frühförderstellen Obergrenzen. Es handelt sich meist um Obergrenzen für die Leistungen je Kind.

Die Diagnostik sowie die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes gehören ebenfalls zum Leistungsspektrum der Frühförderstellen. Eine gesonderte Vergütung dieser Leistungen erhält gut ein Drittel der befragten speziellen Frühförderstellen. Die Leistungen werden in der Regel durch die Sozialhilfeträger vergütet.

4.2.4 Geförderte Kinder und regionale Versorgungssituation

Hinweise auf die Versorgungssituation in den speziellen Frühförderstellen gibt die Zahl der Kinder, die Leistungen erhielten, in Verbindung mit Wartezeiten und der Einschätzung der Versorgungssituation durch die befragten Einrichtungen.

32 der befragten speziellen Frühförderstellen förderten im Jahresverlauf 2005 insgesamt 3.618 Kinder. Im Bundesdurchschnitt begleitete eine spezielle Frühförderstelle 113 Kinder. Auf eine Hochrechnung einer bundesweiten Versorgungsquote wird aufgrund der unsicheren Datenlage an dieser Stelle verzichtet.

Wartezeiten können Hinweise auf Versorgungsengpässe geben:

- Sechs der befragten speziellen Frühförderstellen (20%) geben an, dass vor der Inanspruchnahme von heilpädagogischen Leistungen Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Bei den allgemeinen Frühförderstellen sind es 58%.
- Auch hinsichtlich von Beratungsgesprächen können Wartezeiten entstehen, davon berichten fünf der insgesamt 27 mit einem offenen Beratungsangebot (19%). Bei den allgemeinen Frühförderstellen ist dieser Anteil etwa gleich groß.

Einschätzungen zu der regionalen Versorgungssituation

20 der befragten speziellen Frühförderstellen (57%) schätzen die regionale Versorgungslage von Kindern mit Sinnesbehinderungen und deren Eltern als ausreichend ein, während 15 Einrichtungen (43%) Defizite sehen. Spezielle Frühförderstellen schätzen die regionale Versorgungslage damit besser ein als die allgemeinen Frühförderstellen. Viele spezielle Frühförderstellen weisen darauf hin, dass die Versorgungslage deshalb gut sei, weil keine Wartezeiten bestehen, gute Kooperationsbeziehungen existieren und die Kinder individuell bedarfsgerecht gefördert werden können. Einige

Einrichtungen weisen aber auch auf Personalmangel oder Personalengpässe hin. Diese müssten zu Lasten der Förderfrequenz aufgefangen werden.

Als großes Problem wird wahrgenommen, dass Kinder mit Sinnesbehinderungen zum Teil trotz eines bestehenden Bedarfs nicht oder zu spät Leistungen der speziellen Frühförderstellen erhalten, weil die bestehenden Möglichkeiten Kinder- und Fachärzt/innen, Kindertagesstätten und allgemeinen Frühförderstellen nicht ausreichend bekannt sind. Hiervon scheinen insbesondere Kinder in Grenzfällen betroffen: Es wird berichtet, dass blinde Kinder gut versorgt werden können, während Kinder mit Sehbehinderungen bisweilen nicht oder sehr spät in die spezielle Frühförderstelle kommen. Zur Früherkennung von Hörschädigungen wurde z.B. ein flächendeckendes Hör-Screening gefordert, um frühzeitig angemessene Maßnahmen ergreifen zu können.

4.2.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann zur Situation der speziellen Frühförderstellen festgehalten werden:

- Die speziellen Frühförderstellen sind vornehmlich an Schulen bzw. an Bildungs- und Rehabilitationszentren angegliedert und erbringen *weit überwiegend heilpädagogische Leistungen*, was sich beim beschäftigten Personal in einer starken Besetzung mit Pädagog/innen widerspiegelt. Die in der Regel rein heilpädagogische Frühförderung wird überwiegend mobil als Einzelförderung erbracht.
- Die Mehrheit der befragten speziellen Frühförderstellen plant *keine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung*.
- An der *Finanzierung der speziellen Frühförderstellen* sind in der Regel die Sozialhilfeträger (örtlich und überörtlich) sowie die Landesministerien beteiligt, nicht aber die Krankenkassen.
- Die befragten speziellen Frühförderstellen schätzen die regionale *Versorgungslage* besser ein als die allgemeinen Frühförderstellen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Kinder oft sehr spät in die spezielle Frühförderung kommen.

4.3 Ergebnisse der bundesweiten Befragung Sozialpädiatrischer Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) gelten nach § 119 SGB V als institutionelle Sonderform ambulanter Krankenbehandlung und sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihres sozialen Umfeldes einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.²⁸ „Die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzt/innen oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.“²⁹ Die SPZ arbeiten ausschließlich auf Überweisung niedergelassener Ärzt/innen und sind oftmals Krankenhäusern oder Universitätskliniken angegliedert. Im Rahmen einer bundesweiten Befragung im Januar 2007 wurden die SPZ zu ihren Leistungs- und Vergütungsstrukturen befragt. 86 der 128 Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland haben sich an der Befragung beteiligt, das entspricht einer sehr guten Rücklaufquote von 67%.

4.3.1 Sozialpädiatrische Zentren in Deutschland

In Deutschland sind zum Zeitpunkt der Berichtslegung (Januar 2008) insgesamt 129 Sozialpädiatrische Zentren eingerichtet³⁰; die sich wie folgt auf die Bundesländer verteilen (Tabelle 31).

In Berlin und in Rheinland-Pfalz werden Leistungen der Frühförderung und der Sozialpädiatrie (mit vereinzelt Ausnahmen) in organisatorischer Einheit erbracht. So erklärt es sich, dass in Berlin 19 SPZ eingerichtet sind (fünf klinikgebundene SPZ und 14 Kinder- und Jugendambulanzen (KJA/SPZ)). In Rheinland-Pfalz gibt es 8 Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie als Hauptstellen sowie insgesamt 33 Nebenstellen. Im Folgenden werden diese Einrichtungen als SPZ bezeichnet.

²⁸ Vgl. Weiß, H., G. Neuhäuser und A. Sohns (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie, München, S. 29.

²⁹ § 119 SGB V Abs. 2 Satz 1.

³⁰ Die Liste der Sozialpädiatrischen Zentren ist der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. entnommen: <http://www.dgspj.de/spz.php>.

Tabelle 31:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren					
Anzahl der Kinder im Einzugsgebiet der Sozialpädiatrischen Zentren					
	Anzahl SPZ	0 bis 18 Jahre (31.12.05)		0 bis 6 Jahre (31.12.05)	
		Kinder	Kinder je SPZ	Kinder	Kinder je SPZ
Baden-Württemberg	15	2.162.827	144.188	713.559	47.571
Bayern	13	2.459.771	189.213	814.521	62.655
Berlin*	19	546.442	28.760	195.121	10.270
Brandenburg	4	413.721	103.430	132.583	33.146
Bremen	1	113.640	113.640	38.510	38.510
Hamburg	2	290.716	145.358	105.892	52.946
Hessen	7	1.154.085	164.869	391.303	55.900
Mecklenburg-Vorpommern	2	276.708	138.354	88.903	44.452
Niedersachsen	9	1.612.853	179.206	525.765	58.418
Nordrhein-Westfalen	33	3.567.696	108.112	1.160.199	35.158
Rheinland-Pfalz**	8	796.559	99.570	252.659	31.582
	41	796.559	19.428	252.659	6.162
Saarland	1	188.027	188.027	56.918	56.918
Sachsen	6	646.957	107.826	224.614	37.436
Sachsen-Anhalt	2	377.974	188.987	121.761	60.881
Schleswig-Holstein	3	557.949	185.983	182.552	60.851
Thüringen	4	359.492	89.873	118.758	29.690
<i>Zusammen ohne Stadtstaaten</i>	<i>107</i>	<i>14.574.619</i>	<i>136.211</i>	<i>4.784.095</i>	<i>44.711</i>
<i>Zusammen</i>	<i>129</i>	<i>15.525.417</i>	<i>120.352</i>	<i>5.123.618</i>	<i>39.718</i>

* Berlin: Frühförderung und Sozialpädiatrie in organisatorischer Einheit

** Rheinland- Pfalz: 8 Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie mit 33 Außenstellen

Die Anzahl der Sozialpädiatrischen Zentren variiert zwischen den Bundesländern stark, was auch auf die unterschiedliche Größe und Bevölkerungsdichte in den Ländern zurückgeführt werden kann. Wären alle Sozialpädiatrischen Zentren gleichmäßig auf die jeweiligen Länder verteilt, so läge die Entfernung zwischen Wohnort und einem SPZ bei maximal 30 km. Vergleichsweise gering sind die Entfernungen in den drei Stadtstaaten.

Über ein dichtes Netz verfügt Nordrhein-Westfalen mit einem durchschnittlichen Radius von 18 km. In Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Hessen und Sachsen liegt die Entfernung zum SPZ etwa im bundesweiten Durchschnitt, während es in Sachsen-Anhalt (mit einem Radius von 57 km) und in Mecklenburg-Vorpommern (61 km) bezogen auf die Fläche der Länder recht wenige Sozialpädiatrische Zentren gibt.

Im Einzugsgebiet eines Sozialpädiatrischen Zentrums leben im bundesweiten Durchschnitt etwa 121.000 Kinder zwischen 0 und 18 Jahren, darunter rund 45.000 Kinder im

Vorschulalter. In Thüringen leben im Einzugsgebiet eines Sozialpädiatrischen Zentrums weniger als 30.000 Kinder im Vorschulalter, gefolgt von Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen mit rund 31.000 bis hin zu 35.000 Kindern. Auf der anderen Seite dieser Skala befindet sich Schleswig-Holstein mit über 60.900 Kindern zwischen 0 und 6 Jahren im Einzugsbereich eines Sozialpädiatrischen Zentrums.

Tabelle 32:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren			
Einzugsgebiet der Sozialpädiatrischen Zentren			
	Anzahl	Fläche im Bundesland	durchschn. Radius je SPZ
Baden-Württemberg	15	35.742 qkm	28 km
Bayern	13	70.552 qkm	42 km
Berlin*	19	892 qkm	4 km
Brandenburg	4	29.479 qkm	48 km
Bremen	1	404 qkm	11 km
Hamburg	2	755 qkm	11 km
Hessen	7	21.115 qkm	31 km
Mecklenburg-Vorpommern	2	23.180 qkm	61 km
Niedersachsen	9	47.624 qkm	41 km
Nordrhein-Westfalen	33	34.085 qkm	18 km
Rheinland-Pfalz**	8	19.853 qkm	28 km
	41	19.853 qkm	12 km
Saarland	1	2.569 qkm	29 km
Sachsen	6	18.416 qkm	31 km
Sachsen-Anhalt	2	20.446 qkm	57 km
Schleswig-Holstein	3	15.799 qkm	41 km
Thüringen	4	16.172 qkm	36 km
<i>Zusammen ohne Stadtstaaten</i>	<i>107</i>	<i>355.032 qkm</i>	<i>33 km</i>
<i>Zusammen</i>	<i>129</i>	<i>357.083 qkm</i>	<i>30 km</i>

* Berlin: Frühförderung und Sozialpädiatrie in organisatorischer Einheit

** Rheinland- Pfalz: 8 Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie mit 33 Außenstellen

4.3.2 Personelle Ausstattung und Arbeitsweise

Die personellen Anforderungen eines Sozialpädiatrischen Zentrums umfassen verschiedene Qualifikationen, die in den Sozialpädiatrischen Teams zusammenwirken, sowie Sekretariats- und Verwaltungspersonal. Das „Altöttinger Papier“³¹ zu den Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum enthält u.a. Anforderungen zur Strukturqualität inkl. Angaben zur Personalausstattung. Danach muss ein SPZ mindestens zwei „Sozialpädiatrische Teams“ mit folgenden Fachkräften vorhalten:

- Kinderarzt/ Kinderärztin mit spezieller Qualifikation
- Diplom-Psycholog/in mit spezieller Qualifikation
- 3 – 4 Therapeut/innen aus den Fachrichtungen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik/Sozialarbeit.

Ergänzend benötigt ein SPZ weitere Therapeut/innen (z.B. Motologie, Musiktherapie u.a.), medizinisch-technische Assistenzkräfte und Funktionskräfte (Kinderkrankenschwester, Arzthelfer/in, neurophysiologische Assistenz etc.).³²

In den 86 befragten Sozialpädiatrischen Zentren sind insgesamt rund 2.000 Personen beschäftigt. 82% davon sind dem fachlichen Bereich zuzurechnen, 18% dem Verwaltungs- bzw. Sekretariatsbereich. Hochgerechnet arbeiten bundesweit schätzungsweise 2.900 Personen in Sozialpädiatrischen Zentren, davon etwa 2.400 im fachlichen Bereich und 500 im Verwaltungs-/Sekretariatsbereich.

³¹ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2001): Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) – Strukturqualität, Diagnostik und Therapie –.

³² Vgl. „Altöttinger Papier“ (2002): <http://www.dgspj.de/pdfs/altgoettingerpapier.pdf>, S. 2f.

Tabelle 33:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)		
Mitarbeiter/innen in SPZ: Anzahl insgesamt		
Mitarbeiter/innen insgesamt	1.980	
<i>darunter:</i>		
Fachlicher Bereich:	1.626	82%
Ärzt/innen	328	17%
Psycholog/innen	293	15%
Med.- therapeut. Fachkräfte	672	34%
Heilpädagogische Fachkräfte	199	10%
Med.- techn. Assistenzkräfte	97	5%
Andere	37	2%
Verwaltungsbereich:	354	18%
Sekretariatskräfte	215	11%
Verwaltungskräfte	82	4%
Andere	57	3%

Im Durchschnitt beschäftigen die befragten SPZ 23 Mitarbeiter/innen, von denen 19 im fachlichen Bereich und 4 im Verwaltungsbereich tätig sind. Dabei zeigt sich, dass die Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland unterschiedlich stark besetzt sind.

Tabelle 34:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)				
Mitarbeiter/innen in SPZ: Verteilung				
	SPZ	Minimum	Maximum	Mittelwert
Mitarbeiter/innen insgesamt	86	9	108	23
<i>darunter:</i>				
Fachlicher Bereich:	86	4	74	19
Ärzt/innen	86	1	18	4
Psycholog/innen	86	1	12	3
Med.- therapeut. Fachkräfte	82	2	42	8
Heilpädagogische Fachkräfte	74	1	18	3
Med.- techn. Assistenzkräfte	48	1	9	2
Verwaltungsbereich:	84	1	22	4
Sekretariatskräfte	78	1	11	3
Verwaltungskräfte	37	1	11	2

Die kleinste der befragten Einrichtungen hat neun und die größte 108 Mitarbeiter/innen. Im fachlichen Bereich werden zwischen vier und 74 Ärzt/innen, Psycholog/innen sowie Fachkräfte aus dem medizinisch-therapeutischen, dem heilpädagogischen und dem medizinisch-technischen Bereich beschäftigt. Die Größe des Sekretariats- und Verwaltungsbereichs variiert zwischen einer/einem und 22 Angestellten.

Die SPZ sind zudem unterschiedlich ausgerichtet. Beispielsweise ist die größte Einrichtung mit 108 Beschäftigten im therapeutischen Bereich sehr stark besetzt (7 Ärzt/innen (6%), 8 Psycholog/innen (7%), 42 Fachkräfte (39%) aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich und 17 heilpädagogische Fachkräfte (16%)). Ein anderes SPZ mit insgesamt 78 Mitarbeiter/innen ist im Vergleich mit 18 Ärzt/innen (23%) und 12 Psycholog/innen (15%) eher diagnostisch ausgerichtet. Zusätzlich zum festangestellten Personal beschäftigt gut ein Drittel der Sozialpädiatrischen Zentren Honorarkräfte.

Nahezu alle befragten Sozialpädiatrischen Zentren geben an, mit niedergelassenen Ärzt/innen (98%), Kliniken für Jugendmedizin (95%), therapeutischen Praxen (95%) und dem Jugendamt (97%) zu kooperieren. Mit Frühförderstellen, Schulen, Kindertagesstätten sowie mit Kliniken der Jugendpsychiatrie kooperieren gut 90% der befragten Sozialpädiatrischen Zentren. In der Regel erfolgt die Kooperation nicht auf einer vertraglichen Grundlage. Vertraglich gebundene Kooperationen spielen insgesamt eine untergeordnete Rolle. Ausnahme sind die Kliniken für Jugendmedizin, mit denen 22 Sozialpädiatrische Zentren (26%) vertraglich gebunden kooperieren.

Tabelle 35:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)						
Kooperieren Sie mit anderen Akteuren im System früher Hilfen?						
Kooperationen mit...	insgesamt		vertragl. gebunden		nicht gebunden	
Frühförderstellen	80	93%	8	9%	72	84%
Schulen	80	93%			80	93%
Kindergärten	77	90%	1	1%	76	88%
Therapeutische Praxen	82	95%			82	95%
Niedergelassene Ärzte	84	98%	2	2%	82	95%
Klinik für Jugendmedizin	82	95%	22	26%	60	70%
Klinik für Jugendpsychiatrie	78	91%	6	7%	72	84%
Andere Klinik	63	73%	6	7%	57	66%
Jugendamt	83	97%			83	97%
Einrichtungen der Jugendhilfe	74	86%	1	1%	73	85%
<i>SPZ mit Kooperationen</i>	86	100%	29	34%	86	100%

Nach den Befragungsergebnissen setzen 18 SPZ die Komplexleistung Frühförderung um, eines in Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Von den neun Sozialpädiatrischen Zentren, die im Jahr 2007 oder im Jahr 2008 Frühförderung als Komplexleistung anbieten werden, planen drei SPZ entsprechende Kooperationen, von denen ein SPZ konkrete Verhandlungen hierzu durchführt.

4.3.3 Versorgungslage und Hochrechnung von SPZ-Leistungen für Kinder von 0 bis 6 Jahren

Die Sozialpädiatrischen Zentren wurden gebeten, die Anzahl der versorgten Kinder von 0 bis 6 Jahren im Jahr 2005 und im 3. Quartal 2006 anzugeben. Einige der befragten SPZ weisen die Zahlen nicht getrennt nach dem Alter aus, so dass von insgesamt sechs Einrichtungen keine Daten zur Anzahl der behandelten Kinder zwischen 0 und 6 Jahren vorliegen.

Tabelle 36:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)			
Anzahl der versorgten Kinder von 0 - 6 Jahren			
Kinder von 0 bis 6 Jahren	im Durchschnitt	insgesamt	bundesweite Schätzung
im Jahr 2005 (N=80)	712	56.900	91.100
im 3. Quartal 2006 (N=75)	294	22.000	37.600

Im Verlauf des Jahres 2005 wurden durchschnittlich 712 Kinder dieser Altersgruppe in einem Sozialpädiatrischen Zentrum behandelt. Die Anzahl der versorgten Kinder je SPZ variiert dabei stark und reicht von 193 Kindern in der kleinsten Einrichtung bis hin zu 2.883 Kindern in der größten Einrichtung.

Um die Versorgung durch Sozialpädiatrische Zentren hochzurechnen, sind Stichtagszahlen heranzuziehen bzw. – da die SPZ quartalsweise abrechnen – ersatzweise Quartalszahlen. Im 3. Quartal 2006 wurden in 75 Einrichtungen rd. 22.000 Kinder behandelt, im Durchschnitt pro Einrichtung und Quartal sind dies 294 Kinder. Die Quartalszahl beträgt somit 41% der Jahresgesamtzahl, was erkennen lässt, dass die Fluktuation in den SPZ höher ist als in den Frühförderstellen, wo diese Relation bei 87% lag (s.o. 4.1.4). Hochgerechnet auf alle 128 SPZ ergibt sich eine Gesamtzahl von 37.600 Kindern, die im 3. Quartal 2006 Frühförderleistungen eines SPZ erhalten haben. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren am Jahresende 2006 entspricht dies einer Versorgungsquote von 0,75%.³³

Unter der Annahme, dass die vorliegende Stichprobe von 63% in etwa die Verteilung der Kapazitäten aller Sozialpädiatrischen Zentren widerspiegelt, wurden im Jahr 2005

³³ Diese Quote liegt etwas höher als die Quote der schwerbehinderten Kinder, s.o. Abschnitt 3.1.2. Um die Zahl der Kinder, die insgesamt Leistungen der Frühförderung erhalten, berechnen zu können, sind Überschneidungen wegen Behandlung sowohl in einem SPZ als auch in einer FFS zu berücksichtigen (s.u. Abschnitt 7.1.4).

bundesweit schätzungsweise 91.100 Kinder unter 7 Jahren in Sozialpädiatrischen Zentren versorgt. Diese Zahl korreliert hoch mit den Umfrageergebnissen der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren aus dem Jahr 2006, an der sich 83% der Sozialpädiatrischen Zentren beteiligten. Nach dieser Untersuchung wurden im Jahr 2006 etwa 90.200 Kinder unter 7 Jahren behandelt.

Abhängig von der Arbeitsweise des jeweiligen SPZ erhalten die Kinder mindestens eine Überweisung bis maximal vier Überweisungen im Jahr. In der Regel (70%) kommen die Kinder durchschnittlich einmal im Jahr in das Sozialpädiatrische Zentrum, in gut jedem fünften SPZ (17%) erhalten die Kinder durchschnittlich zwei Überweisungen im Jahr und in knapp jedem zehnten SPZ (9%) kommen die Kinder in drei oder vier Quartalen des Jahres. Die Häufigkeit des Zugangs der Kinder in das SPZ hängt mit der unterschiedlichen Arbeitsweise der Zentren zusammen.

Tabelle 37:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)		
Überweisungen je SPZ im Jahr		
ca. 1 Überweisung	46	69%
ca. 2 Überweisungen	15	22%
ca. 3 bis 4 Überweisungen	6	9%

Der Schwerpunkt eines Sozialpädiatrischen Zentrums kann entweder auf der Diagnostik mit einem recht geringen Anteil an therapeutischen Maßnahmen liegen, oder aber zusätzlich mit einem hohen Anteil an therapeutischen Maßnahmen verbunden sein. Erste Rückschlüsse auf die Arbeitsweise können auf der Grundlage des Personals gezogen werden: Im Durchschnitt arbeiten in den befragten Zentren 2,5 Therapeut/innen je Arzt. Diese Zahlen variieren zwischen den SPZ von einem Verhältnis von 1:1 bis hin zu 13 Therapeut/innen je Arzt. Anzunehmen ist, dass Sozialpädiatrische Zentren mit einem recht hohen Anteil an therapeutischen Maßnahmen Kinder eher fortlaufend im SPZ behandeln, während die Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren mit geringerem Anteil an Therapeut/innen eher einmal im Jahr zu diagnostischen Zwecken in das SPZ kommen. Diese Vermutung konnte anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht bestätigt werden, sodass zunächst offen bleibt, warum die Kinder in manche SPZ häufiger kommen als in andere.

Die Sozialpädiatrischen Zentren wurden gebeten, die derzeitige Versorgungssituation von Kindern im Vorschulalter einzuschätzen. Dabei konnten positive Aspekte einer guten Versorgungslage mit Kritikpunkten verknüpft werden. Gut zwei Drittel der befragten Einrichtungen beurteilen insbesondere aufgrund eines gut funktionierenden Systems mit einem engmaschigen Versorgungsnetz durch SPZ und Frühförderstellen und gut funktionierenden Vernetzungen die Versorgungslage mit gut bis ausreichend. E-

benfalls zwei Drittel der SPZ sehen aber auch Anlass für Kritik und halten die Versorgungslage in bestimmten Punkten für verbesserungsfähig bis unzureichend. Gründe hierfür sind insbesondere lange Wartezeiten aufgrund unzureichender personeller Ausstattung, zu weniger Frühförderstellen bzw. einer generellen Unterversorgung. Dieses Problem wird insbesondere für den ländlichen Raum betont. Weiterhin begründen nach Ansicht der befragten SPZ fehlende Kooperationen, Überschneidungen bei den Kompetenzen von SPZ und Frühförderstellen sowie ein unkoordiniertes Überangebot verschiedener Therapie- und Fördermöglichkeiten (Therapiepraxen, Frühförderstellen etc.) eine schlechte Versorgungslage.

Neben diesen strukturellen Kritikpunkten kritisieren einige SPZ die Versorgung aus fachlichen Gründen: Vergleichbar mit den Äußerungen von Frühförderstellen wird auch hier darauf hingewiesen, dass Entwicklungsverzögerungen bei Kleinkindern nicht genügend beachtet werden und die Kinder deshalb oftmals recht spät überwiesen werden. Auch fehlende aufsuchende Hilfen insbesondere für Kinder in schwierigen Familiensituationen sowie fehlende Integrationskonzepte werden hier kritisch angemerkt.

4.3.4 Finanzierung

Sozialpädiatrische Zentren arbeiten als spezialisierte Einrichtungen der ambulanten Versorgung zur Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausschließlich auf ärztliche Überweisung. Sie sind medizinisch orientiert und fallen nach dem SGB V in den Leistungsbereich der Krankenkassen. Alle befragten SPZ rechnen entsprechend Leistungen mit den Krankenkassen ab. Da deren Leistungspflicht nach § 43a SGB V mit der Erstellung des Behandlungsplans für die nicht-ärztlichen und nicht-medizinischen Leistungen endet, müssen für diesen Tätigkeitsbereich der SPZ subsidiär öffentliche Träger (örtliche Sozial- bzw. Jugendhilfeträger, überörtlicher Sozialhilfeträger) in Anspruch genommen werden. Dies kann von nur zwei Dritteln (64%) der SPZ umgesetzt werden.

Tabelle 38:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)			
Mit wem rechnen Sie Ihre Leistungen ab?			
	Finanzierungsträger		Finanzierungs-
	Anzahl	Anteil	anteil
Krankenkassen	86	100%	89,7%
Öffentliche Träger	55	64%	9,9%
<i>darunter:</i> Örtl. Sozialhilfeträger	39	45%	6,9%
Örtl. Jugendhilfeträger	15	17%	1,8%
Überörtl. Sozialhilfeträger	20	23%	1,2%
Andere Träger	22	26%	0,5%

Die medizinische Ausrichtung der SPZ zeigt sich deutlich anhand der Finanzierungsanteile der verschiedenen Träger: Die Krankenkassen tragen insgesamt knapp 90% der Kosten von Sozialpädiatrischen Zentren, während die öffentlichen Träger einen Anteil von knapp 10% übernehmen. Werden nur jene 64% der Einrichtungen, die eine anteilige Kostenübernahme vereinbart haben, herangezogen, so liegt der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand mit 12% etwas höher. Schließlich werden 0,5% der Leistungen von anderen Trägern (z.B. Landesmittel oder Selbstzahler) übernommen, wobei hier zum Teil auf eine Unterdeckung hingewiesen wurde.

4.3.5 Umsetzung der „Komplexleistung Frühförderung“

Da die erste Landesrahmenempfehlung zur Frühförderung erst am 1. April 2005 in Kraft getreten ist,³⁴ konnte die Komplexleistung Frühförderung im Sinne der FrühV auf Landesebene erst seit dem Jahr 2005 umgesetzt werden. Allerdings wird der Begriff der „Komplexleistung Frühförderung“ nicht ausschließlich im Sinne der FrühV verstanden. Das zeigen die Befragungsergebnisse.

Tabelle 39:

Schriftliche Befragung der Sozialpädiatrischen Zentren (Januar 2007)							
Frühförderung als Komplexleistung							
SPZ		bestehendes Angebot		geplantes Angebot		keine Planung	
86	100%	33	38%	27	31%	26	30%
		<i>darunter:</i>		<i>darunter:</i>			
		seit 2005		für 2007/ 2008			
		18	21%	9	10%		
				mittel-/langfristig			
				15	17%		
				keine Angabe			
				3	3%		

Demnach setzen 33 der befragten SPZ (38%) die Komplexleistung Frühförderung um. Aufgrund der uneinheitlichen Definition des Begriffs Komplexleistung wurde das Jahr 2005 (Abschluss der ersten Vereinbarungen auf Landesebene) als frühestmöglicher Zeitpunkt festgelegt, ab dem Frühförderung als Komplexleistung im Sinne der FrühV durchgeführt werden konnte. Eine Komplexleistung in diesem Sinn bieten 18 der befragten Sozialpädiatrische Zentren an (21%), hierzu zählen die 14 Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ) in Berlin.

Weitere 27 Einrichtungen (31%) planen, in Zukunft die Komplexleistung anzubieten, wobei in neun SPZ (10%) die Umsetzung eher kurzfristig (2007/ 2008) und in 15 SPZ (17%) mittel- bis langfristig erfolgen soll.

³⁴ Vgl. Kapitel 4 des vorliegenden Berichts.

In 26 Sozialpädiatrischen Zentren (30%) existieren noch keine Planungen zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung. Dieses Ergebnis verwundert nicht, weil zum Befragungszeitpunkt in acht Bundesländern noch keine Vereinbarungen zur Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung vorlagen und die Sozialpädiatrischen Zentren in diesen Ländern nicht über Planungsgrundlagen zur Umsetzung der Komplexleistung verfügten. Zudem beginnt auch in den Ländern mit entsprechenden Vereinbarungen die Umsetzung erst langsam (Ausnahmen sind hier Bayern und Berlin).

Die Sozialpädiatrischen Zentren wurden zudem um ihre Einschätzung der Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung gebeten. Ein Drittel der SPZ sieht keine Schwierigkeiten, zwei Drittel sehen oder befürchten Schwierigkeiten. Dabei bereiten insbesondere drei Aspekte Sorgen:

- die ungeklärte Situation insgesamt,
- die Finanzierung,
- die Zusammenarbeit von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen.

Ungeklärte Situation

Die Unsicherheiten durch die ungeklärte Situation in vielen Bundesländern beziehen sich auf unterschiedliche Bereiche. Dabei betreffen fachliche Fragen die Definition der Komplexleistung Frühförderung verbunden mit den Aufgabenfeldern von Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen und deren Abgrenzung.

Unklarheiten bestehen hinsichtlich der Zuständigkeiten von Krankenkassen und öffentlichen Trägern. Teilweise gibt es keine Vertragsabschlüsse über die Kostenteilung, verbunden mit Verzögerungen in der Genehmigung von Anträgen und hohem bürokratischen Aufwand.

Finanzierung

Ungeklärte Zuständigkeitsfragen zwischen den Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen führen in einigen Regionen zu langwierigen und komplizierten Verhandlungen mit den Leistungsträgern. Beklagt werden hier insbesondere die insgesamt ungeklärte Finanzierungssituation sowie die allgemeine Zurückhaltung der Leistungsträger. Dies ist auf die Limitierung der Krankenkassenleistungen nach § 43a SGB V zurückzuführen, wonach die nicht-ärztlichen und nicht-medizinischen Leistungen nur bis zur Erstellung des Behandlungsplans einbezogen werden. Hieran anschließende Leistungen sollen von den (zumeist) örtlichen Sozialhilfeträgern übernommen werden, was aber nicht einheitlich geregelt ist. Zudem gibt es unter Berufung auf die neuen Vorgaben von § 30 SGB IX strukturelle Veränderungen in der Finanzierungslandschaft, die in einigen SPZ zu Finanzierungslücken führen.

So kommt es einerseits zu einem Rückzug einiger Sozialhilfeträger aus der anteiligen Finanzierung. Andererseits können die überregionale Ausrichtung und der Versorgungsauftrag der SPZ für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren mit der kommunalen Verantwortlichkeit der Sozialhilfeträger kollidieren. So wurde in einem Fall die pauschale Finanzierung der nicht medizinisch-therapeutischen Leistungsanteile seitens der Krankenkassen ersetzt durch eine Pauschale des Sozialhilfeträgers, der diese allerdings entsprechend der Bestimmungen nur für Kinder unter 7 Jahren zu zahlen bereit ist, soweit sie aus der eigenen Kommune kommen.³⁵

Zusammenarbeit von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen

Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen erbringen oftmals gemeinsam Leistungen für betroffene Kinder, wobei betont wird, dass dies für eine positive Entwicklung des Kindes eine notwendige Voraussetzung sei, weil SPZ und Frühförderstellen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte setzen und unterschiedliche Leistungen erbringen. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang, dass eine Komplexleistung entweder in der Interdisziplinären Frühförderstelle oder im Sozialpädiatrischen Zentrum erbracht werden muss und sich damit eine gemeinsame und ergänzende Leistungserbringung beider Einrichtungstypen ausschließe. Dazu folgende Aussagen der befragten SPZ:

- „Viele Kinder mit komplexen Krankheitsbildern benötigen gleichzeitig die hochspezialisierte Diagnostik und Verlaufsbeurteilung im SPZ und die kontinuierliche Heilmitteltherapie in Wohnortnähe. Ein Konzept, das nur einen Leistungserbringer vorsieht, wird die Situation vieler schwerbehinderter Kinder dramatisch verschlechtern.“
- „Die Ausschlussklausel, Kinder in der Komplexleistung der Frühförderung dürfen keine Behandlung/ Begleitung im SPZ erhalten, ist eine massive Verschlechterung der Versorgung chronisch kranker Kinder. Diese Regelung ist unanständig.“
- „Die bislang gute Kooperation zwischen Frühförderung und SPZ mit guter Versorgung der Kinder bis ins Schulalter droht an den Ausschlüssen der Verordnung (entweder SPZ oder FFS) zu zerbrechen und sich in konkurrierende Systeme aufzulösen. Dies ist bedauerlich, unökonomisch und für einzelne Kinder und Familien entwicklungsschädigend.“

In der Frühförderungsverordnung wird allerdings kein genereller Ausschluss der beiden Einrichtungstypen bei der Erbringung von Komplexleistungen formuliert; der Anwendungsbereich nach § 1 FrühV betrifft *„die Abgrenzung der durch Interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 des Neunten Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch*

³⁵ Die Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft SPZ für 2006 ergibt im Vergleich zum Jahr 2000 einen Rückgang der anteiligen Finanzierung der Sozialhilfeträger um 25%.

nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.“ Folglich wird hier nicht auf einen Ausschluss der Einrichtungen, sondern vielmehr auf einen Ausschluss von Doppelleistungen abgestellt. Diese Sichtweise wurde beispielsweise in der Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen mit folgender Formulierung übernommen: *„Es ist in den örtlichen Vereinbarungen sicherzustellen, dass durch IFF und SPZ insoweit keine Doppelleistungen erbracht und abgerechnet werden“* (§ 7 der Rahmenempfehlung).

Andere Darstellungen finden sich dagegen beispielsweise in der hessischen und in der saarländischen Vereinbarung: *„Ob die Komplexleistung durch eine IFF oder in einem SPZ durchgeführt wird, richtet sich nach Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder einer drohenden Krankheit des Kindes [...]“* (Vereinbarung zur Umsetzung der FrühV in Hessen). *„Auf dieser Basis wird ein Behandlungsplan erstellt, der zugleich auch Angaben darüber enthält, durch welche Einrichtung die Komplexleistung durchgeführt werden soll (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum“* (§ 11, f) Landesrahmenempfehlung des Saarlandes). Diese Formulierungen lassen sich als eine Ausschließlichkeit der beiden Einrichtungen bei der Leistungserbringung von Komplexleistungen interpretieren.

4.3.6 Zusammenfassung

Die Bundesländer unterscheiden sich in der Frühförderlandschaft insgesamt und auch in den Strukturen bei den Sozialpädiatrischen Zentren: In Berlin und Rheinland-Pfalz werden die Leistungen der Frühförderung (fast) ausschließlich von den Sozialpädiatrischen Zentren erbracht, während in den übrigen Bundesländern Leistungen der Frühförderung von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren übernommen werden.

Bundesweit versorgen die Sozialpädiatrischen Zentren mit rund 2.900 Mitarbeiter/innen, darunter 2.400 Fachkräften, etwa 37.600 Kinder pro Quartal ausschließlich auf der Basis ärztlicher Überweisung. Die SPZ sind dabei unterschiedlich groß und haben unterschiedliche Ausrichtungen. So finden sich sowohl Zentren mit einem starken Akzent auf der Diagnostik und damit verbunden einem hohen Anteil an Ärzt/innen und Psycholog/innen als auch SPZ mit einem stark ausgeprägten Therapiebereich.

Sozialpädiatrische Zentren fallen nach dem SGB V in den Leistungsbereich der Krankenkassen und rechnen 90% ihrer Leistungen mit diesen ab. Nach den Regelungen des § 43a SGB V endet die Leistungspflicht der Krankenkassen für nicht-ärztliche und nicht-medizinische Leistungen mit der Erstellung des Behandlungsplans. Weitere Leistungen dieses Tätigkeitsbereichs müssen mit öffentlichen Trägern abgerechnet werden, was zwei Drittel der SPZ tun. In diesen Fällen sind öffentliche Träger der Sozial- und Jugendhilfe mit einem Anteil von etwa 12% an der Finanzierung beteiligt.

Die derzeitige Versorgungslage der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder im Vorschulalter wird von den Sozialpädiatrischen Zentren, die sich an der Befragung beteiligt haben, gemischt bewertet. Anlass zu einer positiven Einschätzung geben gut funktionierende Systeme mit engmaschigem Versorgungsnetz durch SPZ und Frühförderstellen sowie gut funktionierende Vernetzungen. Kritisiert werden dagegen lange Wartezeiten insbesondere im ländlichen Raum, fehlende Kooperationen, Überschneidungen bei den Kompetenzen von SPZ und Frühförderstellen sowie ein unkoordiniertes Überangebot verschiedener Therapie- und Fördermöglichkeiten.

Übereinstimmend mit den allgemeinen und speziellen Frühförderstellen weisen auch zahlreiche Sozialpädiatrische Zentren darauf hin, dass insbesondere Entwicklungsverzögerungen bei Kleinkindern nicht genügend beachtet werden mit der Folge einer sehr späten Überweisung. Zudem werden verbesserte Integrationskonzepte sowie verstärkt aufsuchende Hilfen insbesondere für Kinder in schwierigen Familiensituationen gefordert.

Das Angebot der Frühförderung als Komplexleistung zeigt bei den befragten Sozialpädiatrischen Zentren ein in etwa gleichverteiltes Bild: Ein gutes Drittel bietet die Komplexleistung bereits an, wobei hier insbesondere die SPZ in Berlin zum Tragen kommen. Ein Drittel plant die Umsetzung der Frühförderleistungen als Komplexleistung. Hierunter befinden sich auch die Einrichtungen, die die Komplexleistung mittel- bis langfristig umsetzen möchten. Schließlich plant ein knappes Drittel noch kein Angebot der Komplexleistung.

Sozialpädiatrische Zentren sehen bezogen auf die Umsetzung der Frühförderleistungen als Komplexleistung insbesondere Schwierigkeiten in der ungeklärten Finanzierung und der ungeklärten Zusammenarbeit von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen. Kritisch ist der gegenseitige Ausschluss von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren bei der Erbringung der Komplexleistung zu sehen, weil sich die Leistungen der beiden Einrichtungstypen nach Ansicht der SPZ ergänzen und nicht gegenseitig ersetzt werden können.

5 Leistungsprozesse und Vergütungsstrukturen – Ergebnisse der Vertiefungsstudie

5.1 Leistungen in der Einrichtungsperspektive

Wie im Einzelnen Leistungen organisiert, erbracht und vergütet werden, wurde mit einem Erhebungsinstrument ermittelt, das zuvor mit den beteiligten Einrichtungen gemeinsam entwickelt worden war. Ziel dieses Untersuchungsschrittes war es, detaillierte Daten und Informationen darüber zu gewinnen, wie Leistungs- und Vergütungsstrukturen in allgemeinen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren ausgestaltet sind. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind als exemplarisch anzusehen. Die Gewinnung vertiefter Einsichten setzte eine Beschränkung der Zahl der in diese Untersuchung einbezogenen Einrichtungen voraus. Die Untersuchungsergebnisse bieten die Möglichkeit, Modelle bzw. Modellkomponenten im Kontext von Leistungen und Vergütungen der Frühförderung empirisch abzuleiten.

5.1.1 Beteiligte Einrichtungen

An der Erhebung beteiligten sich insgesamt 30 Einrichtungen aus 14 Ländern, davon 25 allgemeine Frühförderstellen und 5 Sozialpädiatrische Zentren. Die beteiligten Einrichtungen bearbeiteten zum einen differenzierte, schriftliche Erhebungsraster zu ihren Leistungs- und Vergütungsstrukturen und standen zum anderen für ergänzende telefonische Interviews zur Verfügung.

5.1.2 Leistungsstrukturen

Zu den Leistungsstrukturen zählen wir a) das Leistungsangebot einerseits und b) den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Leistungen andererseits. Das Leistungsangebot der Einrichtungen ergibt sich in erster Linie aus konzeptionellen Überlegungen, ihrer Historie und regionalen Gegebenheiten bzw. Besonderheiten. Es leitet sich stark ab von dem jeweils vorgehaltenen Fachpersonal nach fachlichen Qualifikationen und Berufsgruppen.

a) Leistungsangebot

Das Leistungsangebot der beteiligten Einrichtungen lässt sich grundsätzlich in fünf Leistungsmodule einteilen, die sich durch direkten Kontakt mit den Kindern und ihren Eltern/ Erziehungsberechtigten auszeichnen. Zu diesen gehören:

- *Beratungsleistungen:* Zu unterscheiden sind Beratungsleistungen, die für die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten erbracht werden und fachliche Beratungsleistungen für andere Akteure im System der Frühförderung behinderter und von Behinderung

bedrohter Kinder. Zur Elternberatung zählt zum einen die offene Erstberatung noch vor Leistungsbeginn und zum anderen die Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern während des laufenden Förderprozesses. Letztere realisiert sich vor allem in nicht formalisierten Beratungs- und Unterstützungsgesprächen, die sich im Rahmen einer Fördereinheit für das Kind ergeben, in gesonderten Einzelberatungsgesprächen mit Eltern sowie in einer Beratung, Unterstützung und Anleitung begleiteter Elterngruppen. Elternberatung kann sich auch als allgemeine Sozialberatung, psychologische Beratung oder Beratung in Erziehungsfragen realisieren. Einige allgemeine Frühförderstellen leisten eine Fachberatung für Fachkräfte in Kindertagesstätten.

- *Diagnostische Leistungen:* Diagnostische Leistungen spielen als Eingangsdagnostik am Anfang des Förderprozesses eine herausgehobene Rolle. Aber auch die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik hat einen hohen Stellenwert. Je nach personellen Kapazitäten einer Einrichtung ist die (heil-)pädagogische und psychologische Diagnostik einerseits von der medizinisch-therapeutischen und ärztlichen Diagnostik andererseits zu unterscheiden. Interdisziplinär aufgestellte Einrichtungen führen in der Regel eine interdisziplinäre Eingangsdagnostik durch, wobei auch bereits vorliegende ärztliche Diagnostiken vom jeweiligen Sozialpädiatrischen Zentrum sowie vom niedergelassenen Kinder- oder Facharzt einbezogen werden.
- *Heilpädagogische Förderleistungen:* Der Begriff „heilpädagogische Förderleistungen“ nach § 56 SGB IX ist als ein Sammelbegriff zu verstehen, der neben heilpädagogischen Leistungen auch sonderpädagogische, sozialpädagogische, pädagogische, psychologische Leistungen sowie motopädagogische bzw. motologische Leistungen umfasst.
- *Medizinisch-therapeutische Behandlungsleistungen:* Als medizinisch-therapeutische Behandlungsleistungen werden physiotherapeutische, sprachtherapeutische und ergotherapeutische Leistungen erbracht. Ob alle genannten Therapieformen oder nur einige davon seitens der Frühförderstelle erbracht werden, hängt davon ab, ob die Einrichtung über entsprechend qualifiziertes Personal in Festanstellung verfügt (interdisziplinär *besetzte* Frühförderstelle) oder ob sie niedergelassene Heilmitteltherapeut/innen auf Kooperationsbasis in das Team der Einrichtung einbezieht (interdisziplinär *wirkende* Frühförderstelle). Rein heilpädagogisch besetzte Frühförderstellen, die keine Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Heilmitteltherapeut/innen unterhalten, bieten keine medizinisch-therapeutischen Behandlungsleistungen an. Nach dem Altöttinger Papier gehören Therapeut/innen der drei Fachrichtungen Physiotherapie, Sprachtherapie und Ergotherapie grundsätzlich zum essentiellen Personalbedarf eines sozialpädiatrischen Teams.
- *Ärztliche Leistungen:* Die Frühförderstellen beschäftigen nur in Ausnahmefällen Ärzt/innen, und zwar entweder in Festanstellung oder auf Honorarbasis. Auch die beteiligten Frühförderstellen bieten weit überwiegend keine eigenen ärztlichen Leistungen an. Die Sozialpädiatrischen Zentren stehen dagegen unter ständiger ärztli-

cher Leitung und sollen nach dem Altöttinger Papier über zwei sozialpädiatrische Teams mit jeweils einem Kinderarzt mit spezieller Qualifikation verfügen.

Über diese direkten Leistungen hinaus erbringen allgemeine Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren regelmäßig eine Reihe *indirekter Leistungen*, also Leistungen bzw. Tätigkeiten ohne unmittelbaren Kontakt mit den geförderten Kindern und begleiteten Eltern. Zu diesen für die Frühförderung notwendigen Hintergrundleistungen gehören insbesondere:

- *Interne Koordination:* Diese Leistungen realisieren sich in der Regel in Teamsitzungen und Fallbesprechungen. Die Teamsitzungen werden regelmäßig in wöchentlichem oder 14-tägigem Rhythmus durchgeführt und u.a. für die Organisation bzw. Koordination genutzt. Fallbesprechungen finden je nach Komplexität ebenfalls während der Teamsitzungen statt oder sie werden in sogenannten kleinen oder flexiblen Teams nur mit den direkt beteiligten Therapeut/innen durchgeführt.
- *Externe Koordination:* Da an der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder regelmäßig unterschiedliche Akteure und Institutionen beteiligt bzw. relevant sind, ergibt sich für allgemeine Frühförderstellen eine Reihe von Kooperationserfordernissen mit Externen. Zu diesen zählen v.a. die behandelnden niedergelassenen Kinderärzte, niedergelassene Heilmitteltherapeut/innen, Kindertagesstätten, Sozialpädiatrische Zentren und der Öffentliche Gesundheitsdienst.
- *Vor- und Nachbereitungszeiten von Fördereinheiten:* Wenn es um die Finanzierung von Förder- und Behandlungseinheiten geht, wird neben der direkten Arbeit mit dem Kind und begleitenden Eltern („face to face“) auch ein indirekter Leistungsanteil kalkuliert, der in der Regel als Vor- und Nachbereitungszeit bezeichnet wird.
- *Fahrt- und Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung:* Eine notwendige Hintergrundleistung im Rahmen einer mobil-aufsuchenden Förderung im Elternhaus oder der Kindertagesstätte besteht in der An- und Abfahrt. Hierbei fallen zum einen Wegezeiten an, zum anderen „passive“ Dienstzeiten der Fachkräfte während der Fahrten. Eine mobil-aufsuchende Leistungserbringung setzt das Vorhalten (inklusive Anschaffung, Instandhaltung etc.) eines „Fuhrparks“ voraus, wenn die Fachkräfte nicht angehalten werden, private PKW dienstlich zu nutzen. Fahrt- und Wegezeiten sind bei einem Teil der beteiligten Einrichtungen in der Vor- und Nachbereitungszeit kalkuliert, bei einem anderen Teil werden sie gesondert vergütet.
- *Dokumentation:* Im Rahmen von Dokumentationsleistungen wird schriftlich festgehalten, welche Leistungen in welchem Zeitumfang für und von wem erbracht wurden. Entsprechende Dokumentationsbögen müssen – damit die erbrachten Leistungen abrechnungsfähig werden – in der Regel von den Eltern abgezeichnet werden. Die Dokumentation bezieht sich weiter auf die Überprüfung und Anpassung der individuellen Förderpläne bzw. Förderziele.

In einem erweiterten Verständnis indirekter Leistungen können auch weitere qualitätsrelevante Tätigkeiten genannt werden, hierzu zählen insbesondere Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte, Team- und Leitungssupervision, Gremien-, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

b) Zugang zu den Leistungen

Es ergeben sich unterschiedliche Zugangswege zu den Leistungen allgemeiner Frühförderstellen und Sozialpädiatrischer Zentren. Bei den allgemeinen Frühförderstellen ist insbesondere danach zu unterscheiden, ob diese die Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX in Verbindung mit der FrühV auf der Grundlage eines Leistungsvertrages mit den Rehabilitationsträgern schon anbieten oder noch nicht.

- Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren setzen eine ärztliche Überweisung voraus. Ein offenes Beratungsangebot im Vorfeld der Leistungserbringung ist aufgrund der bestehenden Finanzierungsstrukturen nicht möglich.
- Leistungen der beteiligten Frühförderstellen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, die die Komplexleistung anbieten, setzen ebenfalls eine ärztliche Zuweisung und außerdem einen genehmigten Förder- und Behandlungsplan voraus. Wenn ein offenes Beratungsangebot vorgehalten wird, kann dieses von Eltern, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten, zunächst ohne weitere Zugangsvoraussetzungen in Anspruch genommen werden.
Als Zugangsweg ergibt sich damit: 1. Erstberatung (optional), 2. Ärztliche Überweisung, 3. Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik, 4. Genehmigung des Förder- und Behandlungsplans, 5. Beginn der Förderung und Behandlung.
- Für (heil-)pädagogische Förderleistungen der beteiligten Frühförderstellen, die die Komplexleistung Frühförderung (noch) nicht umsetzen, ergeben sich unterschiedliche Zugangswege:
 - (a) *Offener Zugangsweg (ohne formale Bewilligung durch Sozialhilfeträger):*
1. Erstberatung, 2. eigene (heil-)pädagogische Diagnostik, 3. Leistungsbeginn.
Es bedarf keiner Bewilligung durch den Sozialhilfeträger und damit auch keines Gutachtens seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Frühförderstelle sendet diesem allerdings nachrichtlich Aufnahmeberichte und Förderpläne zu bzw. führt mit diesem einmal im Monat Fallbesprechungen durch.
 - (b) *Zugang über Kinderarzt (ohne formale Bewilligung durch Sozialhilfeträger):*
Es bedarf keiner Bewilligung durch den Sozialhilfeträger und damit auch keines Gutachtens seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Heilpädagogische Leistungen setzen aber eine spezielle ärztliche Verordnung voraus. Hier sind zwei Wege zu unterscheiden:
 - (b1) 1. Erstberatung, 2. eigene (heil-)pädagogische Diagnostik, 3. Kinderarzt unterzeichnet Förderplan, 4. Leistungsbeginn. Die Vergütung erfolgt im konkreten Fall über Fallpauschalen (je Kind/Jahr); es ist eine maximale Anzahl der im

Jahr geförderten Kinder festgelegt. Nach der eigenen (heil-)pädagogischen Diagnostik wird der Förderplan durch einen festangestellten oder den behandelnden niedergelassenen Kinderarzt unterzeichnet.

(b2) 1. Erstberatung, 2. ärztliche Verordnung, 3. Leistungsbeginn. Es handelt sich um eine individuelle Absprache des Trägers der Einrichtung mit der Kommune zur Reduzierung des Verwaltungsaufwands beim Sozialhilfeträger. Für andere in der Kommune eingerichtete Frühförderstellen gelten abweichende Regelungen.

(c) *Zugang über Sozialpädiatrisches Zentrum (formale Bewilligung des Sozialhilfeträgers erforderlich):* 1. Erstberatung, 2. Diagnostik durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum, 3. Antrag beim Sozialhilfeträger, 4. Bescheid/Bewilligung des Sozialhilfeträgers, 5. Leistungsbeginn. Es bedarf zwar einer Bewilligung durch den Sozialhilfeträger auf der Basis der Diagnostik des Sozialpädiatrischen Zentrums, ein Gutachten seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist aber nicht erforderlich.

(d) *Zugang über Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (formale Bewilligung des Sozialhilfeträgers erforderlich):* 1. Erstberatung, 2. Antrag beim Sozialhilfeträger, 3. Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 4. Bescheid/Bewilligung des Sozialhilfeträgers, 5. Leistungsbeginn. Nach Eingang des Antrags gibt der Sozialhilfeträger routinemäßig ein Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Auftrag. Zu diesem Zweck erhalten die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine Einladung zu einer amtsärztlichen Untersuchung im Gesundheitsamt. Auf der Basis des Gutachtens wird ein bewilligender oder ablehnender Bescheid erstellt.

(e) *Medizinisch-therapeutische Leistungen von Frühförderstellen, die die Komplexleistung Frühförderung (noch) nicht anbieten,* setzen regelmäßig entsprechende Heilmittelverordnungen niedergelassener Vertragsärzte und eine Abgabeberechtigung der Frühförderstellen für Heilmittel nach SGB V voraus.

Deutlich wird, dass der Zugang zu den (heil-)pädagogischen Leistungen je nach Ausgestaltung als niedrig- bzw. höherschwellig anzusehen ist. Insbesondere stehen sich die beiden Varianten gegenüber, nach denen einerseits ein prinzipiell offener Zugang nicht nur zu Erstberatungs-, sondern auch zu Förderleistungen besteht und andererseits vor Beginn der Förderleistungen beim Sozialhilfeträger ein Antrag auf Eingliederungshilfe nach SGB XII zu stellen ist, auf den nach einem Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ggf. ein bewilligender Bescheid folgt.

5.1.3 Leistungszeiten und Begrenzung der Leistungen

Zeiten für die Diagnostik werden je nach Einrichtung unterschiedlich finanziert und somit auch unterschiedlich dokumentiert: In zahlreichen Frühförderstellen, die bislang keine Komplexleistung anbieten, werden die diagnostischen Leistungen im Rahmen der Förderung analog zu den Fördereinheiten finanziert. Die Anzahl der für die Ein-

gangsdagnostik erforderlichen Fördereinheiten wurde hier je nach Komplexität mit 4 bis 10 Fördereinheiten (je nach Systematik 60 bis 165 Minuten je Fördereinheit) angegeben. Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik findet hierbei ebenfalls im Rahmen der Förderung statt. In den Frühförderstellen, in denen die Eingangsdagnostik getrennt finanziert wird, wird die Zeit hierfür in der Regel über den Vergütungssatz implizit festgelegt. Beispielsweise in Bayern ist den 195 € für die interdisziplinäre Diagnostik ein Zeitkontingent von etwa 4 bis 5 Stunden hinterlegt, wobei die ärztliche Diagnostik hierin nicht enthalten ist. Bis zu vier Stunden stehen ebenfalls einer überwiegend heilpädagogischen arbeitenden Frühförderstelle in Nordrhein-Westfalen für die pädagogische Diagnostik zur Verfügung. Die Zeit, die nach Ansicht der Frühförderstellen für die interdisziplinäre Eingangsdagnostik benötigt wird, liegt dagegen deutlich über 4 Stunden: Selbst rein heilpädagogisch arbeitende Frühförderstellen gehen von einem Zeitbedarf von 3,5 bis knapp 7 Stunden für die pädagogische Diagnostik ohne schriftliche Niederlegung des Förder- und Behandlungsplans aus. Hierfür muss zusätzliche Zeit kalkuliert werden. Im Fall einer interdisziplinären Eingangsdagnostik werden für den ärztlichen, den pädagogischen und den therapeutischen Bereich jeweils eine halbe bis eine Stunde benötigt.

Alle Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren werden in Form einer Quartals-Behandlungspauschale je Kind abgerechnet. Der Zeitumfang für die Erstkontakt- und Eingangsdagnostik liegt bei mindestens 5 Stunden (exkl. Berichtslegung), sofern nur der Arzt/ die Ärztin, eine medizinisch-therapeutische und eine pädagogische Fachkraft in die Erstdiagnostik einbezogen sind. Bei weiterem Bedarf, wie beispielsweise einer speziellen ärztlichen Diagnostik, psychologischen Diagnostik oder mehr als einer Diagnostik kann der direkte Zeitbedarf in Einzelfällen auf bis zu 20 Stunden ansteigen.

Die Leistungszeiten für die Förder- bzw. Behandlungseinheiten, die der Kalkulation der Vergütungssätze zugrunde gelegt werden, unterscheiden sich ebenfalls zwischen den Einrichtungen. Dabei müssen wiederum die prinzipiellen Modelle der pauschalen und der Einzelleistungsvergütung unterschieden werden.

- In den Einrichtungen, in denen die Leistungen pauschal vergütet werden, werden die Zeiten für Fördereinheiten sowie die Zahl der Einheiten implizit kalkuliert und spiegeln sich in der Höhe des Pauschalsatzes wider. Zudem wird hier in einigen Einrichtungen die maximale Anzahl der geförderten Kinder festgelegt.
- In den Einrichtungen, in denen die Förderleistungen als Einzelleistungen erbracht werden, sind die Zeiten für die ambulanten und mobil-aufsuchenden Leistungen explizit festgelegt: Die Dauer für die Face-to-face-Leistungen liegt in den Einrichtungen Bayerns und Baden-Württembergs bei 45 Minuten und in den übrigen Einrichtungen bei 60 Minuten. Die insgesamt je Fördereinheit zur Verfügung stehende Zeit variiert zwischen 60 und 165 Minuten. Allerdings entfallen jeweils unterschiedliche Anforderungen auf diese Zeitkontingente. So werden beispielsweise in Bayern bei einer Gesamtzeit von 60 Minuten je Fördereinheit Teamgespräche und begleitende Tätigkeiten zusätzlich vergütet, während bei anderen Regelungen mit hohen

Anteilen an indirekten Zeiten alle Aufgaben der Einrichtung inklusive Teamgespräche und begleitende Tätigkeiten kalkuliert sind.

Neben der Festlegung der Zeiten für die Fördereinheiten wird die Anzahl der maximal zu erbringenden Fördereinheiten je Kind festgelegt, die bei den (heil-)pädagogischen Leistungen zwischen einer und drei Leistungseinheiten in der Woche liegt.

5.1.4 Vergütungsstrukturen

Die beteiligten Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren weisen trotz ähnlicher Leistungsstrukturen unterschiedliche Vergütungsstrukturen auf. Prinzipiell können dabei drei Leistungsbereiche unterschieden werden:

- 1) Erstberatung
- 2) Interdisziplinäre Diagnostik
- 3) Frühförderleistungen für leistungsberechtigte Kinder und deren Eltern/ Erziehungsberechtigte

Zudem ist zu unterscheiden zwischen Einrichtungen, die ihre Leistungen (Diagnostik, heilpädagogische Leistungen, medizinisch-therapeutische Leistungen, Beratung etc.) einzeln abrechnen, und Einrichtungen, die ihre Leistungen pauschal in Form einer Pauschale pro Kind oder für die gesamte Einrichtung abrechnen. Bei der pauschalen Abrechnungsweise gibt es wiederum verschiedene Varianten. So können alle Leistungen mit Erstberatung, Diagnostik und Frühförderleistungen in einer gesamten Pauschale abgerechnet werden oder aber die drei genannten Leistungsmodul werden jeweils getrennt voneinander mit Einzelpauschalen vergütet. Unter den Einrichtungen der vertiefenden Studie findet sich eine, die eine Jahrespauschale für die gesamte Einrichtung erhält, worin alle Leistungen enthalten sind.

Die verschiedenen empirischen Modelle sowohl mit Einzelabrechnung als auch mit pauschaler Abrechnungsweise sollen im Folgenden getrennt nach den drei Leistungsbereichen dargestellt werden.

Zu 1) Vergütung der Erstberatung:

Hinsichtlich der Vergütung einer offenen Erstberatung von Eltern, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten, ergeben sich unterschiedliche Modelle:

- (a) Die Beratungsleistungen werden durch den örtlichen Sozialhilfeträger gesondert finanziert, unabhängig davon, ob das Kind und seine Eltern später Förderleistungen seitens der Frühförderstelle erhalten. Diese Variante findet sich im Rahmen der Komplexeleistung in Bayern. Hier werden nach Rahmenvertrag landesweit zwei Beratungseinheiten (BE) mit einem Zeitwert von jeweils 60 Minuten mit einem Vergütungssatz von jeweils 43 € durch den örtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Diese beiden Beratungseinheiten werden auf die maximal ab-

rechnungsfähigen 72 Leistungseinheiten je Kind im Jahr angerechnet. Dass eine offene Erstberatung durch den örtlichen Sozialhilfeträger gesondert finanziert wird, davon berichteten im Einzelfall auch Frühförderstellen, die die Komplexleistung noch nicht umsetzen. Beispielsweise ist mit einem örtlichen Sozialhilfeträger vereinbart worden, dass zwei Beratungseinheiten mit einem Zeitwert von jeweils 60 Minuten mit einem Vergütungssatz von jeweils 52 € finanziert werden.

- (b) Die Beratungsleistungen werden beispielsweise in Hessen gesondert über kommunalisierte Landesmittel finanziert.
- (c) In einer anderen Variante sind diese Leistungen in den Zeitwerten und Vergütungssätzen einer heilpädagogischen Fördereinheit (FE) anteilig kalkuliert. Zeitwerte heilpädagogischer Fördereinheiten teilen sich regelmäßig in einen direkten Anteil der Arbeit mit dem Kind und seinen Eltern/ Erziehungsberechtigten (sogenannte „Face-to-face“-Leistungen) und einen indirekten Anteil von Hintergrundleistungen, für die eine „Vor- und Nachbereitungszeit“ zur Verfügung steht. Diese Vor- und Nachbereitungszeit ist zum Teil vergleichsweise knapp kalkuliert und umfasst im engeren Sinne die Vor- und Nachbereitung *einer Fördereinheit* (Vorbereitung der Räumlichkeiten bei ambulanter Förderung, Dokumentation der Leistungen). Zum Teil wird die Vor- und Nachbereitungszeit höher bemessen, und in ihr sind z.B. Koordinationsgespräche im Team, Absprachen mit dem behandelnden niedergelassenen Kinderarzt sowie eben Erstberatungsleistungen kalkuliert.
- (d) Die Beratungsleistungen sind nachträglich analog heilpädagogischer Fördereinheiten abrechenbar, wenn nach ärztlicher Diagnostik oder nach einem Gutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein heilpädagogischer Förderbedarf besteht und Förderleistungen seitens der Frühförderstelle erbracht werden.
- (e) Es gibt aber auch den Fall, dass die offene Erstberatung gar nicht finanziert wird: Nach Angaben der betreffenden Einrichtungen sehen die Sozialhilfeträger Erstberatungsleistungen als eine „Vorleistung“ an, die unter das betriebswirtschaftliche Risiko der Einrichtung fällt. Im Gespräch wurde dazu erläutert, dass sich nach Ansicht von Sozialhilfeträgern sozialeleistungsrechtliche Ansprüche erst mit dem Bekanntwerden eines entsprechenden Bedarfs ergeben. Strittig ist dabei, ob diese Voraussetzung mit dem Beratungsgespräch erfüllt wird oder erst mit der Antragstellung beim Sozialhilfeträger.

Zu 2) Vergütung diagnostischer Leistungen

- Die Vergütung (*heil-)*pädagogischer Diagnostikleistungen erfolgt in folgenden Modellen:
 - (a) Die Diagnostikleistungen sind als heilpädagogische Fördereinheiten (FE) abrechenbar. Beispielsweise werden im Bewilligungszeitraum die ersten vier und die letzten vier Fördereinheiten als Diagnostikeinheiten (Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik) eingesetzt.

- (b) Diagnostikleistungen sind in den Zeitwerten und Vergütungssätzen einer heilpädagogischen Fördereinheit (FE) anteilig kalkuliert.
 - (c) Diagnostikleistungen werden durch den örtlichen Sozialhilfeträger gesondert finanziert. Diese Variante findet sich landesweit in Sachsen im Kontext der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung. Besteht im Ergebnis der interdisziplinären Eingangsdiagnostik kein Bedarf an Komplexleistungen, sondern lediglich an isolierten heilpädagogischen Leistungen, dann kann die Frühförderstelle für eine Verlaufsdiagnostik einmal im Förderjahr und für eine Abschlussdiagnostik einmal im Förderzeitraum jeweils 90 Minuten ansetzen und diese Diagnostikeinheiten mit dem örtlichen Sozialhilfeträger abrechnen, und zwar zu dem gleichen Vergütungssatz von pauschal rd. 48 €, wie er auch von den Krankenkassen für eine interdisziplinäre Verlaufs- und Abschlussdiagnostik im Rahmen der Komplexleistung getragen wird.
- Für die *interdisziplinäre (Eingangs-)Diagnostik* als Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung werden verschiedene Sätze vereinbart, die in einigen Bundesländern, wie z.B. in Bayern oder in Sachsen einheitlich auf Landesebene geregelt sind und in anderen Bundesländern vor Ort vereinbart werden. Unterschiede ergeben sich zudem in der Anzahl der vergüteten Diagnostiken, in der Höhe der Vergütung sowie in der Kostenteilung.
 - (a) Die Vergütungssätze für die Eingangsdiagnostik reichen von rd. 142 € (Sachsen) bis hin zu rund 450 € (Kommune in Nordrhein-Westfalen). Häufig zitiert wird der in Bayern landesweit geltende Vergütungssatz in Höhe von 195 €, wobei die ärztliche Diagnostik dort gesondert vergütet wird. Bei den höheren Vergütungssätzen von 300 € und mehr ist dagegen die ärztliche Diagnostik in der Regel enthalten.
 - (b) Die Kalkulationsbasis für die Höhe der Vergütungssätze ist entsprechend unterschiedlich: So werden in Sachsen und in Bayern vier bis fünf Stunden für die Eingangsdiagnostik angesetzt, während in den Kommunen in Nordrhein-Westfalen in der Regel etwa 10 Stunden veranschlagt werden.
 - (c) Die Pauschale für die Eingangsdiagnostik wird (mit Ausnahme Sachsens) einmalig gewährt. Verlaufs- und Abschlussdiagnostik werden hiernach im Rahmen der Förderung durchgeführt und je nach Landesregelung anteilig von den Leistungsträgern vergütet. In Sachsen kann dagegen einmal im Förderjahr eine interdisziplinäre Verlaufs- und einmal im Förderzeitraum eine interdisziplinäre Abschlussdiagnostik in Höhe von jeweils etwa 48 € mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.
 - *Ärztliche Leistungen im Rahmen der Eingangsdiagnostik*

Ärztliche Leistungen im Rahmen der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik erbringen niedergelassene Ärzt/innen sowie Ärzt/innen in Sozialpädiatrischen Zentren und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Als Bestandteil der Komplexleistung werden die Leistungen der interdisziplinären Diagnostik entweder im Rahmen eines integrierten Vergütungssatzes bezahlt, wie beispielsweise in Niedersachsen oder in Nordrhein-

Westfalen. Oder aber die Leistungen werden getrennt mit dem jeweiligen Arzt abgerechnet, wie beispielsweise in Bayern.

Die ärztlichen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren werden in der Regel in Form von Quartalspauschalen je Kind mit den Krankenkassen abgerechnet.

Zu 3): Leistungen für leistungsberechtigte Kinder und deren Eltern/ Erziehungsberechtigte

Zu den Kernleistungen der Frühförderung gehören die Beratung der Eltern/ Erziehungsberechtigten, die heilpädagogischen Leistungen sowie die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Im Folgenden werden die verschiedenen Vergütungsmodelle für diese Leistungen im Detail dargestellt:

(3.1) Vergütung der Beratungsleistungen im Rahmen der Frühförderung

Die Vergütung der Beratungsleistungen als Bestandteil der Frühförderung wird ebenso unterschiedlich gehandhabt wie die Vergütung der Erstberatung vor Einsetzen der Leistung (s.o. zu (1)). Dabei können beide Beratungsformen auch innerhalb eines Vergütungsmodells unterschiedlich behandelt werden.

- In einer Vergütungsvariante wird die Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern als integraler Bestandteil der Frühförderung gesehen, ist im pauschalen Vergütungssatz je Kind enthalten und wird nicht gesondert ausgewiesen. In der noch zu verabschiedenden Rahmenempfehlung in Niedersachsen werden beispielsweise 1.100 € pro Kind und Quartal vorgeschlagen. Außerhalb der Komplexleistung finden sich ebenfalls pauschale Vergütungssätze, die in den vorliegenden Fällen heilpädagogisch arbeitender Einrichtungen zwischen 1.100 € und 1.500 € pro Kind und Quartal liegen.
- In einer zweiten Variante werden Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Eltern analog heilpädagogischer Förderleistungen für das Kind vergütet. Im Rahmen der Frühförderung wird nicht zwischen kind- und elternbezogenen Leistungen unterschieden, beide Leistungsarten sind vielmehr gleichrangig. In Bayern wurde mit dem Rahmenvertrag landesweit festgelegt, dass Einzelberatungsgespräche mit Eltern analog einer heilpädagogischen Fördereinheit für das Kind abgerechnet werden können und Elterngruppen analog der heilpädagogischen Gruppenförderung von Kindern. Eine gleichrangige Behandlung von Förderleistungen für das Kind und Beratungsleistungen für die Eltern findet sich auch außerhalb der Komplexleistung. Im konkreten Fall werden Einzelberatungsgespräche und Elterngruppen analog der kindbezogenen Leistungen finanziert und abgerechnet.
- In einer dritten Variante werden Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern in den Zeitwerten und Vergütungssätzen einer heilpädagogischen Fördereinheit anteilig kalkuliert.

- Auch gibt es den Fall, dass Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Eltern innerhalb der Frühförderleistung nicht finanziert werden. Nach Informationen der beteiligten Einrichtungen vertreten Sozialhilfeträger zum Teil den Standpunkt, dass die Arbeit mit dem Kind entscheidend sei und sich eine Begleitung der Eltern nebenher dadurch ergebe, dass diese während der Förderung des Kindes anwesend seien.

(3.2) Vergütung der (heil-)pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen

- Für (heil-)pädagogische/ psychologische Leistungen, die im Komplex mit medizinisch-therapeutischen Leistungen erbracht werden, ergeben sich im Grundsatz drei unterschiedliche Vergütungsvarianten:
 - (a) Die (heil-)pädagogischen/ psychologischen Leistungen sind als integraler Bestandteil der Frühförderung im pauschalen Vergütungssatz je Kind enthalten und werden nicht gesondert ausgewiesen, wie beispielsweise in Niedersachsen geplant ist.
 - (b) Die Kosten für die Komplexleistung werden von den Rehabilitationsträgern gemeinsam anteilig finanziert, die Kosten einer Fördereinheit im Rahmen der Komplexleistung werden pauschal geteilt. Die Höhe des Vergütungssatzes je Fördereinheit und der auf die Rehabilitationsträger jeweils entfallende Kostenanteil werden in örtlichen Vertragsverhandlungen festgelegt. Eine vergleichbare Regelung gibt es beispielsweise in den Interdisziplinären Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen: Hier liegen die Vergütungssätze für die Fördereinheit bei etwa 48 € je Stunde.
 - (c) (Heil-)pädagogische/ psychologische Leistungen werden als Bestandteile von Komplexleistungen durch den örtlichen Sozialhilfeträger finanziert und mit diesem einzeln abgerechnet, wie beispielsweise in Bayern, Rheinland-Pfalz oder Sachsen. Für die (heil-)pädagogischen Leistungen sind Zeitwerte und Vergütungssätze je Fördereinheit festgelegt. Eine Fördereinheit ambulante Frühförderung wird dabei landesweit mit rd. 44 € je Stunde bewertet, eine Fördereinheit mobil-aufsuchende Frühförderung mit rd. 59 € je Stunde. Bei der an der Vertiefungsstudie beteiligten interdisziplinären Frühförderstelle in Rheinland-Pfalz beträgt der Vergütungssatz für eine ambulante Fördereinheit 46 € je Stunde und bei einer beteiligten interdisziplinären Frühförderstelle in Sachsen sowohl bei ambulanter als auch bei mobil-aufsuchender Leistungserbringung rd. 36 € je Stunde. Wird die heilpädagogische Leistung im Rahmen der Komplexleistung in mobil-aufsuchender Form erbracht, dann kann bei bewilligten vier bis fünf Fördereinheiten im Monat zusätzlich zu dem genannten Vergütungssatz eine Fahrtkostenpauschale von rd. 16 € je Kind im Monat mit dem örtlichen Sozialhilfeträger abgerechnet werden.
- Für (heil-)pädagogische Leistungen, die außerhalb der Komplexleistung und damit als „isolierte“ Leistungen erbracht und vom Sozialhilfeträger finanziert werden, ergeben sich im Grundsatz zwei unterschiedliche Vergütungsmodelle:

- (a) Unter den an der Vertiefungsstudie beteiligten Einrichtungen fanden sich Frühförderstellen, die mit dem zuständigen Sozialhilfeträger eine pauschale Vergütungsregelung getroffen haben sowie eine Frühförderstelle, die Teil der Stadtverwaltung ist: Hier können drei Vergütungsregelungen unterschieden werden:
- (a1) Der Sozial- oder Jugendhilfeträger entrichtet eine Jahrespauschale je gefördertem Kind. In einem Fall wurden für die Ermittlung der Pauschale ursprünglich die jährlichen Personalkosten einer Sozialpädagogin mit einem Beschäftigungsumfang von 50% kalkuliert, die durch eine festgelegte Anzahl von jährlich zu fördernden Kinder dividiert wurden.
- (a2) Der Sozialhilfeträger entrichtet eine Monatspauschale je gefördertem Kind. Dabei wird in den vorliegenden Fällen nicht zwischen ambulanter und mobil-aufsuchender Leistungserbringung unterschieden.
- (a3) Der Sozialhilfeträger zahlt eine Gesamtpauschale für den Betrieb der Einrichtung. Die Finanzierung bezieht sich auf alle Personal- und Sachkosten. Die Gesamtpauschale wurde ursprünglich auf der Grundlage einer stabilen Anzahl der geförderten Kinder, entsprechend notwendiger Personalkosten und anteiliger Sachkosten kalkuliert und wird in Anlehnung an Tarifierhöhungen angepasst.
- (b) Der Regelfall für die Vergütung (heil-)pädagogischer Leistungen hebt ab auf Fördereinheiten, die mit Zeitwerten und Vergütungssätzen hinterlegt sind und einzeln mit dem Sozialhilfeträger abgerechnet werden. Dabei ergibt sich eine größere Bandbreite von Zeitwerten und Vergütungssätzen. Bei den an der Vertiefungsstudie beteiligten Frühförderstellen liegen die Gesamtzeitwerte für heilpädagogische Fördereinheiten bei ambulanter Leistungserbringung zwischen 70 und 165 Minuten. Als Zeitanteil für die direkte Arbeit mit dem Kind und den begleitenden Eltern sind in einem Fall 45 Minuten, ansonsten 60 Minuten kalkuliert. Entsprechend variiert der Zeitanteil für die Vor- und Nachbereitung stark zwischen 10 und 90 Minuten. In dem Fall, in dem der Gesamtzeitwert 165 Minuten beträgt, ist keine Differenzierung nach direkter Arbeit und Vor- und Nachbereitungszeit vorgesehen. Für heilpädagogische Fördereinheiten bei mobil-aufsuchender Leistungserbringung sind Gesamtzeitwerte von 90 bis 165 Minuten festgelegt. Hier beträgt der Zeitanteil für die direkte Arbeit zwischen 45 bis 60 Minuten, der Zeitanteil für die Vor- und Nachbereitung zwischen 40 und 90 Minuten. In den Fällen, in denen die Frühförderstellen sowohl ambulante als auch mobil-aufsuchende Frühförderung anbieten, unterscheiden sich die Gesamtzeitwerte in der Regel nicht. Das bedeutet, dass die Vor- und Nachbereitungszeit bei mobil-aufsuchender Leistungserbringung regelmäßig nicht etwa „aufgestockt“ wird, sondern sich um einen gesondert ausgewiesenen Zeitwert zwischen 20 und 45 Minuten für Fahrtzeiten reduziert. Zumindest in zwei Fällen sind uns hinsichtlich der Vergütung mobil-aufsuchender Förderleistungen auch andere Lösungen bekannt geworden: In einem Fall wird ein Gesamtzeitwert nicht vorab festgelegt, sondern leitet sich dieser aus dem jeweiligen tatsächlichen Zeitaufwand ab. Es wird der gleiche Vergütungssatz je Stunde wie bei der ambulanten Frühförderung entrichtet. In einem anderen Fall wird die mobil-aufsuchende Frühförderung analog der ambulanten Frühförderung vergütet.

Zusätzlich wird eine pauschale Vergütung je Vollzeitstelle im Jahr geleistet. Deutlich wird, dass eine ambulante Leistungserbringung oftmals besser finanziert ist als eine mobil-aufsuchende Leistungserbringung.

Insgesamt zeigt sich, dass ein Teil der Frühförderstellen keine ambulante, sondern ausschließlich eine mobil-aufsuchende Frühförderung leistet. Das trifft auf fünf der beteiligten Einrichtungen zu. Gleichzeitig erbringen manche Frühförderstellen ihre Förderleistungen ausschließlich in ambulanter Form, dies trifft auf zwei der beteiligten Frühförderstellen zu. Die anderen 17 Frühförderstellen, die sich an der Vertiefungsstudie beteiligten, leisten sowohl ambulante als auch mobil-aufsuchende Frühförderung, wobei eine Form der Leistungserbringung deutlich überwiegen kann. Vor diesem Hintergrund ergibt sich, dass die jeweils vereinbarten Vergütungssätze für die ambulante und/oder mobil-aufsuchende Frühförderung aus Sicht der einzelnen Einrichtungen nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Gerade für Einrichtungen, die sowohl ambulant als auch mobil-aufsuchend arbeiten, stellen die jeweils vereinbarten Vergütungen eine Art „Mischkalkulation“ dar. Die Vergütungssätze der beteiligten Einrichtungen liegen bei ambulanter Leistungserbringung zwischen 31 und 53 €/je Stunde, bei mobil-aufsuchender Leistungserbringung mit 31 bis 57 €/je Stunde in ähnlicher Höhe.

- *Für medizinisch-therapeutische Leistungen*, die im Rahmen der Komplexleistung erbracht werden, ergeben sich, vergleichbar mit den (heil-)pädagogischen/ psychologischen Leistungen, drei Modelle:
 - (a) Die medizinisch-therapeutischen Leistungen sind als integraler Bestandteil der Frühförderung im pauschalen Vergütungssatz je Kind enthalten und werden nicht gesondert ausgewiesen, wie beispielsweise in Niedersachsen geplant ist.
 - (b) Die Kosten für die Komplexleistung werden von den Rehabilitationsträgern gemeinsam anteilig finanziert, die Kosten einer Fördereinheit im Rahmen der Komplexleistung werden damit pauschal geteilt. Die Höhe des Vergütungssatzes je Fördereinheit und der auf die Rehabilitationsträger jeweils entfallende Kostenanteil werden in örtlichen Vertragsverhandlungen festgelegt. Eine vergleichbare Regelung gibt es beispielsweise in den Interdisziplinären Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen.
 - (c) Medizinisch-therapeutische Leistungen werden als Bestandteile von Komplexleistungen durch die Krankenkassen finanziert und mit diesen einzeln abgerechnet. Beispielsweise in Bayern sind für die medizinisch-therapeutischen Leistungen Zeitwerte und Vergütungssätze je Therapieeinheit festgelegt. Eine ambulante Therapieeinheit wird dabei landesweit mit rd. 39 €/je Stunde bewertet. Bei der an der Vertiefungsstudie beteiligten interdisziplinären Frühförderstelle in Sachsen beträgt der Vergütungssatz einer Fördereinheit rd. 32 €/je Stunde.
- *Für medizinisch-therapeutische Leistungen, die außerhalb der Komplexleistung als isolierte Leistungen* erbracht werden, ergeben sich zwei Modelle:

- (a) Die medizinisch-therapeutischen Leistungen werden nach den Richtlinien der Heilmittelverordnung abgerechnet.
- (b) Die Einrichtung hat eine Vereinbarung mit den Krankenkassen abgeschlossen, in welcher die Leistungssätze festgelegt sind. Diese orientieren sich in der Regel an der Heilmittelverordnung.

- *Gesamtvergütung der Einrichtungen*

Die Vergütungsstrukturen und damit auch die Vergütung von einzelnen Leistungsbestandteilen unterscheiden sich zwischen den Einrichtungen erheblich, wie gezeigt wurde. In allen Leistungsbereichen können unterschiedliche Vergütungsmodelle identifiziert werden, wobei grundlegend Folgendes zu unterscheiden ist:

- (a) Alle Leistungen (Beratung der Eltern/ Erziehungsberechtigten, (heil-)pädagogische und psychologische Leistungen, medizinisch-therapeutische Leistungen) der Frühförderung werden in Form einer Pauschale je Kind abgerechnet. Diese Abrechnungsform wird zukünftig im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung in Niedersachsen Anwendung finden.
- (b) Die Leistungen werden je Fördereinheit mit einem einheitlichen Vergütungssatz für pädagogische, psychologische und medizinisch-therapeutische Leistungen abgerechnet. Diese Abrechnungsform wird beispielsweise in den Einrichtungen Nordrhein-Westfalens, die die Komplexleistung Frühförderung anbieten, praktiziert.
- (c) Die Leistungen werden einzeln abgerechnet, wobei in der Höhe der Leistungssätze zwischen (heil-)pädagogischen/ psychologischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen unterschieden wird. Dieses Abrechnungsmodell wird in den meisten Einrichtungen praktiziert, die bislang keine Komplexleistung anbieten, zudem in Bayern und in Rheinland-Pfalz, wo die Komplexleistung (weitgehend) flächendeckend umgesetzt wird, sowie in den Interdisziplinären Frühförderstellen Sachsens.

In welchem Rahmen sich derzeit die Vergütungssätze in etwa bewegen, kann anhand von Vergütungspauschalen je Kind aufgezeigt werden. Hierzu wurden die pauschalen Vergütungssätze für die Einrichtungen mit Einzelleistungsvergütung anhand des vorliegenden Datenmaterials errechnet, wobei die Finanzierungsanteile aller Leistungsträger inklusive Landeszuschüsse einbezogen wurden: Die Quartalspauschalen je Kind umspannen hierbei eine Bandbreite von etwa 200 € bis hin zu rd. 1.500 €. In den Einrichtungen Bayerns, die die Komplexleistung anbieten, werden Quartalspauschalen in Höhe von etwa 1.100 € gezahlt. In Niedersachsen wird in der Rahmenempfehlung eine Quartalspauschale von 1.100 € pro Kind angeboten sowie einmalig pro Kind 350 € für die Eingangsdiagnostik.

Auch bei den Sozialpädiatrischen Zentren gibt es im bundesweiten Vergleich eine große Bandbreite in Höhe der Quartalspauschalen. Nach Angaben der Bundesarbeits-

gemeinschaft der SPZ wurden von den gesetzlichen Krankenkassen in 2006 Quartals-Behandlungspauschalen von minimal 115 € und maximal 590 € gezahlt.

5.1.5 Kostenteilung

Im Rahmen der Komplexleistung sollten sich die Leistungsträger nach § 9 FrühV auf eine Teilung der Kosten verständigen. In der Umsetzung der FrühV auf Landesebene haben sich allerdings unterschiedliche Modelle der Kostenteilung durchgesetzt: In den meisten Ländern haben die Leistungsträger darauf verzichtet, Vereinbarungen zur pauschalen Kostenteilung abzuschließen, sodass hier die Leistung der interdisziplinären Eingangsdagnostik in der Regel von den Krankenkassen finanziert wird und Förderleistungen weiterhin einzeln mit den jeweils zuständigen Leistungsträgern abgerechnet werden. In Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt wird dagegen in den jeweiligen Landesrahmenempfehlungen eine pauschale Kostenteilung angestrebt. Folgende Modelle der Kostenteilung werden derzeit praktiziert:

- *Vollständige Kostenteilung*

Über die Vorgaben des § 9 FrühV hinausgehend haben sich beispielsweise in Dortmund Krankenkassen und Kommune auf eine generelle Kostenteilung ohne Unterscheidung zwischen Fördereinheiten und Diagnostikleistungen in Höhe von 27% zu Lasten der Krankenkassen und 73% zu Lasten des kommunalen Trägers verständigt.

- *Differenzierte Kostenteilung*

Nach § 9 FrühV wird die Kostenteilung getrennt für die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik und die Frühförderleistungen vereinbart.

(1) Eingangsdagnostik

Die Finanzierung der Eingangsdagnostik übernimmt in der Regel die Krankenkasse. In Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt wird dagegen auch die Eingangsdagnostik pauschaliert zwischen den Leistungsträgern geteilt, wobei die Sätze nach derzeitigem Stand (Dezember 2007) die Krankenkassen 80% und die Kommunen 20% der Kosten tragen werden. In Rheinland-Pfalz beteiligen sich die Kommunen etwa zur Hälfte an der Interdisziplinären Eingangsdagnostik.

Eine Besonderheit hinsichtlich der Trägerschaft der Diagnostikleistungen besteht in Sachsen: Voraussetzung für die alleinige Trägerschaft der Krankenkassen ist, dass sich an die interdisziplinäre Eingangsdagnostik auch tatsächlich Komplexleistungen anschließen. Ergibt sich stattdessen ein Bedarf an isolierten heilpädagogischen Leistungen, wird eine Verlaufs- und Abschlussdiagnostik wie oben beschrieben vom örtlichen Sozialhilfeträger getragen. Schließen sich an die interdisziplinäre Eingangsdagnostik isolierte medizinisch-therapeutische Leistungen an, wird eine Verlaufs- und Abschlussdiagnostik von Seiten der Krankenkassen nicht gesondert finanziert, sondern wird ggf. in den entsprechenden Positionen nach dem Heilmittelkatalog kalkuliert.

(2) Leistungen

Eine pauschale Kostenteilung wird in Sachsen-Anhalt sowie in einigen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen vorgenommen. In Sachsen-Anhalt beträgt der Anteil des Sozialhilfeträgers für Leistungen in den interdisziplinären Frühförderstellen 80% und in den SPZ 20%. Die Gesetzliche Krankenversicherung kommt entsprechend für die Leistungen in den Interdisziplinären Frühförderstellen zu 20% und in den Sozialpädiatrischen Zentren zu 80% auf. In Nordrhein-Westfalen finanzieren die Kommunen 60% und 72% der Kosten in den Interdisziplinären Frühförderstellen, während die Krankenkassen entsprechend 28% bis 40% der Kosten übernehmen.

In Niedersachsen wird in der abzuschließenden Rahmenvereinbarung nach derzeitigem Stand eine Kostenteilung von 77,5% zu Lasten der Kommunen und 22,5% zu Lasten der Krankenkassen vereinbart, die sich vor Ort verändern kann.

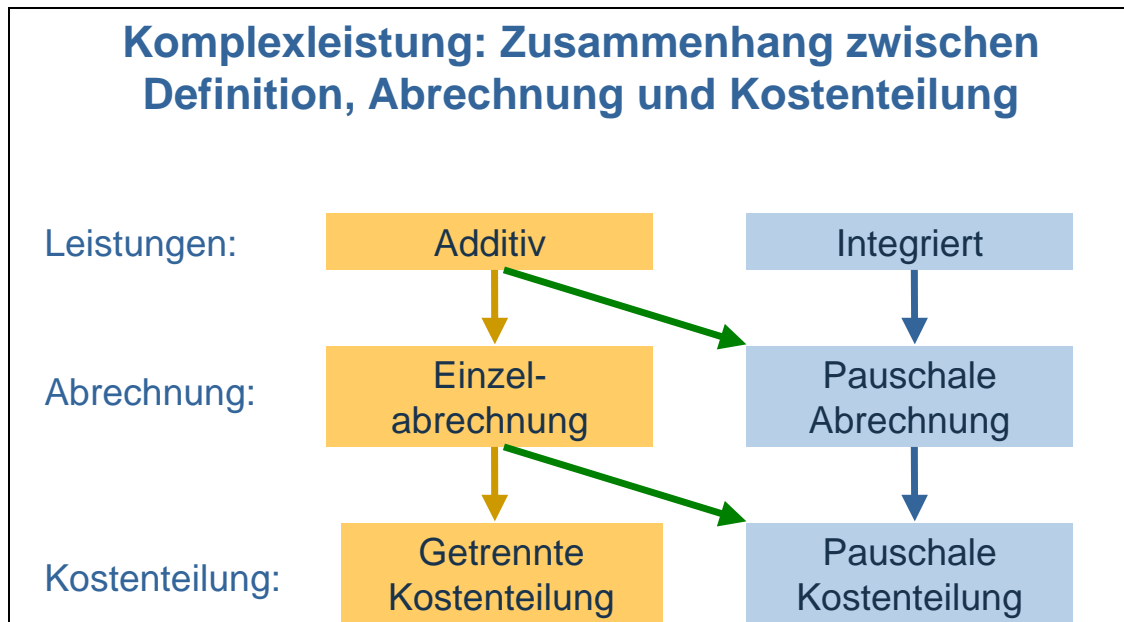
5.1.6 Komplexleistung: Angebot, Vergütungsstruktur und Kostenteilung im Überblick

Die Form der Leistungserbringung im Rahmen der Komplexleistung kann entweder *additiv* definiert werden als eine Kombination von pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, die parallel oder innerhalb eines festgelegten Zeitraums in abgestimmter Reihenfolge erbracht werden. Oder sie wird als ein *integrativ bzw. ganzheitlich* erbrachtes *Leistungspaket* definiert, das organisatorisch durch eine interdisziplinäre Struktur gewährleistet wird und jedem Kind mit Leistungsanspruch zur Verfügung steht. Diese beiden Formen der Leistungserbringung werden durch die möglichen Vergütungsformen sowie die Ausgestaltung der Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern determiniert.

Wird nämlich die Komplexleistung additiv definiert, dann können die erbrachten Leistungen sowohl einzeln abgerechnet werden als auch pauschaliert – als Pauschale je Einrichtung, Pauschale je Kind oder in Form von pauschalierten Fachleistungsstunden. Das Modell der integrativen Leistungserbringung bedingt dagegen systemlogisch eine pauschalierte Finanzierung – hier ist eine Einzelabrechnung von Leistungskomponenten nicht möglich, da eine Leistung definitionsgemäß nur ganzheitlich gesehen werden kann.

Die Leistungsträger müssen sich zudem darüber verständigen, wie sie die Kosten untereinander aufteilen. Der Gesetzgeber hatte eine pauschale Kostenteilung angestrebt, eine solche kann sowohl bei Abrechnung von Einzelleistungen als auch bei pauschalierter Abrechnung vereinbart werden. Eine unmittelbare Zurechnung von Einzelleistungen zu den zuständigen Leistungsträgern (wie z.B. in Bayern) ist dagegen nur in den Fällen möglich, in denen Komplexleistungen additiv verstanden und deren einzelne Komponenten (mit entsprechendem Aufwand) separat abgerechnet werden.

Abbildung 16:



Die Rahmenvereinbarungen der Bundesländer zur Komplexleistung enthalten unterschiedliche Lösungen: In den meisten Vereinbarungen wurden getrennte Abrechnungsverfahren vereinbart. In diesen Fällen kann die Abrechnung nur als Einzelabrechnung gestaltet werden, und die Leistungen werden dementsprechend additiv erbracht. In allen Ländern, in denen eine pauschale Kostenteilung vereinbart wurde, sind prinzipiell beide Abrechnungsverfahren möglich. Mit Ausnahme Niedersachsens haben sich diese Länder auf eine Abrechnung pauschalierter Fachleistungsstunden verständigt. In Niedersachsen wird dagegen eine pauschale Abrechnung je Kind angestrebt. In diesen Ländern kann die Komplexleistung sowohl in additiver als auch in integrativer Form erbracht werden.

5.1.7 Kostenstruktur

In der Kostenstruktur der Einrichtungen spiegelt sich zum einen die Art der Leistungserbringung (ambulant und mobil-aufsuchend) und zum anderen auch die Anbindung an den Träger wider. Recht einheitlich beträgt der Anteil der gesamten Personalkosten an den Gesamtkosten knapp 90%. Der Anteil der Fachkräfte nimmt dagegen eine recht große Bandbreite mit einem Anteil von knapp 60% bis zu gut 80% ein. Zu erklären ist dies insbesondere mit unterschiedlichen Anteilen an der Verwaltungsumlage, die auch Personalkosten für den Overhead enthält. Diese kann von minimalen Anteilen bis zu knapp 30% reichen.

Der Anteil der Fahrtkosten kann bei Einrichtungen mit ausschließlich mobiler Frühförderung bis zu 5 % der Gesamtkosten ausmachen.

Die Vergütungssätze sind für einige Einrichtungen ihrer Auskunft nach auskömmlich, während andere Einrichtungen ein strukturelles Defizit aufweisen, das (noch) aus Quersubventionen des Trägers aufgefangen wird. Gründe hierfür liegen insbesondere in Vergütungssätzen, die aufgrund schlechter Haushaltslage über viele Jahre nicht angepasst wurden.

5.2 Leistungsergebnis für das Kind

Ein weiterer Untersuchungsschritt ging von der Fragestellung aus, welche Leistungen insgesamt beim Kind ankommen. Die an der Vertiefungsstudie teilnehmenden Einrichtungen wurden gebeten, jeweils 30 zufällig ausgewählte Akten ihrer Kinder zu analysieren. Der hierfür verwendete Auswertungsbogen wurde gemeinsam mit den Einrichtungen entwickelt. Die Ergebnisse der kinderbezogenen Aktenanalyse basieren auf insgesamt **905** Akten, davon kommen entsprechend der Anzahl der beteiligten Einrichtungen 789 von den Frühförderstellen und 116 von den Sozialpädiatrischen Zentren.

Tabelle 40:

Kindbezogene Analyse:		
Einrichtungstyp		
	Häufigkeit	Prozent
FFS	789	87%
SPZ	116	13%
Gesamt	905	100

Die Auswertung umfasst die Darstellung der ausgewählten Akten nach soziodemografischen Merkmalen, nach Entwicklungsauffälligkeiten und ihren Auswirkungen, nach dem Zugang zu den Leistungen und den Leistungsumfang sowie nach weiterem Förderbedarf.

5.2.1 Soziodemografische Merkmale

Auf die 905 zufällig ausgewählten Akten entfallen 1% auf Kinder im Säuglingsalter von 0 bis zu einem Jahr, 18% auf Kleinkinder von 1 und 2 Jahren, 33% auf junge Kindergartenkinder im Alter von 3 und 4 Jahren und mit 48% knapp die Hälfte der Kinder auf Kindergartenkinder ab 5 Jahren, bei denen die Einschulungsfrage an Bedeutung gewinnt. Diese Anteile unterscheiden sich zwischen den Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren nur leicht. Nach der Sozialhilfestatistik (2006) sind von den Kindern im Vorschulalter, die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen beziehen, 11% unter 3 Jahren und 89% von 3 bis unter 7 Jahre alt.

Tabelle 41:

Kindbezogene Analyse: Alter und Geschlecht der Kinder							
	Gesamt			weiblich		männlich	
Säuglinge	13	1%	davon:	8	62%	5	38%
Kleinkinder	161	18%		69	43%	92	57%
Junge Kindergartenkinder	299	33%		101	34%	198	66%
Kindergartenkinder ab 5 Jahren	431	48%		146	34%	285	66%
Zusammen	904	100%		324	36%	580	64%

Diese Stichprobe enthält zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen und ist damit bezogen auf das Geschlecht der Kinder mit Frühförderbedarf repräsentativ, denn auch nach der Sozialhilfestatistik (2006) sind zwei Drittel der Kinder mit Förderbedarf Jungen. In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich dieses Geschlechterverhältnis insbesondere ab dem Kindergartenalter.

Schließlich sind 85% der Akten von deutschen Kindern und 15% der Akten von Kindern mit Migrationshintergrund. In Deutschland haben demgegenüber nur rund 5% Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren keine deutsche Staatsbürgerschaft. Dies liegt zum einen daran, dass die Nationalität in den ausgefüllten Analysebögen nicht nach den rechtlichen Bestimmungen der Staatsbürgerschaft eingetragen wurde, sondern nach der Herkunft des Kindes (Migrationshintergrund), während die zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes auf die Nationalität abstellen und hier Kinder mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit als Deutsche gezählt werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund im umfassenden Sinne bei etwa 15%. Zum anderen haben gut die Hälfte der Kinder als eine Diagnose „Entwicklungsverzögerung des Sprechens“. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung tatsächlich einen höheren Förderbedarf haben als deutsche Kinder.

Tabelle 42:

Kindbezogene Analyse: Nationalität/Migrationshintergrund					
	Kinder der Stichprobe		Kinder in Deutschland		
Deutsch	716	85%	4.767.777	95%	
Andere, <i>darunter türkisch</i>	128	15%	271.011	5%	
Zusammen	844	100%	5.018.713		

5.2.2 Entwicklungsverzögerungen

Die Kinder erhalten häufig recht spät Leistungen der Frühförderung, nämlich erst, wenn sich bei der Schuleingangsuntersuchung herausstellt, dass der Besuch einer Regelschule nicht oder nur mit Schwierigkeiten möglich ist. Diese Beobachtung teilen alle teilnehmenden Einrichtungen. Die Ergebnisse der kindbezogenen Analyse zeigen, dass bei 13% dieser Kinder die Frühförderung erst mit 5 Jahren oder später, also kurz vor der Einschulung begann. Ein gutes Drittel der Kinder kommt im jungen Kindergartenalter, was zeigt, dass die Kindergärten eine wichtige Funktion im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsverzögerungen der Kinder übernehmen. Säuglinge und Kleinkinder, die im Rahmen der frühen Förderung Leistungen von Frühförderstellen und/ oder Sozialpädiatrischen Zentren erhalten, sind entweder von Geburt an behindert oder zeigen bereits im frühen Alter gravierende Entwicklungsauffälligkeiten.

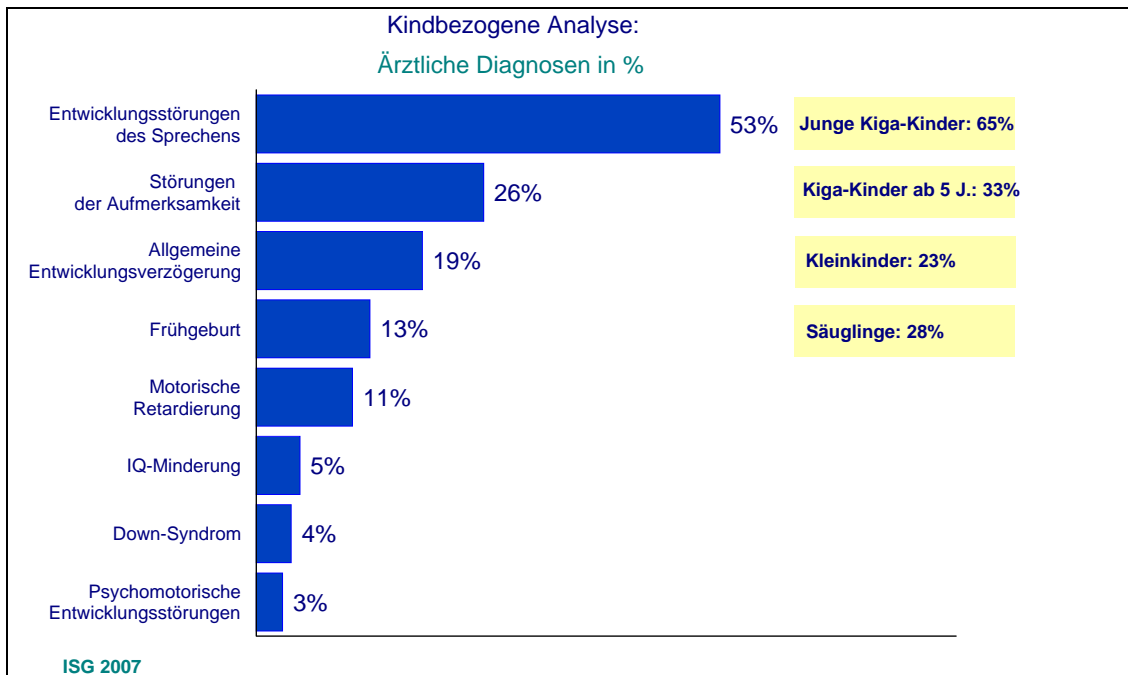
Tabelle 43:

Kindbezogene Analyse:						
Alter bei Hilfebeginn						
	FFS		SPZ		Gesamt	
Säuglinge	123	16%	34	30%	157	18%
Kleinkinder	247	32%	37	33%	284	32%
Junge Kindergartenkinder	301	39%	36	32%	337	38%
Kindergartenkinder ab 5 Jahren	110	14%	5	4%	115	13%
Zusammen	781	100%	112	100%	893	100%

In den von den Sozialpädiatrischen Zentren zugesendeten Analysebögen begannen bei knapp einem Drittel der Kinder die Leistungen bereits im Säuglingsalter. Dies ist dadurch zu erklären, dass extrem Frühgeborene und Kinder, die von Geburt an behindert sind, insbesondere in den Sozialpädiatrischen Zentren versorgt werden.

Die Kinder erhalten mit durchschnittlich 1,8 in der Regel mehr als eine ärztliche Diagnose. Die mit deutlichem Abstand häufigsten Diagnosen gehören zu der Gruppe F80 nach der ICD 10-Verschlüsselung und betreffen das Sprechen. Über die Hälfte der Kinder dieser Analyse hat eine solche Diagnose erhalten. Insbesondere die Kinder, die ab dem jungen Kindergartenkinderalter von drei und vier Jahren Leistungen der Frühförderung erhalten, haben zu fast zwei Dritteln eine Sprachentwicklungsverzögerung. Mit deutlichem Abstand hat etwa ein Viertel der Kinder eine Störung der Aufmerksamkeit. Insbesondere bei den Kindern, die erst seit dem 5. Lebensjahr oder später Leistungen erhalten, wurde diese Störung diagnostiziert, hier liegt der Anteil bei einem Drittel.

Abbildung 17:

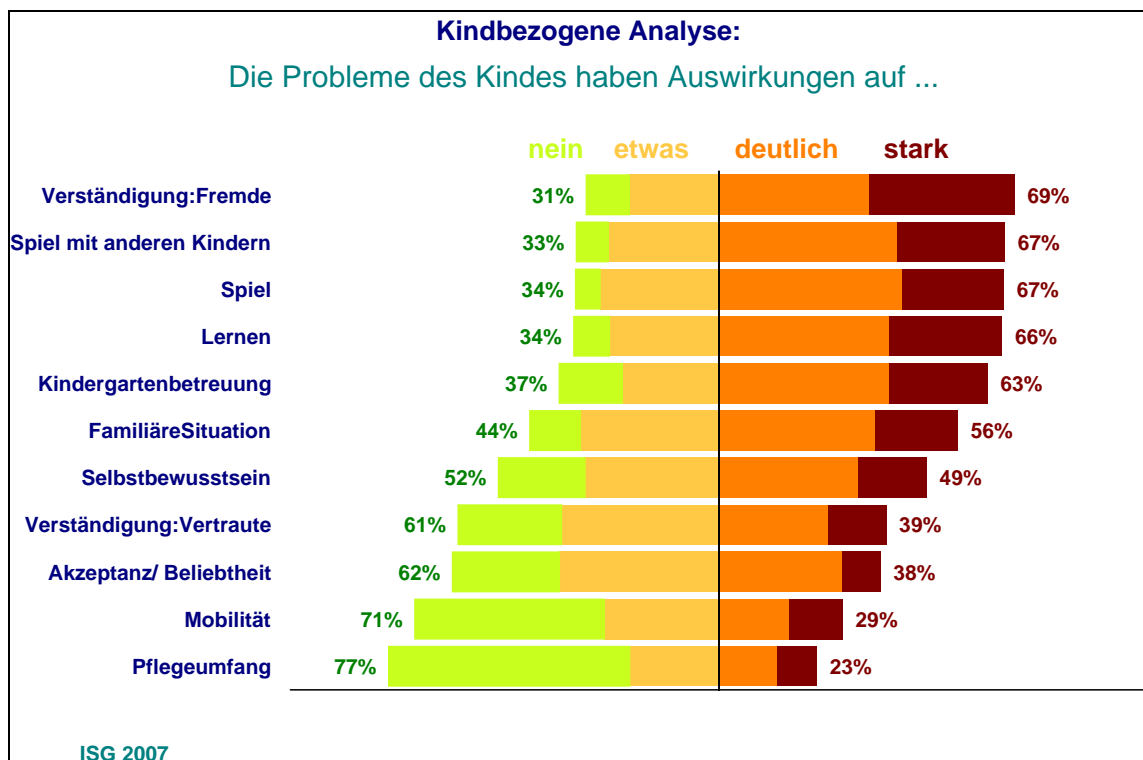


Bei knapp einem Fünftel der Kinder wurden allgemeine Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert, hier ist die Gruppe der Kinder, die seit dem Kleinkindalter Leistungen erhalten, mit 23% überdurchschnittlich häufig vertreten. Und schließlich sind 13% der Kinder als Frühgeborene diagnostiziert, wobei dieser Anteil in der Gruppe der Kinder, die bereits ab dem Säuglingsalter Leistungen erhalten, bei 28% liegt.

Entscheidend für die Art und Intensität der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen sind die Auswirkungen einer Entwicklungsverzögerung. Diese Herangehensweise folgt der Philosophie der ICF-Klassifikation, nach der neben der Funktionsstörung selbst auch Kontextfaktoren in den Blick genommen werden, die im Zusammenspiel ggf. zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führt. In der Aktenanalyse wurden 11 Merkmale aufgenommen, auf welche die Entwicklungsauffälligkeit oder Behinderung Auswirkungen haben kann. Hierzu gehören das Spiel allein und mit anderen Kindern, das Lernen, die Verständigung mit vertrauten und mit fremden Menschen, die Mobilität, der Pflegeumfang, die Kindergartenbetreuung, die familiäre Situation, die Akzeptanz bzw. Beliebtheit bei anderen sowie das Selbstvertrauen. Mit Ausnahme der Pflegebedürftigkeit und der Mobilität bedingen sich alle Merkmale gegenseitig. Statistisch zeigt sich dies in hoch signifikanten Korrelationskoeffizienten.

Die Entwicklungsauffälligkeiten haben insbesondere deutliche oder starke Auswirkungen auf die Verständigung mit fremden Menschen, das Spiel allein sowie mit anderen Kindern und das Lernen, hiervon sind jeweils über zwei Drittel der Kinder betroffen. Am anderen Ende der Skala finden sich die Auswirkungen, die auf eine (zusätzliche) körperliche Behinderung schließen lassen. So wirkt sich bei 28% der Kinder die Behinderung auf die Mobilität und bei 23% der Kinder auf den Pflegeumfang aus.

Abbildung 18:



5.2.3 Leistungen

In den Frühförderstellen haben sich historisch unterschiedliche Zugangswege für die Kinder und ihre Eltern etabliert. Diese reichen von einem offenen Zugang ohne ärztliche oder amtsärztliche Begutachtung bis hin zum Erfordernis einer ärztlichen Verordnung. In den Sozialpädiatrischen Zentren ist im Gegensatz hierzu immer eine solche Verordnung erforderlich.

Die Kinder und ihre Eltern erhalten in den Frühförderstellen ebenso wie in den Sozialpädiatrischen Zentren sowohl direkte als auch indirekte Leistungen. Durchschnittlich beträgt der Zeitaufwand in den Frühförderstellen 130 Minuten und in den SPZ 65 Minuten pro Woche (Median; Basis: 688 Akten von Kindern in Frühförderstellen und 105 Akten von Kindern in Sozialpädiatrischen Zentren). Die zeitliche Struktur spiegelt zum einen die Struktur der wohnortnahen Frühförderstellen und der Sozialpädiatrischen Zentren mit überregionalem Versorgungsauftrag wider. Zum anderen kommt hier auch die unterschiedliche Leistungsvergütung mit den in Bezug auf die Personalkosten teureren Leistungen der SPZ zum Ausdruck.

Die Kinder und ihre Eltern erhalten in den Frühförderstellen durchschnittlich 60 Minuten direkte Leistungen in der Woche, während die Kinder und ihre Eltern in Sozialpädiatrischen Zentren direkte Leistungen durchschnittlich im Umfang von 46 Minuten in der Woche erhalten.

Tabelle 44:

Kindbezogene Analyse: Zeiten für direkte und indirekte Leistungen				
Frühförderstellen	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
<i>Minuten je Woche und Kind, darunter</i>	6	462	137	130
direkte Leistungen	5	250	74	60
indirekte Leistungen	1	252	63	60
Sozialpädiatrische Zentren	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
<i>Minuten je Woche und Kind, darunter</i>	7	290	80	65
direkte Leistungen	5	200	57	46
indirekte Leistungen	2	100	23	14

Zusätzlich zu den direkten Leistungen werden indirekte Leistungen erbracht. Zu diesen werden neben den Zeiten zur Vor- und Nachbereitung einer Förder- bzw. Therapieeinheit je nach Organisationsstruktur der Einrichtung auch (interdisziplinäre) Fallbesprechungen, Teamzeiten, Dokumentation, Fahrzeiten etc. hinzugezählt. Hierauf entfallen in den Frühförderstellen durchschnittlich 60 Minuten in der Woche und in den Sozialpädiatrischen Zentren 14 Minuten in der Woche.

Zusätzlich zu den Leistungen in der Frühförderstelle bzw. im Sozialpädiatrischen Zentrum erhalten 62% der Kinder und ihre Eltern/ Erziehungsberechtigten auch Leistungen von anderer Seite: Gut zwei Drittel der Kinder erhalten zusätzlich medizinisch-therapeutische Leistungen von niedergelassenen Therapeut/innen, 17% der Kinder gehen in einen Integrationskindergarten und 9% haben eine Integrationsbegleitung. Zudem erhalten 26% der Kinder Leistungen sowohl von der Frühförderstelle als auch vom Sozialpädiatrischen Zentrum, wobei dieser Anteil bei Kindern mit einem hohen Förderbedarf von mehr als 120 Minuten in der Woche auf 35% steigt.

Tabelle 45:

Kindbezogene Analyse:		
Leistungen von anderen Stellen/ Therapeut/innen		
	Anzahl	Anteil
niedergelassene/r Therapeut/in	355	67%
Sozialpädiatrisches Zentrum / Frühförderstelle	136	26%
Integrationskindergarten	90	17%
Integrationsbegleitung	48	9%
Kindergarteneigene/r Therapeutin	28	5%
Erziehungsberatung	13	2%
Überregionale Frühförderstelle	5	1%

* Die anteiligen Werte berechnen sich aus insgesamt **533 Kindern**

5.2.4 Weiterer Förderbedarf

Die Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, benötigen überwiegend auch nach der Beendigung der Leistungen in der Frühförderstelle oder im Sozialpädiatrischen Zentrum weitere Unterstützung. So sind bei rund 70% der Kinder aus Sicht der Einrichtungen im Anschluss weitere Leistungen erforderlich. Hierbei handelt es sich insbesondere um Logopädie und Ergotherapie sowie Physiotherapie. 20% dieser Kinder wechseln in einen Förderkindergarten oder erhalten einen Integrationsplatz.

Für die Kinder ab 5 Jahren stellt sich die Frage, welche Schulform in Frage kommt. Unterschieden werden hier der Wechsel in eine Regelschule (mit bzw. ohne individuelle Hilfen) oder in eine Förderschule. Da die Mitarbeiter/innen nicht über die Schulform, in die die Kinder gehen, entscheiden und dies zudem oftmals vom Angebot vor Ort abhängt, wurden sie nach der aus ihrer fachlichen Sicht geeignetsten Schulform für das jeweilige Kind gefragt. Hiernach können rd. 20% eine Regelschule ohne weitere Hilfen besuchen, weitere 40% können ebenfalls eine Regelschule besuchen, benötigen allerdings individuelle Hilfen beispielsweise in Form einer Schulbegleitung. Schließlich wäre für weitere rund 40% eine Förderschule aus fachlicher Sicht die am besten geeignete Schulform.

6 Frühförderung in Kooperation

6.1 Frühförderung auf örtlicher Ebene

Im Rahmen der vertiefenden Analyse wurden in sieben Kommunen Diskussionsrunden zur derzeitigen Versorgungsstruktur in der Frühförderung und zu den Veränderungen durch die Einführung der Komplexleistung durchgeführt. Die beteiligten Kommunen (drei Städte und vier Landkreise) liegen in sieben Bundesländern, von denen vier eine Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV abgeschlossen haben. Beteiligt waren sowohl bevölkerungsstarke Bundesländer als auch kleinere und ländlich geprägte Bundesländer sowie ein Stadtstaat.

Die Kommunen, in deren Bundesländern bereits eine Landesrahmenempfehlung besteht, haben die Komplexleistung in unterschiedlicher Weise umgesetzt. Folgende Varianten sind zu beobachten:

- die Komplexleistung wird bereits durchgeführt,
- die vorgesehene Umsetzung der Komplexleistung wird zu keiner inhaltlichen Veränderung führen,
- die Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle und damit die Berechtigung zur Durchführung der Komplexleistung steht kurz vor dem Abschluss,
- die Umsetzung der Komplexleistung gestaltet sich derzeit schwierig.

An den Diskussionsrunden haben sich in der Regel Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Therapeut/innen und Ärzt/innen, das Gesundheitsamt, die Sozialhilfe- oder Jugendhilfeträger sowie die Krankenkassen beteiligt. Die Sozial- bzw. Jugendhilfeträger waren durch Sachbearbeiter/innen und z.T. zusätzlich durch den Kreisdirektor oder den Sozialdezernenten vertreten. Bei einer Diskussionsrunde haben zudem Vertreter/innen des Landesministeriums teilgenommen. In einem Fall haben die Krankenkassen ihre Teilnahme mit Verweis auf laufende Verhandlungen abgesagt.

Je nach derzeitiger Situation vor Ort unterschieden sich die Diskussionen, wobei zusammenfassend folgende Themen im Vordergrund standen:

1. Bedarf und Versorgung,
2. Kooperation in der Frühförderung,
3. Leistungen,
4. Finanzierung.

Zu 1) Bedarf und Versorgung

Der Bedarf der Kinder an Frühförderleistungen hat sich insbesondere qualitativ verändert: Die Anzahl der Kinder mit eindeutig zuzuordnenden Behinderungen oder Auffäl-

ligkeiten nimmt ab, während gleichzeitig die Anzahl der Kinder mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten zunimmt. Ursachen hierfür werden in gesellschaftlichen Veränderungen gesehen, die sich sowohl durch hohen Medienkonsum, schlechte Ernährung etc. als auch durch einen gestiegenen Leistungsdruck auf die Kinder auszeichnen.

Frühgeborene benötigen überdurchschnittlich häufig Leistungen der Frühförderung. Für die Eltern von Frühgeborenen kann aber der Zugang zur Beratung und ggf. zur Frühförderung gut vermittelt werden, sofern ein entsprechender Kontakt zu den Entbindungsstationen der Region besteht.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf dem Erkennen eines therapeutischen und/ oder pädagogischen Bedarfs. Die Kinderärzte sehen die Kinder, sofern sie zu den Vorsorgeuntersuchungen gebracht werden, im Laufe des ersten Lebensjahres mit sechs Vorsorgeuntersuchungen recht häufig; die sogenannte U7 erfolgt zum zweiten Geburtstag und die folgende Untersuchung U8 zwei Jahre später zum Ende des vierten Lebensjahres. Entwicklungsauffälligkeiten und insbesondere die Sprachentwicklung werden aber oftmals erst im dritten Lebensjahr offensichtlich. Diese Lücke in der Reihe der Vorsorgeuntersuchungen soll durch die sogenannte U7a zum Ende des dritten Lebensjahres geschlossen werden. Bestehende rechtliche Möglichkeiten einer Reihenuntersuchung von Kindern im Alter von drei Jahren (zu Beginn des Kindergartens) von entsprechender kommunaler Seite (Gesundheitsamt, Schulmedizinischer Dienst) scheitern an der personellen Ausstattung vor Ort.

Festgestellt wird, dass die Kinder derzeit oftmals recht spät Leistungen der Frühförderung erhalten. Neben den Eltern und Kinderärzt/innen sind insbesondere Kindergärten wichtige Instanzen für das Erkennen eines Frühförderbedarfs.

Die Verordnung von medizinisch-therapeutischen Leistungen unterliegt der Budgetierung, während die Komplexleistung Frühförderung aus der Budgetierung herausgenommen wurde. Dies war nicht allen niedergelassenen Ärzt/innen bekannt, hier bestehen offenbar Informationsdefizite.

Die Versorgungslage der Kinder mit Frühförderbedarf kann auch anhand bestehender Wartelisten und deren Länge beurteilt werden. In den ländlichen Regionen bestehen hier häufiger Wartelisten als in städtischen, wobei die Ursachen in zu geringen Kapazitäten der Frühförderstelle selbst oder der öffentlichen Gesundheitsdienste liegen. Zudem besteht in ländlichen Regionen Ärztemangel, sodass hier auch in den Sozialpädiatrischen Zentren Wartelisten entstehen. Konkrete Lösungsansätze für einen Abbau der Wartelisten konnte nicht gefunden werden, zumal hierfür neben personeller oftmals auch eine räumliche Expansion notwendig wäre.

Zu 2) Kooperation in der Frühförderung

Zum örtlichen Netz der Frühförderung gehören die Frühförderstellen, die Sozialpädiatrischen Zentren bzw. Kinderkliniken, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die niedergelassenen Kinder- und Fachärzte/innen, die niedergelassenen Therapeut/innen, die Kindertagesstätten und Kindergärten sowie weitere Beratungsstellen. Die Kooperation der Frühförderstellen mit den Sozialpädiatrischen Zentren ist – auch je nach räumlicher Entfernung – unterschiedlich eng: Im rheinland-pfälzischen Modell bestehen „Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie“, in denen Frühförderstelle und Sozialpädiatrisches Zentrum zu einer organisatorischen Einheit zusammengefasst sind. Zudem können Ärzt/innen der Sozialpädiatrischen Zentren Konsiliarärzt/innen einer Frühförderstelle sein. Dieses Modell besteht zum Teil bereits und bietet darüber hinaus die Möglichkeit, hierüber die ärztliche Verantwortung bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung sicher zu stellen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat zwei Aufgaben: Zum einen leistet er Amtshilfe für die Bewilligung von Anträgen zur Frühförderung, indem hier die Kinder untersucht werden und eine entsprechende Empfehlung an das Sozial- oder Jugendamt gegeben wird. Zum anderen führt er Reihenuntersuchungen wie beispielsweise die Einschulungsuntersuchungen durch. Frühförderstellen stehen aufgrund dieser Aufgaben in Kontakt zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. Vergleichbar mit den Ärzt/innen des Sozialpädiatrischen Zentrums können im Rahmen der Umsetzung der Komplexleistung auch Ärzt/innen des ÖGD Konsiliarärzt/innen der Frühförderstelle werden.

Die Zusammenarbeit der Frühförderstellen mit niedergelassenen Kinder- und Fachärzt/innen hängt sehr stark von persönlichen Faktoren wie beispielsweise deren Engagement ab. Aus diesem Grund können hier keine typischen Kooperationsmuster festgestellt werden.

Insbesondere bislang heilpädagogisch ausgerichtete Frühförderstellen arbeiten eng mit niedergelassenen Therapeut/innen zusammen. Diese Zusammenarbeit muss entweder in besonderer Weise organisiert werden, indem z.B. ein Kind von der Frühförderstelle aus zum Therapeut/innen begleitet wird, oder die niedergelassenen Therapeut/innen leisten die interdisziplinäre Kooperationsarbeit ehrenamtlich, denn die Heilmittelverordnung sieht keine interdisziplinären Fallbesprechungen vor. Die Therapeut/innen erhoffen sich von der Komplexleistung mehr Zeit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und damit für die Entwicklung gemeinsamer Strategien für die Förderung der jeweiligen Kinder.

Im Rahmen der Komplexleistung können Frühförderstellen interdisziplinäre Frühförderleistungen entweder durch interne interdisziplinäre Besetzung oder durch vertraglich gebundene Kooperationen mit niedergelassenen Praxen sicherstellen. Damit ändern sich die Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Therapeut/innen entscheidend:

Sofern sie einen Kooperationsvertrag mit einer Frühförderstelle eingehen, können sie sowohl Kinder mit Komplexleistungsbedarf als auch mit isoliertem Bedarf an medizinisch-therapeutischen Leistungen therapieren. Haben sie keinen Kooperationsvertrag, hängt ihre zukünftige Arbeitweise und ihr zukünftiges Klientel vom jeweils vorherrschenden Modell ab: Erhalten Kinder mit heilpädagogischem und medizinisch-therapeutischem Förderbedarf ohne Wahlmöglichkeit eine Komplexleistung, so werden diese Kinder nicht mehr in niedergelassenen Praxen ohne Kooperationsvertrag therapiert. Können Familien dagegen wählen, ob sie die Leistungen als Komplexleistung oder als heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Einzelleistungen haben möchten, können diese Kinder auch weiterhin in niedergelassenen Praxen therapiert werden. Die derzeitige Situation der niedergelassenen Therapeut/innen ist insbesondere in den Regionen unsicher, in denen die Frühförderstellen bislang ausschließlich oder überwiegend heilpädagogisch arbeiten und die sich nun im Zuge der Umsetzung der Komplexleistung intern interdisziplinär besetzen oder feste Kooperationsverträge mit einzelnen niedergelassenen Therapeut/innen abschließen.

In welcher Form Leistungen für Kinder mit komplexem Bedarf angeboten werden, wird unterschiedlich geregelt. So wird auf der einen Seite dafür plädiert, für diese Kinder ausschließlich Komplexleistungen zu erbringen. Auf der anderen Seite wird auch mit dem Hinweis auf die Freiheit bei der Therapeut/innenwahl für Wahlmöglichkeiten zwischen der Komplexleistung und Einzelleistungen plädiert.

Kindertagesstätten und Kindergärten nehmen zum einen mit den Frühförderstellen Kontakt auf, wenn sie Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen feststellen. Kindertagesstätten und Kindergärten werden übereinstimmend als eine der wichtigsten „Kontrollinstanzen“ zur Erkennung von Auffälligkeiten benannt. Zwischen Frühförderstellen und Kindertagesstätten/ Kindergärten besteht in der Regel ein guter Kontakt. Einige Frühförderstellen arbeiten insofern eng mit Kindertagesstätten zusammen, als die Mitarbeiter/innen der Frühförderstellen die Erzieherinnen regelmäßig informieren und fortbilden. In zwei der an der Regionalanalyse teilnehmenden Frühförderstellen ist eine integrative Kindertagesstätte angegliedert.

Zu 3) Leistungen

Zu den Leistungen einer Frühförderstelle gehört die Arbeit mit dem Kind ebenso wie die Beratung der Eltern/ Erziehungsberechtigten. Diese Leistungen werden entweder in der Frühförderstelle oder mobil-aufsuchend zu Hause bei der Familie oder in der Kindertagesstätte erbracht. Um diese Leistungen in adäquater Qualität erbringen zu können, bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit und Organisation. In den Diskussionsrunden wurden hierzu insbesondere folgende Themen besprochen:

Beratungsleistungen als integraler Bestandteil der Förderung eines Kindes werden unterschiedlich bewertet. In einigen Bundesländern (wie z.B. in Thüringen) werden

landesweit Fortbildungen zur „entwicklungspsychologischen Beratung“ mit dem Ziel angeboten, die Beratungsleistungen qualitativ zu verbessern. Deutlich wird hier der Stellenwert, der der Beratung und auch Anleitung von Eltern/Erziehungsberechtigten für die Förderung eines Kindes beigemessen wird. Die Beratungsleistungen werden überwiegend der Arbeit mit dem Kind gleichgestellt. Dies bedeutet in Einrichtungen mit einer Einzelleistungsabrechnung, dass sowohl die Arbeit mit dem Kind als auch Beratungsleistungen als Fördereinheit abgerechnet werden können. Eine Minderheit vertritt hier die Auffassung, dass allein die Arbeit mit dem Kind leistungsauslösend sein kann und während dieser Fördereinheit auch Elterngespräche geführt werden.

Die *mobil-aufsuchende* Arbeitsweise wird durch die Umsetzung der Komplexleistung zurückgedrängt, was insbesondere die ländlichen Regionen betrifft. Aus Sicht der Einrichtungen sollte aber die mobil-aufsuchende Förderung aus zwei Gründen in der bisherigen Form bestehen bleiben: Zum einen haben in ländlichen Regionen die Eltern ohne oder mit nur einem Auto und schlechten Anbindungen an den Öffentlichen Personennahverkehr Schwierigkeiten, mit ihrem Kind in die Frühförderstelle zu kommen. Zum anderen ist die mobil-aufsuchende Förderung auch ein integraler Bestandteil der lebensweltorientierten Arbeit der Frühförderstellen. In zwei der Diskussionsrunden wurde deutlich, dass in Zukunft mobile Förderung gesondert begründet werden muss und damit keine Regelleistung mehr sein wird. Die besondere Begründung für eine mobile Leistungserbringung fordern vor allem die Krankenkassen, die aufgrund ihrer gängigen Praxis ambulante Leistungen finanzieren.

Zu 4) Finanzierung

Die Form der Finanzierung und die Höhe der Vergütungssätze im Rahmen der Umsetzung der Komplexleistung zu vereinbaren, stellt eine schwierige Aufgabe dar, zumal nach Aussagen der Krankenkassen keine Erfahrungswerte vorliegen. Auch aus diesem Grund wird oftmals eine Einzelleistungsvergütung mit getrennter Abrechnung vorgezogen. In Niedersachsen haben sich die Leistungsträger zudem darauf verständigt, die Kostenteilung nicht auf kommunaler Ebene, sondern für das Bundesland insgesamt als Richtwert zu empfehlen. Diese Lösung kann allerdings dazu führen, dass die Kommunen dieser globalen Kostenteilung nur zustimmen, wenn der Anteil der erbrachten medizinisch-therapeutischen Leistungen vor Ort mindestens dem Kostenanteil der Krankenkassen entspricht.

Die unterschiedlichen Leistungsgesetze der beiden Leistungsträger stellen auch nach Ansicht einer weiteren Diskussionsrunde ein Problem bei der Umsetzung der Frühförderung als Komplexleistung dar. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Philosophie in der Leistungserbringung und ihrer unterschiedlichen regionalen Zuständigkeit können nur mit großen Schwierigkeiten gemeinsame Lösungen gefunden werden. Dies wird bestätigt durch den hohen Anteil der Vereinbarungen mit weiterhin getrennten Abrechnungsverfahren.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Problematik gemischter Zuständigkeiten verdeutlicht. So muss ein Sozialpädiatrisches Zentrum mit einem überregionalen Versorgungsauftrag für seine nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen mit allen Kommunen, aus denen die behandelten Kinder kommen, abrechnen, was einen sehr hohen Verwaltungsaufwand bedeutet.

Die konkrete Höhe der Vergütung insbesondere für die Diagnostik, die von den Krankenkassen vergütet wird, wurde in zwei Kommunen kontrovers diskutiert. In einem Fall bietet die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 195 € an, was nach Ansicht der Einrichtungen ein deutlich zu geringer Vergütungssatz ist.

Schließlich wurde darauf verwiesen, dass die fehlende Einbeziehung der privaten Krankenkassen und der Beamtenbeihilfe in das SGB IX problematisch ist. Dies bedeutet konkret für die Komplexleistung mit pauschaler Kostenteilung, dass separate Vereinbarungen mit den Kommunen für privat versicherte Kinder geschlossen werden müssen, weil die meisten privaten Versicherungen Komplexleistungen nicht bezahlen.

6.2 Frühförderung aus der Perspektive der Eltern

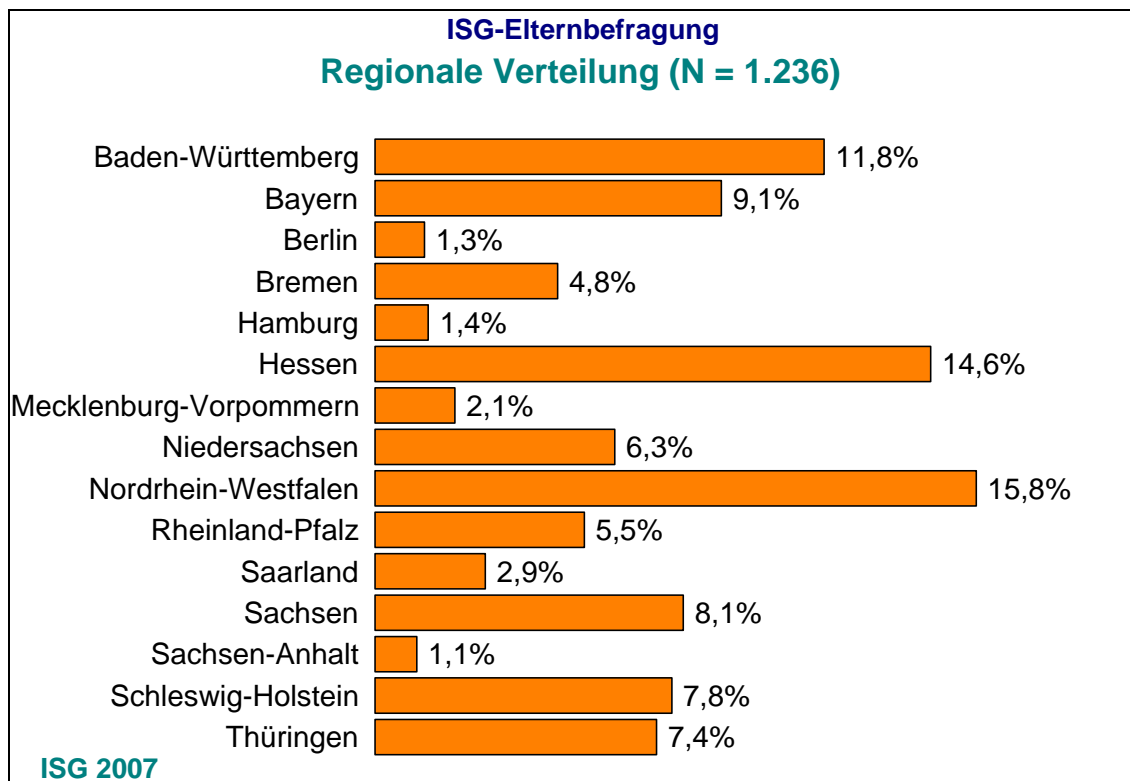
Leistungen der Frühförderung haben in der Regel nicht die Kinder allein zum Adressaten, sondern zugleich deren Eltern; im Sinne des Topos von der „Ko-Produktion“ sozialer und gesundheitlicher Leistungen ließe sich auch sagen, dass die Frühförderung in Kooperation mit Kindern und Eltern erbracht wird. Daraus ergibt sich für die vorliegende Evaluation der Auftrag, auch die Perspektive der Eltern mit einzubeziehen, indem deren Zusammenarbeit mit der Frühförderstelle bzw. dem SPZ untersucht und deren Rückmeldungen zu der dabei geleisteten Frühförderung ausgewertet werden.

6.2.1 Befragungsmethodik und Rücklauf

Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen für eine schriftliche Befragung entwickelt, der sich an die Eltern von Kindern richtet, die Frühförderungsleistungen in einer Frühförderstelle oder einem SPZ erhalten. Dieser Fragebogen wurde in zwei Varianten auf die Besonderheiten beider Einrichtungsformen abgestimmt. Um auch die Meinung von Eltern ausländischer Herkunft einbeziehen zu können, wurden beide Fragebogenvarianten ins Türkische übersetzt. Die Einrichtungen, mit denen das ISG in der Vertiefungsphase kooperierte, forderten jeweils ein der Zahl und Nationalität ihrer Klienten entsprechendes Kontingent an Fragebögen an und gaben sie bei Elterngesprächen (mit einem Freiumschlag) an diese weiter. Das Beteiligungsinteresse der Eltern war unerwartet hoch: Von 3.947 versandten Fragebögen wurden 1.236 ausgefüllt an das ISG zurückgeschickt, dies entspricht einem Rücklauf von 31%. Darunter waren 1.083 Fragebögen von Eltern, die den Fragebogen über eine Frühförderstelle, und 153 Fragebögen, die ihn über ein SPZ erhalten hatten.

Der Rücklauf ist regional gut verteilt, nur aus Brandenburg hat sich keine Einrichtung beteiligt, so dass dort auch keine Elternbefragung durchgeführt werden konnte. In der Stichprobe sind die bevölkerungsstärksten Bundesländer auch am stärksten vertreten, wenn es auch leichte Verzerrungen durch eine starke Beteiligung Bremer Eltern und eine schwache Beteiligung von Eltern aus Sachsen-Anhalt gibt. Wir können also davon ausgehen, dass in den Ergebnissen dieser Befragung die Situation der Frühförderung in nahezu allen Bundesländern zum Ausdruck kommt.

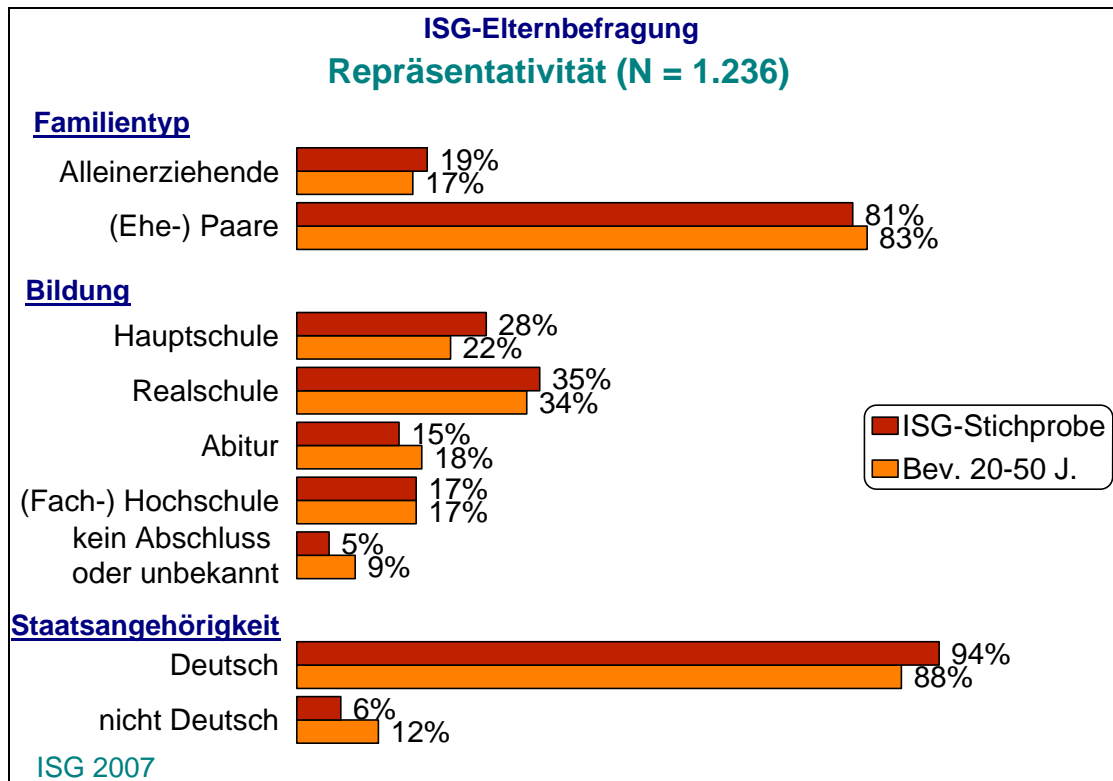
Abbildung 19:



Die soziodemografische Struktur der Eltern aus der ISG-Stichprobe entspricht in etwa der in der vergleichbaren Bevölkerung, wenn man (recht grob) die Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 50 Jahren als die Vergleichsgruppe heranzieht, bei der Kinder im Vorschulalter erwartbar sind. Dieser Abgleich zeigt, dass in der Stichprobe die Familientypen alleinerziehend vs. Paar mit Kindern sehr gut repräsentiert sind und die Bildungsabschlüsse ebenfalls recht gut. Nur hinsichtlich der Nationalität sind stärkere Unterschiede zu beobachten, nicht-deutsche Eltern sind in der Stichprobe mit 6% nur halb so stark vertreten wie in der Bevölkerung zwischen 20 und 50 Jahren. Bis auf die Nationalität spiegelt sich also die Bevölkerung recht gut in der Stichprobe wider.³⁶

³⁶ Inwieweit sich darin auch die typische Klientel der Frühförderung widerspiegelt, lässt sich allerdings letztlich nicht feststellen, da die soziodemografische Struktur der Grundgesamtheit nicht bekannt ist. So kann die Unterrepräsentation von nicht-deutschen Eltern entweder daran liegen, dass diese zwar Leistungen der Frühförderung ebenso in Anspruch nehmen wie deutsche Eltern, aber sich nicht entsprechend an der Befragung beteiligt haben – oder

Abbildung 20:



6.2.2 Charakteristik der Nutzer der Frühförderung

Ein markanter Unterschied wird jedoch durch die weitere Aufschlüsselung der Familienformen deutlich: Nur 7% der Alleinerziehenden in Deutschland haben drei oder mehr Kinder, unter den Alleinerziehenden in der Frühförderung sind es 26% (Abb. 21). Alleinerziehende mit nur einem Kind nehmen dagegen vergleichsweise wenige Leistungen der Frühförderung in Anspruch (42% gegenüber 66% in der Bevölkerung). Bei den (Ehe-)Paaren zeigt sich das gleiche Bild, in der Gesamtbevölkerung haben 45% von ihnen ein Kind und 14% drei oder mehr Kinder, während in der Frühförderung 25% der Paare ein Kind und 30% der Paare drei oder mehr Kinder haben. Daraus lässt sich schließen, dass kinderreiche Familien die Frühförderung relativ häufiger nutzen als Familien mit einem Kind.

auch daran, dass sie das Angebot der Frühförderung weniger nutzen als diese. (Über Bedarf und Inanspruchnahme bezogen auf den Faktor „Migrationshintergrund“ liefern auch andere Untersuchungen kein eindeutiges Ergebnis, s.o. 3.1.2.) Hier lässt sich nur feststellen, dass die Stichprobe insgesamt im Vergleich zur Bevölkerung kaum Verzerrungen aufweist.

Abbildung 21:

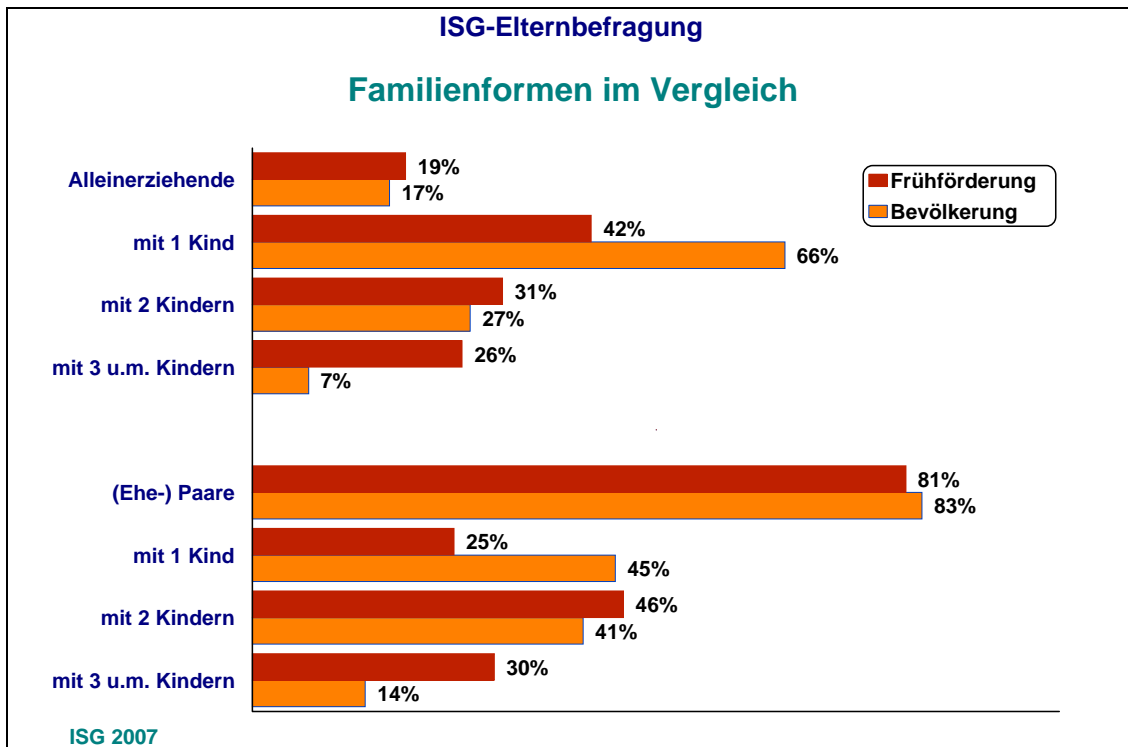
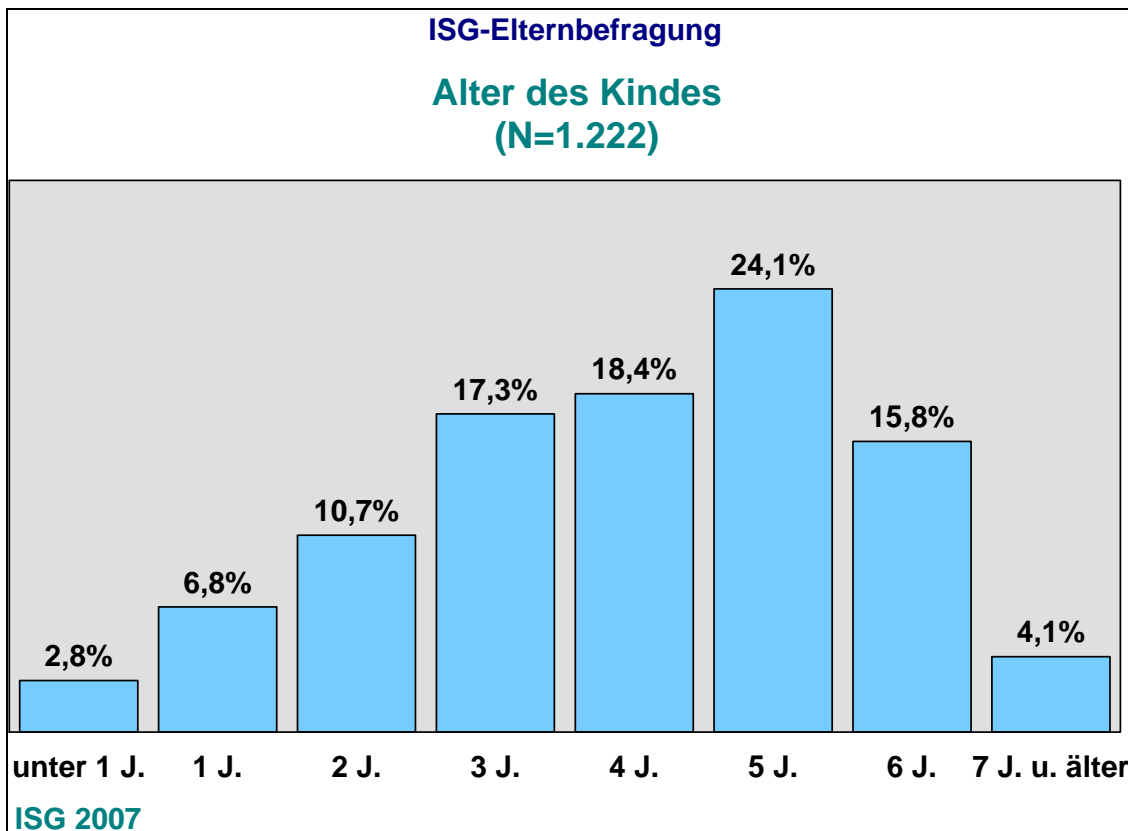


Abbildung 22:

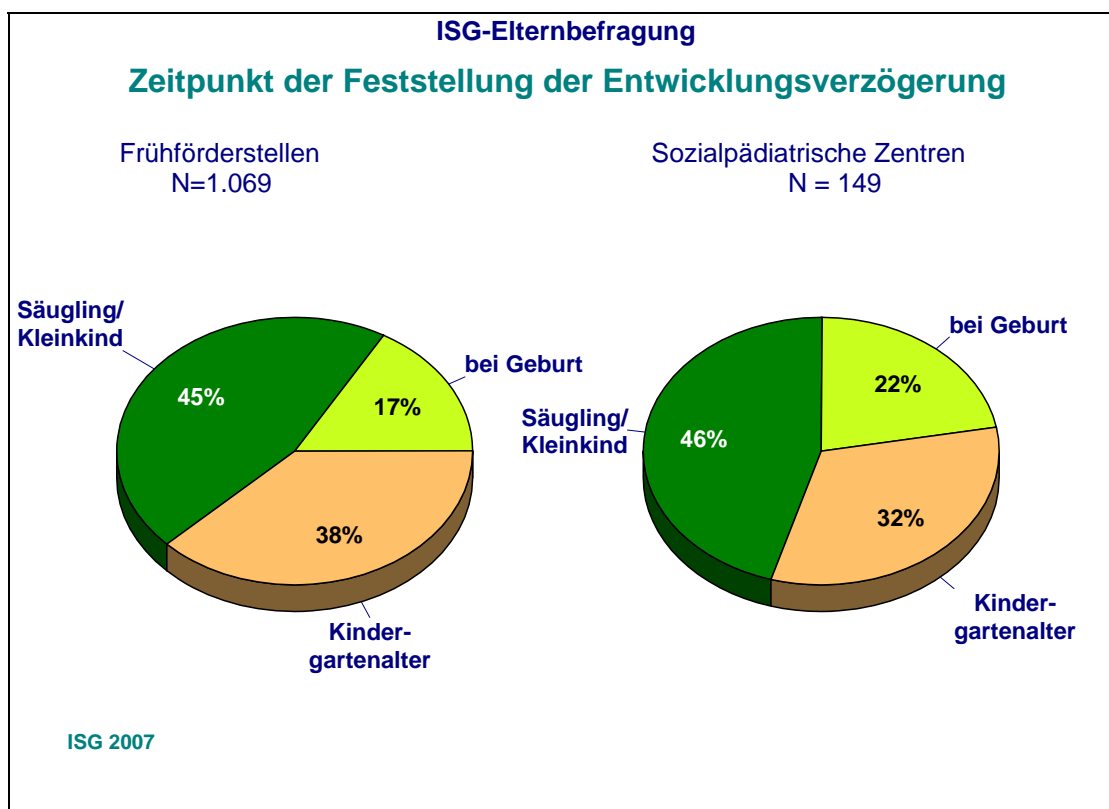


Drei Viertel der Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, sind im Alter zwischen drei und sechs Jahren (Abb. 22). 20% der Kinder sind jünger als drei Jahre, die Hälfte davon ist jünger als zwei Jahre (10%). Dass der Schwerpunkt bei Kindern im unmittelbaren Vorschulalter liegt, ist dadurch bedingt, dass Entwicklungsverzögerungen häufig im Vorfeld der Einschulung erkannt werden. Mit Hilfe der Frühförderung wird dann versucht, eine in Frage stehende Einschulung dennoch wie zeitlich geplant zu ermöglichen.

6.2.3 Kontaktaufnahme zur Frühfördereinrichtung

Aus der Auswertung der Frage, wann die Entwicklungsverzögerung oder Behinderung erkannt wurde, geht allerdings auch hervor, dass dies in vielen Fällen schon vor dem dritten Lebensjahr der Fall ist (bei rd. 60%), bei etwa jedem fünften Kind sogar schon bei der Geburt. Soweit die Fallzahlen einen Vergleich zwischen Frühförderstellen und SPZ zulassen, scheint in letzteren der Anteil der Kinder, bei denen der Hilfebedarf früh sichtbar geworden ist, größer zu sein.

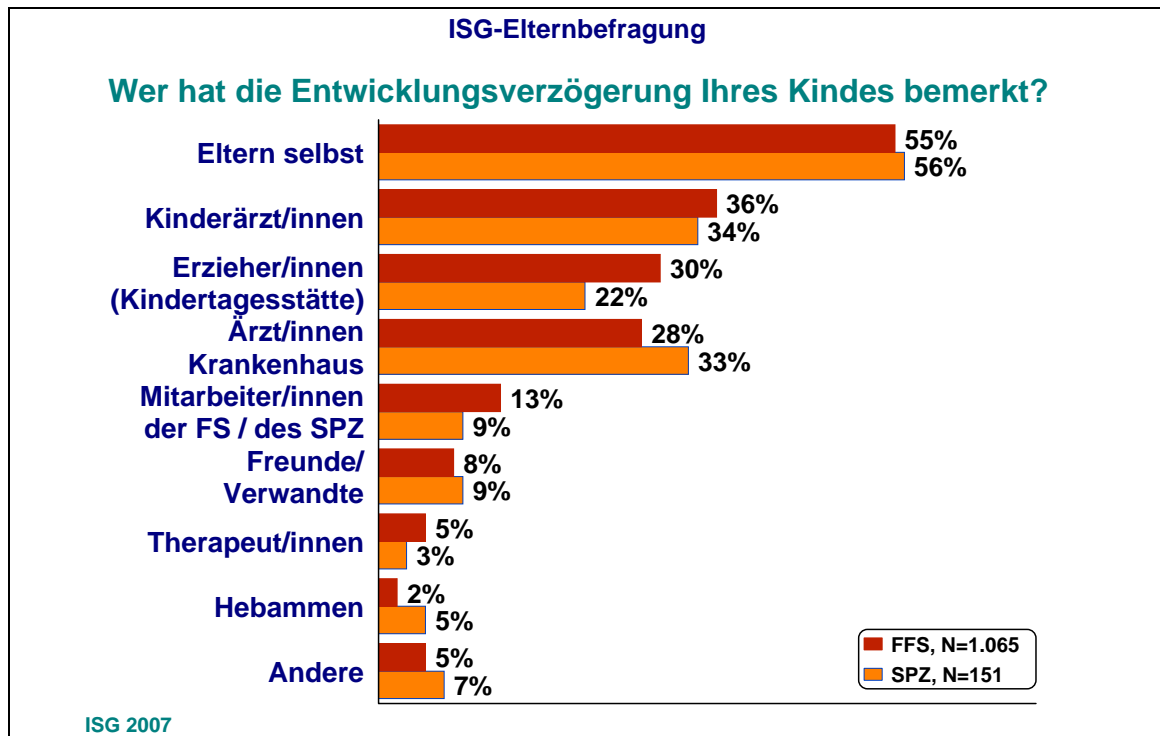
Abbildung 23:



Meist waren es die Eltern selbst, die die Entwicklungsverzögerung oder Behinderung festgestellt haben (bei 55% der Kinder). An zweiter Stelle (in 36% der Fälle) stehen die Kinderärzt/innen. In Frühförderstellen folgen die Erzieher/innen an dritter Stelle (bei 30% der Kinder), in SPZ spielt die Diagnose von Krankenhausärzt/innen eine größere

Rolle (bei 33% der Kinder). Durch andere Personen wird der Hilfebedarf nur in deutlich weniger Fällen erstmalig erkannt.

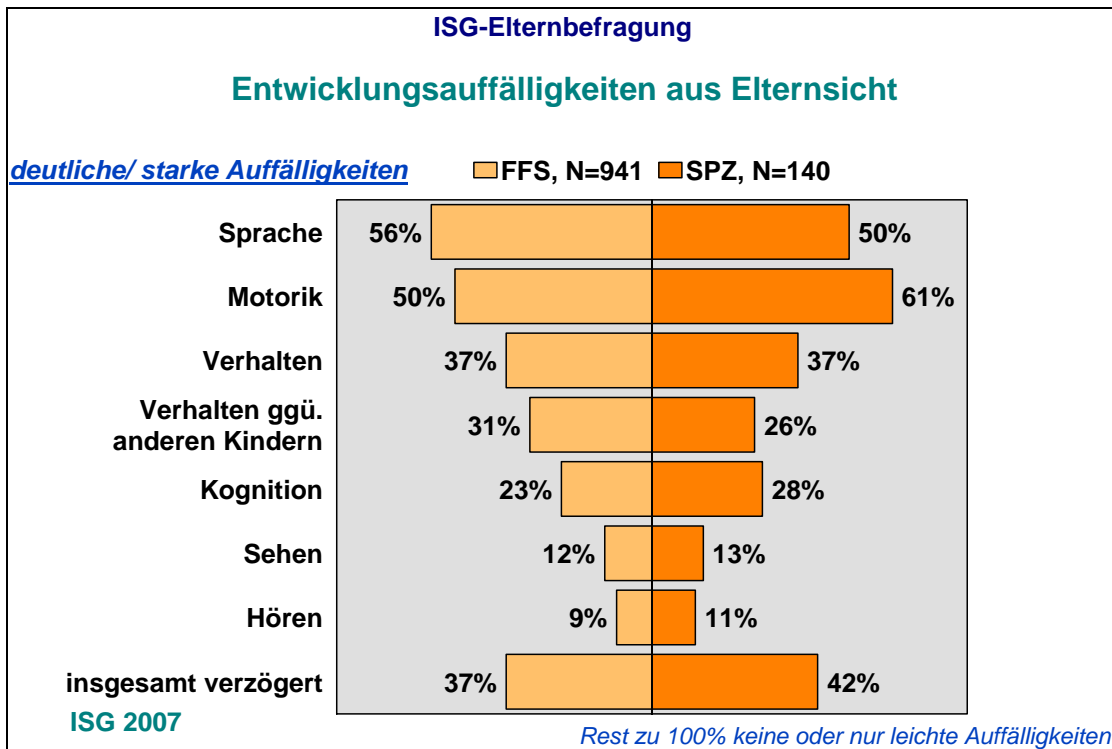
Abbildung 24:



Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung (bei 86% der Kinder) und in der Sprachentwicklung (bei 83% der Kinder) treten am häufigsten auf. Bei 71% ist das Verhalten des Kindes an sich auffällig, bei 62% sein Verhalten in der Begegnung mit anderen Kindern. Kognitive Schwächen sind bei etwa der Hälfte der Kinder aufgefallen (48%), während Sinnesbeeinträchtigungen bei den Kindern der hier befragten Eltern keine große Rolle spielen (Sehen bei 25%, Hören bei 21%), da Beeinträchtigungen dieser Art eher in speziellen Frühförderstellen behandelt werden. Bei 72% der Kinder wurde angegeben, dass sie insgesamt entwicklungsverzögert seien.

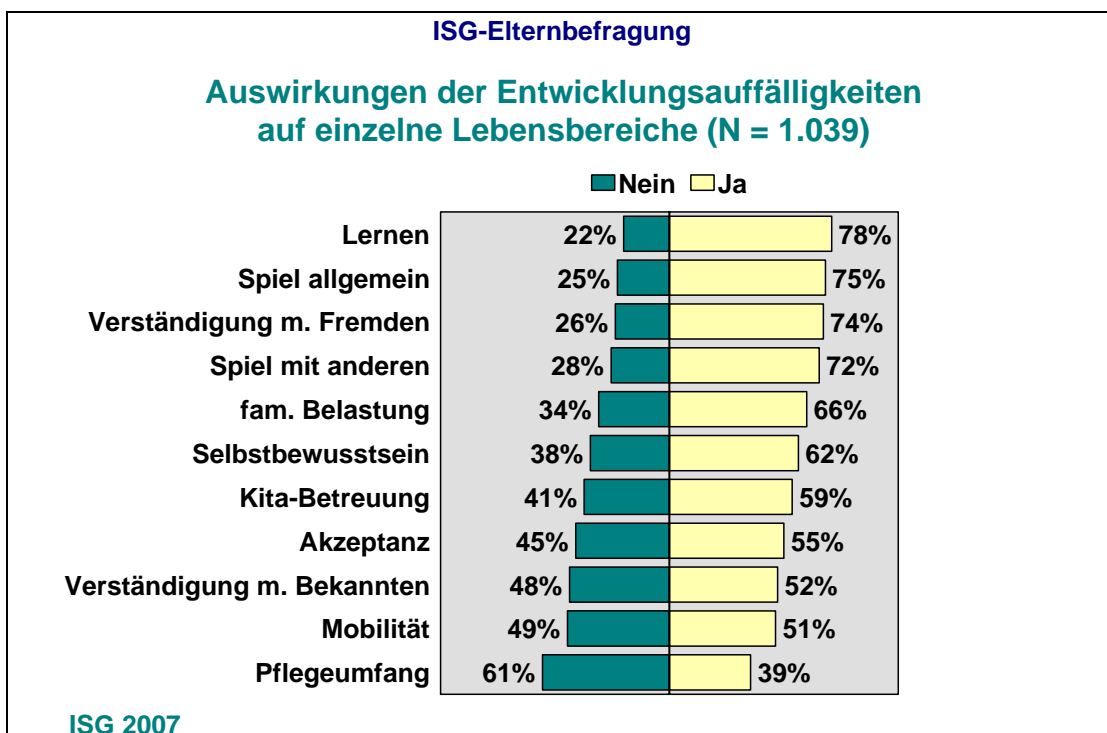
Betrachtet man nur die deutlichen bzw. starken Entwicklungsverzögerungen, werden Verzögerungen in der sprachlichen Entwicklung von Eltern in den Frühförderstellen am häufigsten genannt (56% gegenüber 50% in den SPZ). In den Sozialpädiatrischen Zentren stehen dagegen Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung an erster Stelle (61% gegenüber 50% in den FFS). Entwicklungsverzögerungen insgesamt sowie kognitive Schwierigkeiten werden von SPZ-Eltern häufiger genannt als von FFS-Eltern.

Abbildung 25:



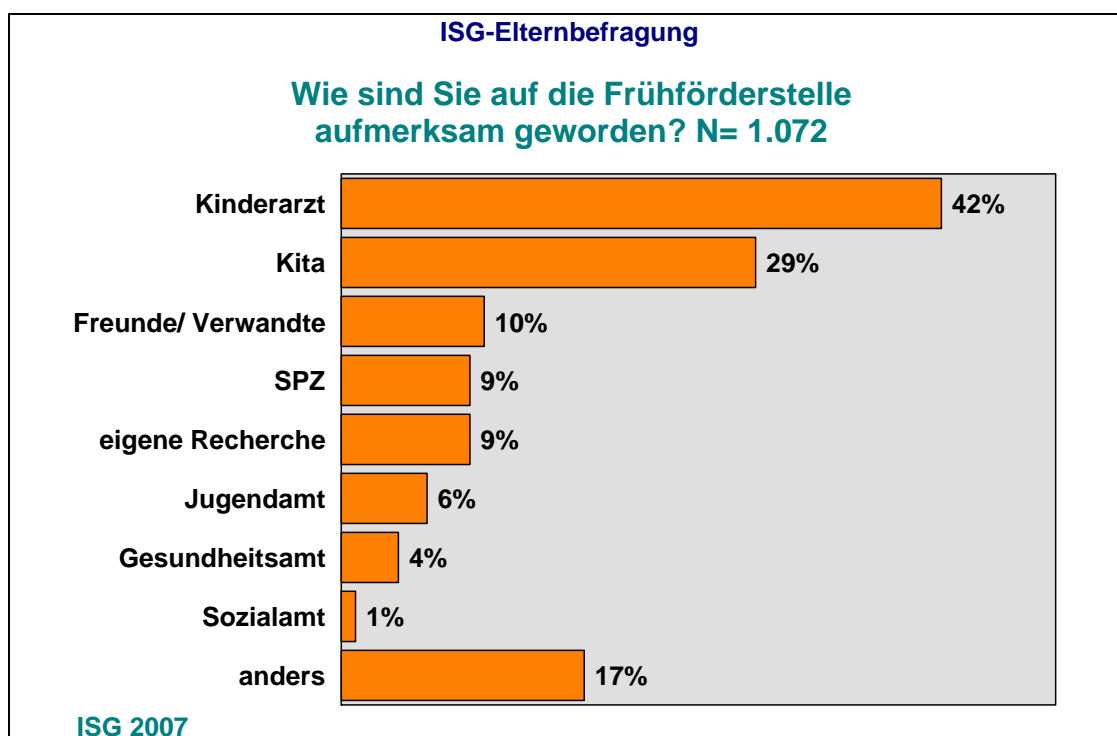
Diese Entwicklungsauffälligkeiten wirken sich auf verschiedene Lebensbereiche des Kindes aus, auf die persönliche Entwicklung ebenso wie auf die soziale Interaktion.

Abbildung 26



Nach Einschätzung der Eltern sind dies an erster Stelle Beeinträchtigungen des Lernens (78%) und der Verständigung mit fremden Menschen (74 %) sowie Beeinträchtigungen des Spielens (allgemein 75%, mit anderen Kindern 72%). Mit einer mittleren Intensität werden Auswirkungen in der Familie (66%) und in der Kindertagesstätte (59%), auf das Selbstbewusstsein (62%) und auf Akzeptanz (55%) genannt. Auf die Verständigung mit vertrauten Personen (52%) und auf die Mobilität (51%) wirken sich die Entwicklungsauffälligkeiten bei der Hälfte der Kinder aus. Dagegen sehen die Eltern eher geringe Auswirkungen auf den Pflegeumfang (39% ja, 61% nein).

Abbildung 27:

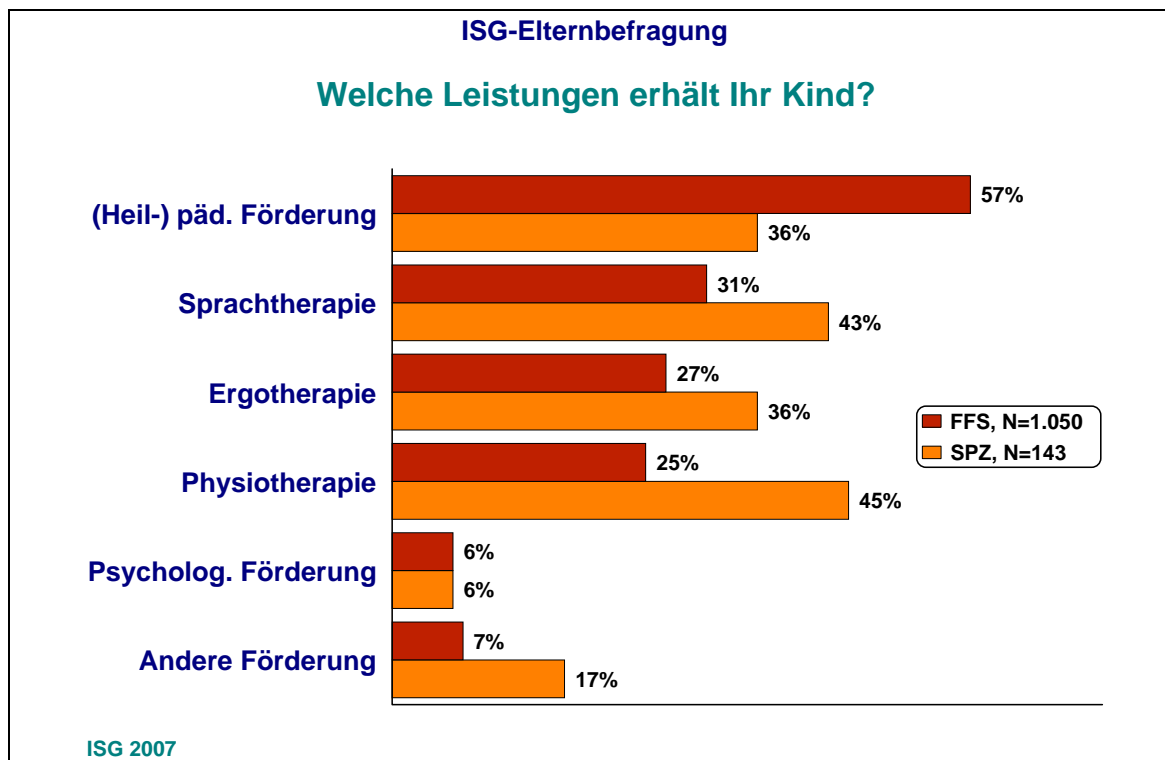


Den Hinweis auf die Frühförderstelle als mögliche Hilfeinstanz haben die Eltern meist (zu 42%) von den Kinderärzt/innen erhalten (bei den SPZ stellt sich diese Frage nicht, da dort die Zuweisung generell durch Ärzt/innen erfolgt). Häufig sind es auch die Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätten, die auf die Hilfemöglichkeiten der Frühförderstelle aufmerksam machen (29%). Hinweise durch Freunde oder Verwandte, eine Vermittlung durch ein SPZ oder kommunale Ämter haben in jeweils einem Zehntel der Fälle zum Aufsuchen der Frühförderstelle geführt, wobei das Jugendamt (6%) eine größere Rolle spielt als Gesundheitsamt (4%) und Sozialamt (1%). Durch eigene Recherche hat ebenfalls ein Zehntel der Eltern den Zugang zur Frühförderung gefunden, wobei Broschüren und Flyer (3%) sowie Beratungsstellen und das Internet (jeweils 2%) wichtiger waren als öffentliche Veranstaltungen.

6.2.4 Die Frühförderleistungen aus Sicht der Eltern

Die Frühförderleistungen, die das Kind erhält, sind in Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren unterschiedlich gewichtet. 57% der Eltern geben an, dass ihr Kind in der Frühförderstelle heilpädagogische Leistungen erhält. Sprach-, Ergo- und Physiotherapie spielen in den Frühförderstellen mit 25% bis 31% eine etwas geringere Rolle. In den Sozialpädiatrischen Zentren werden dagegen Sprachtherapie und Physiotherapie in über 40% der Fälle geleistet, heilpädagogische Förderung aber nur bei einem guten Drittel der Kinder. Psychologische Förderung wird in beiden Einrichtungsformen nur von 6% der Eltern genannt.

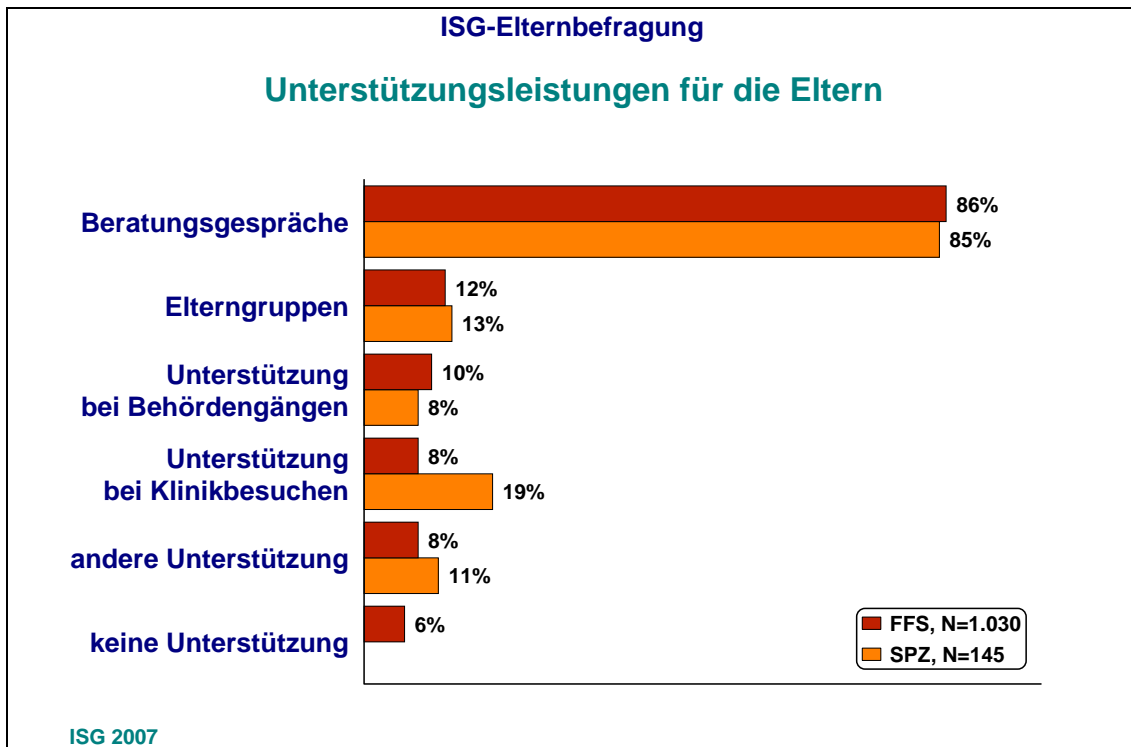
Abbildung 28:



In dieser Verteilung kommt der Schwerpunkt vieler Frühförderstellen auf heilpädagogischen Leistungen zum Ausdruck. Auch wenn beide Einrichtungsformen kooperieren, geht diese Schwerpunktsetzung in die Arbeitsteilung ein.

Die Eltern werden vor allem in Form von Beratungsgesprächen in die Frühförderleistung einbezogen, dies sagen 86% der Befragten. Andere Formen der Unterstützung sind Elterngruppen (von rd. 12% genannt) sowie Hilfen bei Behördengängen (rd. 10%) und bei Klinikbesuchen. Dies wurde von 8% der Eltern in einer Frühförderstelle und von 19% der Eltern in einem SPZ genannt. Diese haben offensichtlich häufiger Klinikbesuche zu machen als die Eltern in einer Frühförderstelle.

Abbildung 29:

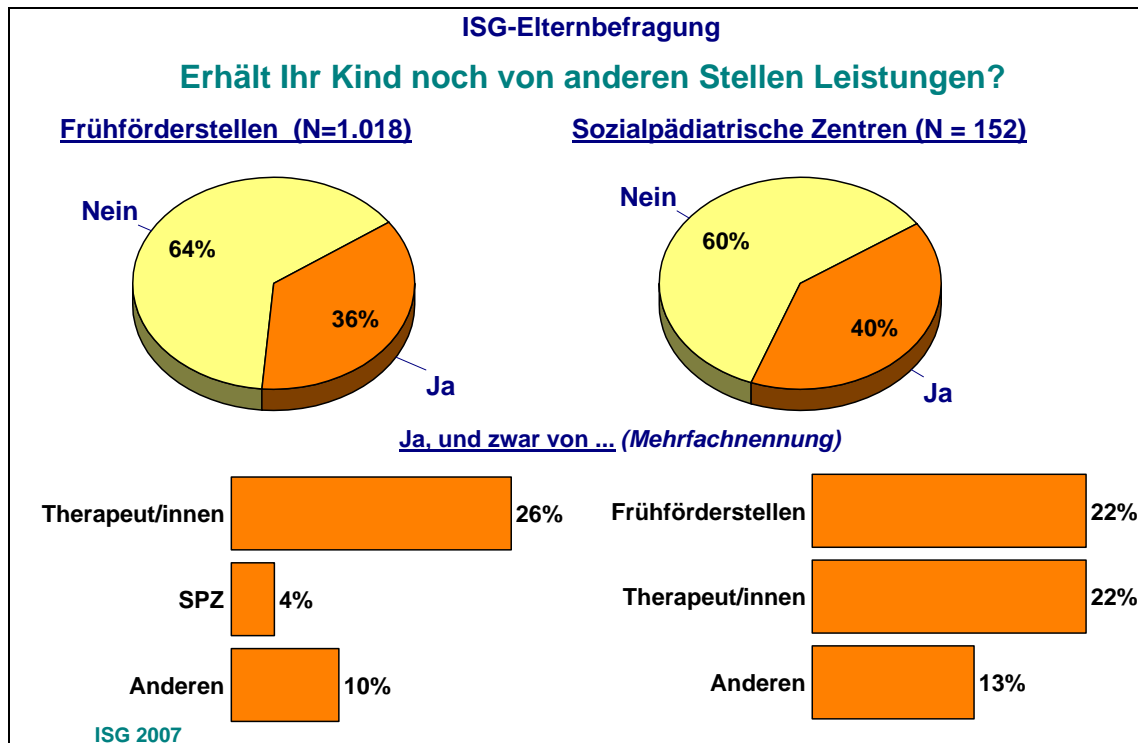


Eine andere Form der Unterstützung als die im Fragebogen genannten erhält etwa ein Zehntel der Eltern, an dieser Stelle werden vor allem familienunterstützende Dienste genannt.

64% der Kinder, die Leistungen der Frühförderstelle erhalten, werden ausschließlich dort gefördert, und 36% erhalten noch Leistungen von anderer Seite. Dabei handelt es sich vor allem um Leistungen von Therapeut/innen (26% aller Kinder in den FFS), Leistungen anderer (10%) und relativ selten werden auch Leistungen eines SPZ genannt (4%; Mehrfachnennungen möglich).

Von den Kindern, die in einem Sozialpädiatrischen Zentrum gefördert werden, werden 60% nur dort gefördert, während 40% weitere Leistungen erhalten. Auch hier sind Mehrfachnennungen möglich, in diesen Fällen handelt es sich häufig um Leistungen von niedergelassenen Therapeut/innen (22% aller Kinder), ebenso häufig aber auch um Leistungen einer Frühförderstelle und bei 13% der Kinder um Leistungen anderer.

Abbildung 30:

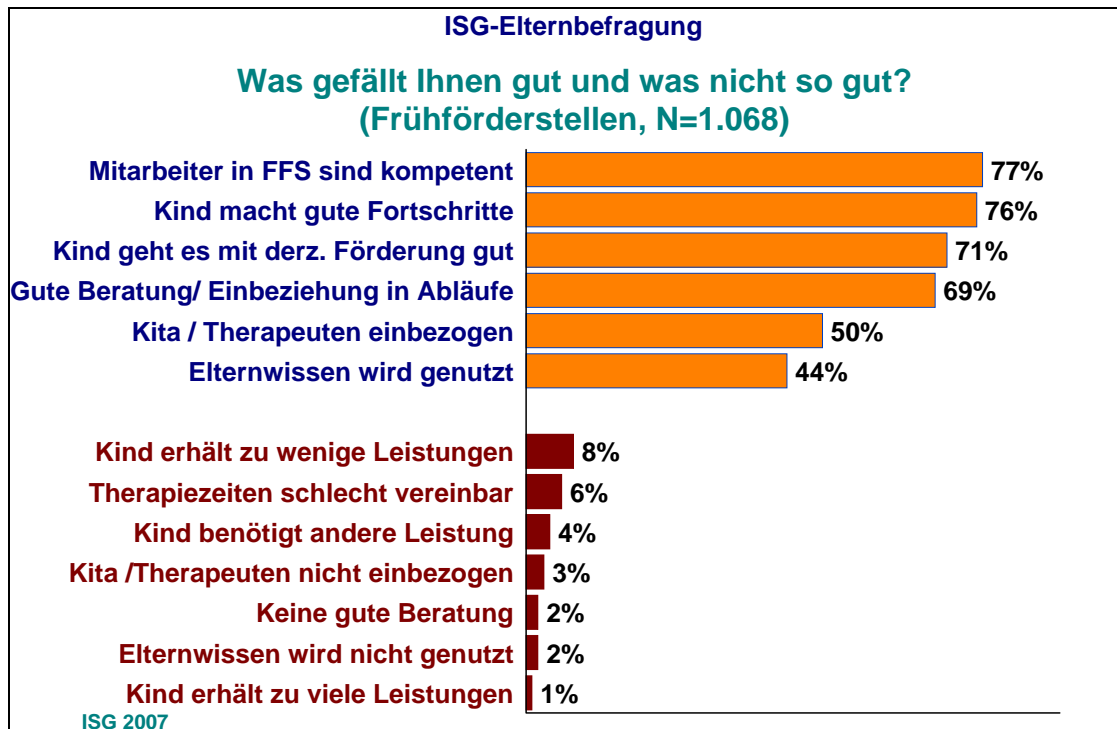


6.2.5 Zufriedenheit der Eltern mit den Förderleistungen

Eine wichtige Rückmeldung seitens der Eltern ist, inwieweit sie mit den Leistungen der Frühförderung zufrieden sind und an welchen Stellen sie es nicht sind. Dazu wurden die Meinungen der Eltern mit einer Reihe von Fragen ermittelt. Das Ergebnis wird im Folgenden für Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren getrennt dargestellt.

Als positiv an der Förderung in der *Frühförderstelle* empfinden die Eltern vor allem, dass sie die Mitarbeiter/innen als kompetent empfinden (77%) und dass ihr Kind gute Fortschritte macht (76%). Dass es dem Kind mit den gewählten Maßnahmen gut gehe, sagen 71% der Eltern, und fast ebenso viele berichten, dass sie gut beraten und in die Leistungsabläufe der Frühförderung einbezogen werden (69%). Etwas geringer fällt die Zustimmung zu der Aussage aus, dass auch der Kindergarten bzw. die beteiligten Therapeut/innen in die Beratung einbezogen werden (50%) und dass das Elternwissen genutzt werde (nur 44%).

Abbildung 31:



Die kritisch formulierten Aussagen erhalten im Vergleich dazu nur sehr wenig Zustimmung. Am ehesten wird noch kritisiert, dass das Kind zu wenige Leistungen erhalte (8%) oder dass es terminliche Schwierigkeiten mit den Therapiezeiten gebe (6%).

Abbildung 32:

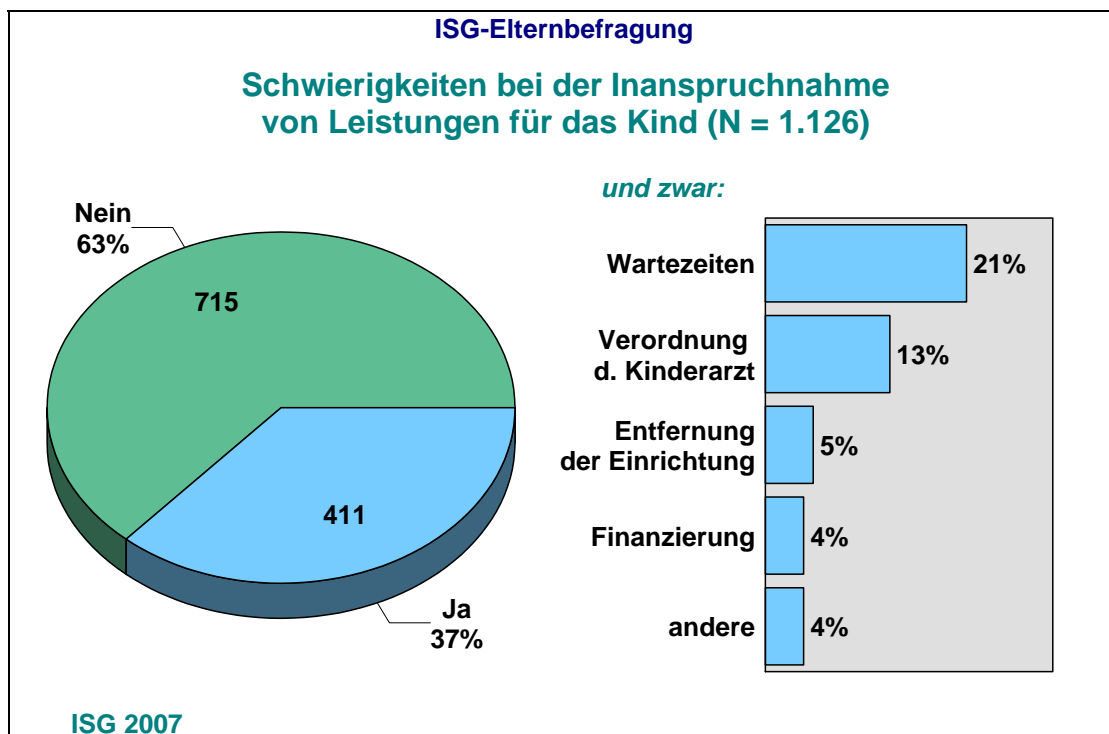


Weitere Kritikpunkte, darunter auch eine unzureichende Beratung der Eltern (nur von 2% genannt), treffen dagegen kaum die Erfahrungen der Eltern.

Ein ähnliches Bild ergibt die Auswertung der Einschätzungen der Eltern, deren Kind Förderleistungen in einem *Sozialpädiatrischen Zentrum* erhält. Auch hier überwiegen bei Weitem die positiven Rückmeldungen, insbesondere über kompetente Mitarbeiter/innen (77%), eine gute Beratung und Einbeziehung in die Leistungsabläufe (69%) sowie über das Befinden (68%) und die Fortschritte (62%) des Kindes. Auch hier erhalten die beiden Aspekte der Nutzung von Elternwissen (44%) und der Einbeziehung von Kindergarten und Therapeut/innen (39%) die geringste Zustimmung, an diesen Stellen sind also Verbesserungen möglich.

Der letztgenannte Aspekt wird auch bei den kritisch formulierten Einschätzungen wieder aufgegriffen (von 10% bestätigt), ansonsten bietet die Beurteilung der SPZ ein ähnliches Bild wie die der Frühförderstellen: Dass das Kind zu wenige Leistungen erhalte, meinen 8% der Eltern, dass es terminliche Schwierigkeiten mit den Therapiezeiten gebe, sagen ebenso viele. Weitere Kritikpunkte fallen auch hier nicht ins Gewicht.

Abbildung 33:

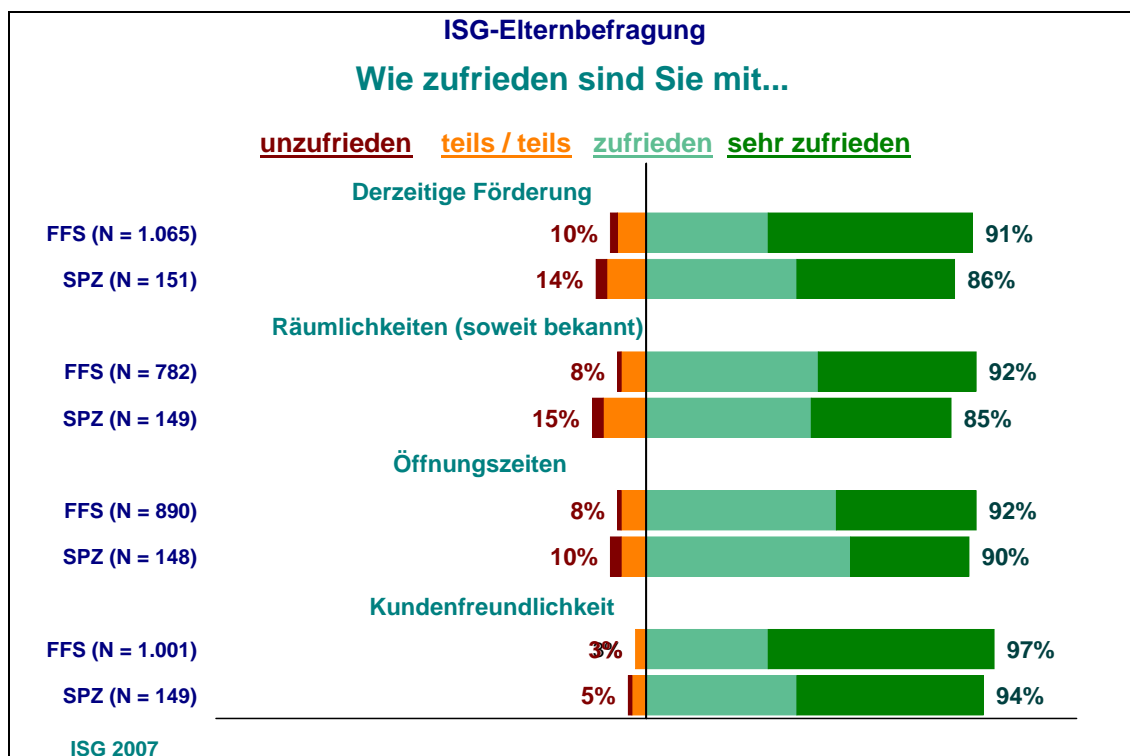


Um mögliche Schwachstellen der Frühförderung ermitteln zu können, wurde noch einmal nachgefragt, ob es irgendwelche Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Leistungen gegeben habe. Fast zwei Drittel der Eltern verneinen dies, immerhin 37% berichten aber über Schwierigkeiten. Dabei geht es in erster Linie um Wartezeiten, die in Kauf genommen werden mussten, an zweiter Stelle um Probleme bei der Verord-

nung der für erforderlich gehaltenen Therapien durch den Kinderarzt und in geringerem Maße um Probleme mit der Entfernung zur Einrichtung oder mit der Finanzierung.

Diese Schwierigkeiten beeinträchtigen aber nicht die insgesamt große Zufriedenheit der Eltern. Mit der derzeitigen Frühförderung sind 91% (FFS) bzw. 86% (SPZ) der Eltern zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Ähnlich sind die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Eltern mit den Räumlichkeiten und den Öffnungszeiten, und die Kundenfreundlichkeit erhält sogar eine Spitzenbewertung, zwischen 94% (SPZ) und 97% (FFS) der Eltern sind damit zufrieden oder sehr zufrieden.

Abbildung 34:



6.2.6 Fazit der Elternbefragung

Die Befragung der Eltern von Kindern, die Leistungen der Frühförderung erhalten, ist auf eine große Resonanz gestoßen, was sich an einem entsprechend hohen Rücklauf der Fragebögen ersehen lässt. Die Erfahrungen, die die Eltern mit der Frühförderstelle bzw. dem Sozialpädiatrischen Zentrum gemacht haben, sind überaus positiv, die Mitarbeiter/innen werden als sehr kompetent empfunden und die Eltern fühlen sich in der Einrichtung gut beraten. Wenige kritische Äußerungen betreffen Wartezeiten und die Verordnung der für erforderlich gehaltenen Therapien, aber dies wird nur von einem kleinen Teil der Eltern berichtet. Insgesamt ist die Zufriedenheit so hoch, dass aus der Perspektive der Eltern kein wesentlicher Veränderungsbedarf der Frühförderung in der derzeit praktizierten Form abgeleitet werden kann.

7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen des Forschungsprojekts zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung wurde die Ausgangslage in der Frühförderung insbesondere durch bundesweite Befragungen der Frühförderstellen und der Sozialpädiatrischen Zentren sowie anhand von vorliegendem statistischem Material untersucht. Detaillierte Leistungsbeschreibungen und die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Vergütung in den Einrichtungen sowie das Ergebnis der Frühförderung für die Kinder und aus der Perspektive ihrer Eltern/ Erziehungsberechtigten wurden im Rahmen der Vertiefungsstudie mit 30 teilnehmenden Einrichtungen exemplarisch analysiert. Diese Ergebnisse wurden ergänzt durch Diskussionen in sieben ausgewählten Regionen. Im Folgenden werden zunächst die Daten zur Ausgangslage und anschließend die Ergebnisse der Vertiefungsstudie zusammenfassend dargestellt.

7.1 Daten zur Ausgangslage

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden schriftliche Befragungen der allgemeinen und speziellen Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland durchgeführt, die jeweils als Vollerhebungen konzipiert waren. Nach eigenen Recherchen gab es am Jahresende 2006 bundesweit 635 allgemeine Frühförderstellen (Haupt- und Nebenstellen), 128 Sozialpädiatrische Zentren und 108 spezielle Frühförderstellen.

7.1.1 Allgemeine Frühförderstellen

An der Befragung allgemeiner Frühförderstellen beteiligten sich insgesamt 265 Einrichtungen (42%).³⁷ Davon waren 61% interdisziplinär besetzt und erfüllen damit die Kriterien des Entwurfs der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, nach denen interdisziplinär besetzte Frühförderstellen über mindestens drei festangestellte Mitarbeiter/innen mit 1,5 Vollzeitäquivalenten sowohl aus der pädagogisch-psychologischen als auch der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppe verfügen sollten. Vergleichsweise viele interdisziplinär besetzte Frühförderstellen sind in Baden-Württemberg und Bayern eingerichtet, vergleichsweise wenige in Sachsen-Anhalt.

Rund 23% der Frühförderstellen setzen am Jahresende 2007 die Komplexleistung Frühförderung um. Diese Einrichtungen befinden sich in Bayern (87 % mit Vertrag), in Sachsen (50 % mit Vertrag zur Ausgestaltung und Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung), in Mecklenburg-Vorpommern (14 %) und Nordrhein-Westfalen (7 %). Für gut 70 % der Frühförderstellen in zehn Ländern (außer Berlin und Rheinland-Pfalz) war eine Umsetzung der Komplexleistung dagegen noch nicht in Sicht, weil entweder

³⁷ Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Kapitel 4.1.

noch keine Landesrahmenempfehlung in Kraft getreten oder eine Umsetzung auf örtlicher Ebene noch nicht gelungen war.

Die Einrichtungen in Berlin und in Rheinland-Pfalz bilden organisatorische Einheiten aus Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen. In beiden Ländern wurde mit Inkrafttreten der Landesrahmenvereinbarungen die Komplexleistung flächendeckend umgesetzt.

Werden alle, also auch die rein heilpädagogischen Einrichtungen in den Blick genommen, so tragen die Krankenkassen durchschnittlich 10% der Kosten der Frühförderstellen. In sechs Ländern (Brandenburg, Bremen, Hamburg, im Saarland, in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) sind die Krankenkassen nicht oder nur zu einem sehr geringen Anteil von weniger als 1% an der Finanzierung beteiligt. In vier Ländern (Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen) liegt der Finanzierungsanteil unter 10%. In weiteren vier Ländern liegt der durchschnittliche Finanzierungsanteil der Krankenkassen über 10%. dazu gehören Hessen, Sachsen und vor allem Baden-Württemberg mit 37% und Bayern mit 34%.

Insgesamt sind es 41% der allgemeinen Frühförderstellen, bei denen sich die Krankenkassen überhaupt an der Finanzierung der Leistungen beteiligen. Werden ausschließlich diese Einrichtungen in den Blick genommen, so übernehmen die Krankenkassen dort durchschnittlich 30% der Kosten, während 70% von den Sozial- und Jugendhilfeträgern getragen werden.

Allgemeine Frühförderstellen unterhalten vielfältige Kooperationsbeziehungen, die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im System früher Hilfen erfolgt aber gegenwärtig überwiegend nicht auf einer vertraglichen Grundlage. Dies verändert sich mit der (geplanten) Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung: Es werden verstärkt Kooperationsverträge mit anderen Frühförderstellen, therapeutischen Praxen, Sozialpädiatrischen Zentren und niedergelassenen Ärzt/innen abgeschlossen. Insbesondere das Erfordernis der Diagnostik sowie der Förder- und Behandlungsplanung neben pädagogischer auch unter ärztlicher Verantwortung stellt die Frühförderstellen vor neue Herausforderungen. 34% der Frühförderstellen sind darauf eingestellt und setzen aktuell ein Kooperationsmodell mit Ärzt/innen um, das den Anforderungen genügt. Zukünftig werden es voraussichtlich 66% sein, wobei 8% über Ärzt/innen in Festanstellung verfügen werden, 11% eng mit Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums und jeweils 23% systematisch mit Ärzt/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. mit niedergelassenen Ärzt/innen kooperieren werden.

Nach einer bevölkerungsproportionalen Hochrechnung versorgen die allgemeinen Frühförderstellen bundesweit (ohne die Länder Berlin und Rheinland-Pfalz mit einer rein sozialpädiatrischen Versorgungsstruktur) rd. 86.500 Kinder (Stichtagszahlen), dies entspricht einem Anteil von 1,7% an allen Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. Im Jah-

resverlauf erhalten geschätzt rd. 100.000 Kinder Leistungen allgemeiner Frühförderstellen. Oftmals müssen Wartezeiten vor der Inanspruchnahme von Leistungen in Kauf genommen werden. Diese betragen bei der Hälfte der Einrichtungen für heilpädagogische Leistungen bis zu 6 Wochen und für medizinisch-therapeutische Leistungen bis zu 4 Wochen.

7.1.2 Spezielle Frühförderstellen

An der Befragung der speziellen Frühförderstellen beteiligten sich 35 von 108 angesprochenen Einrichtungen (32%).³⁸ Die Ergebnisse dieser Befragung sind nur eingeschränkt repräsentativ, weil sich Einrichtungen aus fünf Bundesländern nicht beteiligten. Die speziellen Frühförderstellen sind vornehmlich an Schulen bzw. an Bildungs- und Rehabilitationszentren angegliedert und erbringen in der Regel *heilpädagogische Leistungen*, was sich in einer starken Besetzung mit Pädagog/innen widerspiegelt. An der Finanzierung *der speziellen Frühförderstellen* sind in der Regel die Sozialhilfeträger (örtlich und überörtlich) sowie die Landesministerien beteiligt, nicht aber die Krankenkassen. Die Mehrheit der befragten speziellen Frühförderstellen plant *keine Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung*.

7.1.3 Sozialpädiatrische Zentren

86 der 128 Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland beteiligten sich an der ISG-Befragung (67%). Die Sozialpädiatrischen Zentren sind für Kinder von 0 bis 18 Jahren zuständig. Sie sind nach § 119 Abs. 1 SGB V zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt. Bezogen auf Kinder unter 7 Jahre versorgen die Sozialpädiatrischen Zentren bundesweit mit rund 2.900 Mitarbeiter/innen, darunter 2.400 Fachkräften, etwa 37.500 Kinder pro Quartal, dies entspricht 0,75% der Kinder unter 7 Jahren. Der Zugang erfolgt ausschließlich durch ärztliche Überweisung. Die Ausrichtung der SPZ reicht von Zentren mit einem starken Akzent auf der Diagnostik und damit verbunden einem hohen Anteil an Ärzt/innen und Psycholog/innen bis hin zu SPZ mit einem stark ausgeprägten Therapiebereich. Sozialpädiatrische Zentren fallen nach dem SGB V in den Leistungsbereich der Krankenkassen und rechnen knapp 90% ihrer Leistungen mit diesen ab. Aufgrund der ungeklärten Finanzierungssituation in Verbindung mit § 43a SGB V sind nur in zwei Dritteln der SPZ auch öffentliche Träger der Sozial- und Jugendhilfe mit einem Anteil von gut 10% an der Finanzierung beteiligt.

Die derzeitige Versorgungslage der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder im Vorschulalter wird seitens der befragten Sozialpädiatrischen Zentren gemischt bewertet.³⁹ Anlass zu einer positiven Einschätzung geben gut funktionierende Systeme mit engmaschigem Versorgungsnetz durch SPZ und Frühförderstellen sowie gut funk-

³⁸ Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Kapitel 4.2.

³⁹ Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Kapitel 4.3.

tionierende Vernetzungen. Als problematisch werden dagegen lange Wartezeiten insbesondere im ländlichen Raum gesehen sowie fehlende Kooperationen, Überschneidungen bei den Kompetenzen von SPZ und Frühförderstellen, ein unkoordiniertes Überangebot verschiedener Therapie- und Fördermöglichkeiten sowie ein erhöhter Verwaltungsaufwand durch die Abrechnung mit verschiedenen Kommunen je SPZ.

Alle befragten Einrichtungen weisen übereinstimmend darauf hin, dass Entwicklungsverzögerungen bei Kleinkindern nicht genügend beachtet werden mit der Folge einer sehr späten Überweisung. Zudem werden verbesserte Integrationskonzepte sowie verstärkt aufsuchende Hilfen insbesondere für Kinder in schwierigen Familiensituationen gefordert.

Die SPZ in Berlin und die Zentren für Frühförderung und Sozialpädiatrie in Rheinland-Pfalz bieten die Komplexleistung flächendeckend an. Dies hängt auch mit der besonderen Organisationsstruktur in diesen beiden Ländern zusammen, die sich durch den Zusammenschluss von Sozialpädiatrischem Zentrum und Frühförderstelle zu einer organisatorischen Einheit auszeichnet. Bundesweit plant etwa ein Drittel der Sozialpädiatrischen Zentren die Umsetzung der Frühförderleistungen als Komplexleistung, darunter auch Einrichtungen, die die Komplexleistung mittel- bis langfristig umsetzen möchten. Schließlich plant ein knappes Drittel noch kein Angebot der Komplexleistung.

Sozialpädiatrische Zentren sehen bezogen auf die Umsetzung der Frühförderleistungen als Komplexleistung insbesondere Schwierigkeiten in der unzureichend geklärten Finanzierung und im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen. Kritisch wird dabei gesehen, dass einige Landesrahmenempfehlungen den gegenseitigen Ausschluss von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren bei der Erbringung der Komplexleistung vorsehen, was durch die FrühV nicht gedeckt ist. Nach Ansicht der befragten SPZ ergänzen sich die Leistungen der beiden Einrichtungstypen und können nicht gegenseitig ersetzt werden.

7.1.4 Gesamtzahl der Kinder mit Leistungen der Frühförderung

Die Hochrechnung auf Basis der Befragung von allgemeinen Frühförderstellen ergab eine stichtagsbezogene Gesamtzahl von 86.500 Kindern, die dort Leistungen der Frühförderung erhalten. Die Hochrechnung der Befragungsergebnisse der Sozialpädiatrischen Zentren ergab eine Zahl von 37.600 Kindern pro Quartal (hier als Stichtagszahl herangezogen), die dort Leistungen erhalten. Daraus resultiert rechnerisch eine Gesamtzahl von rd. 124.000 Kindern, die Leistungen der Frühförderung erhalten. Zu berücksichtigen ist aber, dass ein Teil der Kinder von beiden Einrichtungsformen registriert wurden, nach Auswertung der Leistungsakten sind dies 13,6% aller Kinder, die Frühförderleistungen erhalten (24% der Kinder in Frühförderstellen erhalten auch Leistungen von Sozialpädiatrischen Zentren; 35% der Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren erhalten auch Leistungen in Frühförderstellen). Rechnet man deren Zahl heraus,

ergibt sich eine Gesamtzahl von rd. **107.000** Kindern, die an einem Stichtag am Jahresende 2006 in Deutschland Leistungen der Frühförderung erhielten.⁴⁰ Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von **2,1%**.

7.2 Leistungen der Frühförderung

Die Leistungen der Frühförderung beziehen sich zum einen auf die Leistungsprozesse und Vergütungsstrukturen der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren und zum anderen auf das Ergebnis für das betreffende Kind und seine Eltern.

7.2.1 Leistungsprozesse

Die Leistungen der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren umfassen das Angebot, das Verfahren beim Zugang und bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Leistungszeiten.⁴¹

Das Leistungsangebot der beteiligten Einrichtungen lässt sich grundsätzlich in fünf Leistungsmodulen – Beratungsleistungen, diagnostische Leistungen, heilpädagogische Förderleistungen, medizinisch-therapeutische Behandlungsleistungen und ärztliche Leistungen – einteilen. Diese Leistungen zeichnen sich durch direkten Kontakt mit den Kindern und ihren Eltern/ Erziehungsberechtigten aus. Zudem erbringen Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren regelmäßig eine Reihe indirekter Leistungen bzw. Tätigkeiten ohne unmittelbaren Kontakt mit den geförderten Kindern und begleiteten Eltern. Hierzu gehören Leistungen der internen Koordination, der externen Koordination, Vor- und Nachbereitungszeiten von Fördereinheiten, die Dokumentation und Fahrt- und Wegezeiten bei mobil-aufsuchender Frühförderung.

Der Zugang zu den Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt über ärztliche Überweisung, der Zugang zu anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen über ärztliche Zuweisung. Für (heil-)pädagogische Förderleistungen der beteiligten Frühförderstellen, die die Komplexleistung Frühförderung nicht umsetzen, ergeben sich verschiedene Zugangswege. Üblich sind Antragsverfahren in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzt/innen, einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Schließlich setzen medizinisch-therapeutische Leistungen von Frühförderstellen, die die Komplexleistung Frühförderung nicht anbieten, regelmäßig entsprechende Heilmittelverordnungen niedergelassener Vertragsärzt/innen und eine Abgabeberechtigung der Frühförderstellen für Heilmittel nach SGB V voraus.

⁴⁰ Zuzüglich der Kinder, die Leistungen in speziellen Frühförderstellen erhalten, deren Zahl aber auf Grund der unsicheren Datenlage nicht hochgerechnet wurde; vgl. Abschnitt 4.2.4.

⁴¹ Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Abschnitt 5.1.

In den Einrichtungen werden je nach Vergütungsstruktur Obergrenzen für verschiedene Bereiche des Leistungsspektrums festgelegt. Sofern die Diagnostik im Rahmen der Frühförderung geleistet wird⁴², werden für die Eingangsdiagnostik je nach Komplexität 4 bis 10 Fördereinheiten verwendet. In Sozialpädiatrischen Zentren liegt der Zeitumfang für die Erstkontakt- und Eingangsdiagnostik bei mindestens 5 Stunden (exkl. Berichtslegung) und kann in komplizierten Einzelfällen auf bis zu 20 Stunden ansteigen.

Die Leistungszeiten für die Förder- bzw. Behandlungseinheiten sind in den Einrichtungen explizit festgelegt, in denen die Förderleistungen je Fördereinheit finanziert werden. Sie liegen zwischen 60 und 165 Minuten je Fördereinheit, wovon 45 bis 60 Minuten auf die direkten Leistungen entfallen. In Einrichtungen mit Pauschalen je Periode werden die Zeiten für Fördereinheiten sowie die Zahl der Einheiten implizit kalkuliert und spiegeln sich in der Höhe des Pauschalsatzes wider.

7.2.2 Vergütungsstrukturen

Die Landschaft der Vergütungsstrukturen ist sehr heterogen: So stehen auf der einen Seite pauschal finanzierte Systeme, die von einer Jahrespauschale für die gesamte Einrichtung bis hin zu Pauschalen je Periode und Kind reichen. Auf der anderen Seite stehen Systeme, bei denen die Leistungen einzeln vergütet werden. Diese reichen von einer Vergütung von Förder- bzw. Behandlungseinheiten, in denen anteilig alle indirekten Leistungen kalkuliert sind, bis hin zu einer getrennten Vergütung der jeweiligen spezifischen Leistung (pädagogische Leistungen, medizinisch-therapeutische Leistungen, verschiedene indirekte Leistungen).

Den Vorgaben der FrühV folgend werden die Vergütungsstrukturen zudem getrennt für die drei Bereiche – offene Erstberatung, Diagnostik, Förder- bzw. Behandlungseinheit – dargestellt.

Die Vergütungsmodalitäten für die offene Erstberatung reichen in den Frühförderstellen von einer gesonderten Finanzierung (unabhängig davon, ob im Anschluss Frühförderung stattfindet) über eine Finanzierung der offenen Beratung (sofern anschließend Leistungen der Frühförderung erbracht werden) bis hin zu keiner geregelten Finanzierung. Die Sozialpädiatrischen Zentren können aufgrund ihrer Zugangsregelungen keine offene Erstberatung anbieten.

Für die Interdisziplinäre (Eingangs-)Diagnostik als Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung werden verschiedene Sätze vereinbart, die in einigen Bundesländern, wie z.B. in Bayern oder in Sachsen, einheitlich auf Landesebene geregelt sind und in anderen Bundesländern vor Ort vereinbart werden. Die Vergütungssätze für die Eingangsdiagnostik reichen von rd. 142 € bis hin zu rund 450 €. Häufig zitiert wird der in

⁴² Dies gilt nur für Frühförderstellen, die keine Komplexleistung anbieten.

Bayern landesweit geltende Vergütungssatz in Höhe von 195 €, wobei die ärztliche Diagnostik dort gesondert vergütet wird. Bei den höheren Vergütungssätzen von 300 € und mehr ist dagegen die ärztliche Diagnostik in der Regel enthalten. Die Pauschale für die Eingangsdiagnostik wird (mit Ausnahme Sachsens) einmalig gewährt. Verlaufs- und Abschlussdiagnostik werden hiernach im Rahmen der Förderung durchgeführt und je nach Landesregelung anteilig von den Leistungsträgern vergütet.

Zu den Kernleistungen der Frühförderung gehören die Beratung der Eltern/ Erziehungsberechtigten, die heilpädagogischen Leistungen sowie die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Die Leistungen der Frühförderung werden sowohl ambulant als auch mobil-aufsuchend angeboten, wobei einige Einrichtungen ausschließlich ambulante oder ausschließlich mobil-aufsuchende Förderung anbieten, während andere Einrichtungen beide Formen der Frühförderung anbieten. Vor diesem Hintergrund ergibt sich, dass die jeweils vereinbarten Vergütungssätze nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Die mobil-aufsuchende Frühförderung wird des Weiteren durch die Umsetzung der Komplexleistung zurückgedrängt, sofern mobil-aufsuchende Förderung gesondert begründet werden muss und damit nicht mehr zu den Regelleistung gehören wird. Die besondere Begründung für eine mobile Leistungserbringung fordern insbesondere die Krankenkassen, die aufgrund ihrer gängigen Praxis bislang ambulante Leistungen finanzieren.

In welchem Rahmen sich derzeit die Vergütungssätze in etwa bewegen, kann anhand von Vergütungspauschalen je Kind aufgezeigt werden. Die Quartalspauschalen je Kind in den beteiligten Frühförderstellen umspannen hierbei eine Bandbreite von etwa 200 € bis hin zu rd. 1.500 €. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2006 Quartals-Behandlungspauschalen von minimal 115 € und maximal 590 € gezahlt.

Im Rahmen der Komplexleistung sollten sich die Leistungsträger nach § 9 FrühV auf eine Teilung der Kosten verständigen. In der Umsetzung der FrühV auf Landesebene haben sich allerdings unterschiedliche Modelle der Kostenteilung durchgesetzt: In den meisten Ländern haben die Leistungsträger darauf verzichtet, Vereinbarungen zur pauschalen Kostenteilung abzuschließen. In Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt wird dagegen in den jeweiligen Landesrahmenempfehlungen eine pauschale Kostenteilung angestrebt. Die recht geringe Anzahl der Vereinbarungen mit pauschaler Kostenteilung ist auch auf die unterschiedlichen Leistungsgesetze der beiden Leistungsträger zurückzuführen: Aufgrund ihrer unterschiedlichen Philosophie in der Leistungserbringung und ihrer unterschiedlichen regionalen Zuständigkeit können nach Aussage der Leistungsträger gemeinsame Lösungen nur mit großen Schwierigkeiten gefunden werden.

In die gesetzlichen Regelungen des SGB IX sind ausschließlich die gesetzlichen Krankenkassen einbezogen. Dies bedeutet konkret für die Komplexleistung mit pauschaler Kostenteilung, dass separate Vereinbarungen mit den Kommunen für privat versicherte

Kinder geschlossen werden müssen, weil die meisten privaten Krankenversicherungen Komplexleistungen nicht bezahlen.

7.2.3 Leistungen für Kind und Eltern

Welche Leistungen insgesamt beim Kind ankommen, wurde auf der Basis von insgesamt **905** kinderbezogenen Akten (789 von den Frühförderstellen und 116 von den Sozialpädiatrischen Zentren) analysiert.⁴³ Die Kinder erhalten häufig recht spät Leistungen der Frühförderung: So zeigen die Ergebnisse der kindbezogenen Analyse, dass hier bei etwa jedem 10. Kind die Frühförderung erst mit 5 Jahren oder später, also kurz vor der Einschulung begann. Ein gutes Drittel der Kinder kommt im jungen Kindergartenalter, was die wichtige Funktion der Kindergärten im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsverzögerungen verdeutlicht. In den Sozialpädiatrischen Zentren liegt der Anteil der Kinder mit Leistungsbeginn im Säuglingsalter deutlich höher als in den Frühförderstellen.

Die ärztlichen Diagnosen für die Kindergartenkinder betreffen insbesondere das Sprechen wie Aufmerksamkeitsstörungen und für Kleinkinder allgemeine Entwicklungsverzögerungen. Entscheidend für die Art und Intensität der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen sind die Auswirkungen einer Entwicklungsverzögerung, wobei die Verständigung mit fremden Menschen, das Spiel allein sowie mit anderen Kindern und das Lernen besonders häufige Auswirkungen sind.

Die Kinder und ihre Eltern erhalten in den Frühförderstellen ebenso wie in den Sozialpädiatrischen Zentren sowohl direkte als auch indirekte Leistungen. Der durchschnittliche Zeitaufwand beträgt in den Frühförderstellen 130 Minuten und in den SPZ 65 Minuten pro Woche (Median; Basis: 688 Akten von Kindern in Frühförderstellen und 105 Akten von Kindern in Sozialpädiatrischen Zentren). Zusätzlich zu den Leistungen in der Frühförderstelle bzw. im Sozialpädiatrischen Zentrum erhalten knapp zwei Drittel der Kinder und ihre Eltern/ Erziehungsberechtigten auch Leistungen von anderer Seite, insbesondere zusätzliche medizinisch-therapeutische Leistungen von niedergelassenen Therapeut/innen. Etwa ein Viertel der Kinder in Frühförderstellen erhält Leistungen auch vom Sozialpädiatrischen Zentrum, umgekehrt werden 35% der Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren auch von Frühförderstellen betreut.

Die Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, benötigen überwiegend weitere Unterstützung auch nach der Beendigung der Leistungen in der Frühförderstelle oder im Sozialpädiatrischen Zentrum. So sind bei rund 70% der Kinder aus Sicht der Einrichtungen im Anschluss weitere Leistungen erforderlich. Hierbei handelt es sich insbesondere um Logopädie und Ergotherapie sowie Physiotherapie. Für die Kinder ab 5 Jahren stellt sich zudem die Frage nach der angestrebten Schulform: Rd. 20% könnten

⁴³ Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Abschnitt 5.2.

eine Regelschule ohne individuelle Hilfen besuchen, etwa 40% könnten eine Regelschule besuchen, sofern sie individuelle Hilfen beispielsweise in Form einer Schulbegleitung erhielten und für weitere 40% wäre aus fachlicher Sicht eine Förderschule die am besten geeignete Schulform.

Im Rahmen der Vertiefungsstudie wurde zudem eine Befragung der Eltern von Kindern, die Leistungen der Frühförderung erhalten, durchgeführt, die auf eine große Resonanz gestoßen ist. Dies lässt sich an einem entsprechend hohen Rücklauf der Fragebögen ersehen.⁴⁴ Die Erfahrungen, die die Eltern mit der Frühförderstelle bzw. dem Sozialpädiatrischen Zentrum gemacht haben, sind überaus positiv, die Mitarbeiter/innen werden als sehr kompetent empfunden und die Eltern fühlen sich in der Einrichtung gut beraten. Wenige kritische Äußerungen betreffen Wartezeiten und die Verordnung der für erforderlich gehaltenen Therapien, aber dies wird nur von einem kleinen Teil der Eltern berichtet. Insgesamt ist die Zufriedenheit so hoch, dass aus der Perspektive der Eltern kein wesentlicher Veränderungsbedarf der Frühförderung in der derzeit praktizierten Form abgeleitet werden kann.

Die allgemeine Versorgungslage der Kinder mit Frühförderbedarf kann schließlich auch anhand bestehender Wartelisten und deren Länge beurteilt werden. In den ländlichen Regionen bestehen hier häufiger Wartelisten als in städtischen, wobei die Ursachen in zu geringen Kapazitäten der Frühförderstelle selbst oder der öffentlichen Gesundheitsdienste liegen. Zudem besteht in ländlichen Regionen oftmals ein Ärztemangel, sodass hier auch in den Sozialpädiatrischen Zentren Wartelisten entstehen.

⁴⁴ Vgl. hierzu auch Abschnitt 6.2.

8 Empfehlungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Komplexleistung

Die im Folgenden dargelegten Empfehlungen zu einer verbesserten Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung leiten sich aus den Untersuchungsergebnissen des Forschungsprojekts ab und bauen auf den Regelungen der Frühförderungsverordnung, dem Entwurf der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie den Auslegungshinweisen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auf.

8.1 Definition der Komplexleistung Frühförderung

8.1.1 Leistung

a) Gesetzliche Grundlage

Nach § 30 SGB IX handelt es sich immer dann um eine Komplexleistung, wenn medizinisch-therapeutische Leistungen in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56 SGB IX) erbracht werden.

Der Terminus „Heilpädagogische Leistungen“ hebt dabei immer auf ein Bündel von Hilfen ab, sodass hierunter sozial- und sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten subsumiert sind. (Vgl. § 6 FrühV)

Die Leistungen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler, Form erbracht. (Vgl. § 3 FrühV)

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

In der Praxis finden sich unterschiedliche Interpretationen zur Komplexleistung im Rahmen der Frühförderung, die (a) auf die Leistungen selbst abstellen. Hiernach werden Leistungen der Frühförderung nur dann als Komplexleistung erbracht, wenn heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen gleichzeitig bzw. in einer abgestimmten Reihenfolge erbracht werden. Der zeitliche Rahmen wird dabei in einigen Fällen mit einem halben Jahr recht eng gesteckt. Eine andere Interpretation bezieht sich (b) auf die strukturellen Rahmenbedingungen: Leistungen der Frühförderung werden als Komplexleistung erbracht, wenn die Einrichtung Leistungen der Frühförderung in struktureller Interdisziplinarität erbringt. Durch regelmäßige interdisziplinäre Teamarbeit werden nach dieser Interpretation unabhängig davon, ob momentan sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen benötigt werden, Komplexleistungen für die Kinder erbracht. Diese Definition ist angelehnt an den Empfehlungsentwurf der BAR von 2002.⁴⁵

⁴⁵ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Diskussionsentwurf: Gemeinsame Empfehlung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter

Die Leistungen der Frühförderung beginnen zum Teil relativ kurze Zeit vor der Einschulung. Im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik wird festgestellt, ob eine Komplexleistung erforderlich ist. Da in diesen Fällen die Zeit bis zur Einschulung oft kurz ist, kann es sein, dass für die Förderung und Behandlung weniger als ein Jahr zur Verfügung steht. In Einzelfällen wurde diesbezüglich die Auffassung vertreten, dass hier aufgrund des zur Verfügung stehenden Zeitraums von weniger als einem Jahr keine Komplexleistung gewährt werden kann.

Festzustellen ist die Tendenz, dass der Anteil der ambulanten Hilfen im Verhältnis zu den mobil-aufsuchenden mit zunehmender Interdisziplinarität der Einrichtungen steigt.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Bundesweit wird die Komplexleistung nach zwei alternativen Interpretationen umgesetzt: In der Mehrzahl der Bundesländer wird auf die konkrete Erbringung von Förder- und Therapieleistungen abgestellt. Hier liegt eine Komplexleistung dann vor, wenn in einem festgelegten Zeitraum (etwa ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Maßnahmen für das Erreichen eines formulierten Teilhabeziels notwendig sind. In welcher Reihenfolge und mit welchem Schwerpunkt diese Leistungen innerhalb eines konkreten Zeitraums erbracht werden, ist dabei unerheblich.

Nach einem alternativen Verständnis ist *jede* Leistung einer Interdisziplinären Frühförderstelle eine Komplexleistung, was damit begründet wird, dass zum einen durch die Beteiligung mehrerer Disziplinen eine strukturelle Interdisziplinarität gegeben ist und zum anderen durch die damit garantierte interdisziplinäre Sicht auf das Kind dessen ganzheitlicher Hilfebedarf erfasst und behandelt wird. Dieses Verständnis halten auch die im Projektbeirat vertretenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für sachlich angemessen.

Zu den heilpädagogischen Leistungen zählen sozial-, sonder- und heilpädagogische sowie psychologische und psychosoziale Hilfen. Zu den medizinisch-therapeutischen Leistungen zählen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Beratungsleistungen für die Erziehungsberechtigten sind ebenfalls integraler Bestandteil der Komplexleistung.

Eine Komplexleistung muss, sofern sie erforderlich ist, auch dann erbracht werden, wenn der prognostisch festgelegte Zeitraum weniger als ein Jahr beträgt. Dies gilt insbesondere für Kinder vor der Einschulung. Der Förder- und Behandlungsplan muss zudem beinhalten, wie das jeweilige Kind über den Schuleintritt hinaus gefördert werden soll.

Die lebensweltorientierte Versorgung hat in der Frühförderung einen hohen Stellenwert. Mobil aufsuchende Förderung und Beratung ist deshalb zu gewähren und entsprechend zu finanzieren.

8.1.2 Struktur

a) Gesetzliche Grundlage

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

Sozialpädiatrische Zentren sind die nach § 119 Abs. 1 SGB V zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. (§ 4 FrühV)

Die strukturellen Anforderungen an die Interdisziplinären Frühförderstellen und die Sozialpädiatrischen Zentren im Rahmen der Komplexleistung können in den Rahmenempfehlungen auf Länderebene geregelt werden. (§ 2 FrühV)

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

In den 13 Bundesländern, in denen eine entsprechende Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in Kraft getreten ist, gibt es sehr unterschiedliche Anforderungen insbesondere an die personelle Ausgestaltung der Interdisziplinären Frühförderstellen. Diese reichen von einer Vorlage der konzeptionellen Ausrichtung der zukünftigen Interdisziplinären Frühförderstelle einschließlich Angaben zur personellen Ausstattung (z.B. Nordrhein-Westfalen) bis hin zu festen Vorgaben der Anzahl von Mitarbeiter/innen je Fachbereich, die zwischen drei und sechs Mitarbeiter/innen liegen. Eine Interdisziplinäre Frühförderstelle dieser Größe hat in der Regel ein großes Einzugsgebiet, sodass die lebensweltorientierte Arbeit zumindest eingeschränkt wird.

Nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung sind etwa 60% der Frühförderstellen interdisziplinär mit mindestens 3 Mitarbeiter/innen auf 1,5 Vollzeitstellen besetzt. Die Frühförderstellen verfügen in der Regel nicht über festangestellte Ärzt/innen.

Die Möglichkeiten von Kooperationen zur Ausweitung des Leistungsspektrums sind grundsätzlich zugelassen, allerdings müssen hier feste Kooperationsverträge geschlossen werden. So werden beispielsweise in Nordrhein-Westfalen „virtuelle Frühförderstellen“ explizit ausgeschlossen.

Schließlich sind Interdisziplinäre Frühförderstellen nicht Kindertagesstätten, teilstationäre Einrichtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (insbesondere Gruppen- und Einzelintegration im Regelkindergarten und Sonderkindergärten), auch nicht Frühförderstellen mit ausschließlich pädagogischer bzw. heilpädagogischer Ausrichtung oder lose Zusammenschlüsse von Ärzt/innen und Heilmittelleistungserbringern.

Nach Maßgabe der medizinischen Fachgesellschaft⁴⁶ sollen Sozialpädiatrische Zentren mit zwei interdisziplinären Teams besetzt sein. Der essentielle Personalbedarf ei-

⁴⁶ Vgl. Altöttinger Papier: Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren.

nes Teams umfasst eine/n Kinderärzt/in mit spezieller Qualifikation, eine/n Diplom-Psycholog/in sowie 3 bis 4 Fachmitarbeiter/innen der Berufsgruppen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik/ Sozialarbeit. Die Realisierung scheitert häufig an der ungeklärten Finanzierungssituation für die Sozialpädiatrischen Zentren, da für die Sozialhilfeträger keine Durchführungsregelungen zur anteiligen Übernahme der Kosten für (heil-)pädagogische Leistungen in den SPZ existieren.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräften ist ein wesentliches Merkmal der Komplexleistung. Diese muss gewährleistet werden durch eine interdisziplinäre Besetzung der Interdisziplinären Frühförderstelle, die durch externe Kooperationen ergänzt werden kann. Die Vorgaben zur Anzahl der festanzustellenden Mitarbeiter/innen in einer Interdisziplinären Frühförderstelle sollen sich an den Kriterien des Empfehlungsentwurfs der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation orientieren, in denen mindestens 3 festangestellte Mitarbeiter/innen mit 1,5 Vollzeitstellen festgeschrieben sind.

Damit auch die Sozialpädiatrischen Zentren die Komplexleistung nach § 4 FrühV erbringen können, bedarf es genauer Regelungen in den Landesrahmenvereinbarungen zur Leistungsträgerschaft der nicht-medizinischen und nicht-ärztlichen Leistungen, die über die Erstellung des Behandlungsplans hinausgehen und damit nach § 43a SGB V nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen.

8.1.3 Zielgruppe

a) Gesetzliche Grundlage

Leistungen der Früherkennung und Frühförderung erhalten Kinder, die noch nicht eingeschult sind und behindert oder von Behinderung bedroht sind (§§ 30, 56 SGB IX). Komplexleistungen erhalten diese Kinder, sofern Leistungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften notwendig sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (§ 3 FrühV).

Je nach Alter und vorrangigem Förder- und Behandlungsziel kann sich die fachliche Tätigkeit auf das Kind direkt beziehen oder über die Eltern vermittelt gestalten. Nach § 5 Abs. 2 FrühV sowie § 6 FrühV beinhalten sowohl medizinisch-therapeutische wie heilpädagogische Leistungen auch die Beratung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten.⁴⁷

⁴⁷ Vgl. zudem Schreiben BMAS/BMG von Juni 2007: Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX / Frühförderungsverordnung (FrühV).

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die Definition „behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder bis zum Schuleintritt“ wird unterschiedlich interpretiert und reicht von der Interpretation (a) Kinder von ihrer Geburt bis zu ihrem individuellen Schuleintritt bis hin zu (b) Kinder bis zur einsetzenden Schulpflicht. Nach letzterer sind beispielsweise Kinder, deren Einschulung um ein Jahr zurückgestellt wurde, nicht leistungsberechtigt.

Zu einer lebensweltorientierten Förderung der Kinder gehört die Beratung der Eltern. Beispielsweise in Bayern sind Beratungsgespräche gleichrangig mit Förder- und Behandlungsleistungen leistungsauslösend. In anderen Regionen werden die Beratungsgespräche als Bestandteil der Förderung interpretiert, wobei aber die pädagogische Förderung oder medizinisch-therapeutische Behandlung des Kindes leistungsauslösend bleibt.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Leistungsberechtigt sind behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von ihrer Geburt bis zu ihrem individuellen Schuleintritt sowie deren Eltern/ Erziehungsberechtigte. In dieser Logik sind Förder- und Behandlungsleistungen mit dem Kind und Beratungsgespräche der Eltern gleichrangig zu behandeln. Dies bedeutet auch, dass sowohl die Leistungen mit dem Kind als auch die Beratungsgespräche der Eltern leistungsauslösend sein müssen.

8.2 Offenes, niederschwelliges Beratungsangebot

a) Gesetzliche Grundlage

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind nach § 3 FrühV Einrichtungen und Dienste, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung dienen. In der Begründung zu § 3 FrühV heißt es weiter, dass den Interdisziplinären Frühförderstellen die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes obliegt..

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die offene, niederschwellige Beratung hat eine wichtige Funktion, um die Eltern und ihre behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder zu erreichen. Dieses bestehende Angebot soll erhalten bleiben. Einige Länder haben diese Leistung deshalb in ihre Rahmenempfehlungen aufgenommen, wie beispielsweise Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Hiernach ermöglichen die Interdisziplinären Frühförderstellen einen niederschweligen Zugang und bieten daher ein offenes Beratungsangebot für Eltern und andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen, die ein Entwicklungsrisiko des Kindes vermuten. Interdisziplinäre Frühförderstellen können im Rahmen des offenen Beratungsangebots zunächst ohne weitere Zugangsvoraussetzungen aufgesucht werden.

Wird im Ergebnis dieser Erstberatung eine Interdisziplinäre Eingangsdagnostik eingeleitet, muss diese durch einen niedergelassenen Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder eine/n Arzt/ Ärztin des Öffentlichen Gesundheitsdienstes veranlasst werden.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die offene (Erst-)Beratung ist notwendiger Bestandteil der Frühförderung und soll laut der Begründung zu § 3 FrühV ein fester Aufgabenbereich der Interdisziplinären Frühförderstellen bleiben. Aus den genannten Gründen muss die offene (Erst-)Beratung erhalten bleiben, und die notwendige Finanzierung muss gesichert werden.

8.3 Interdisziplinäre Diagnostik

8.3.1 Zugang zur Interdisziplinären Eingangsdagnostik

a) Gesetzliche Grundlage

In der FrühV auf Bundesebene gibt es keine expliziten Vorgaben über die Voraussetzungen für eine Interdisziplinäre Eingangsdagnostik.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

In den Landesrahmenempfehlungen wird (recht einheitlich) festgelegt, dass die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik durch Zuweisung durch (niedergelassene) Kinder- oder Fachärzt/innen veranlasst wird. In einigen Bundesländern, wie beispielsweise Brandenburg, Hamburg oder Sachsen-Anhalt, kann die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik zudem auch durch Empfehlung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes veranlasst werden. Ärztliche Zuweisungen von Leistungen eines niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen einer Komplexleistung gehen nicht zu Lasten des Heilmittelbudgets.

Kritisiert wird, dass die Ärzt/innen in einigen Regionen die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik sehr zögerlich veranlassen. In diesen Fällen wird befürchtet, dass Kinder keinen Zugang zur Interdisziplinären Eingangsdagnostik erhalten, obwohl ggf. eine Behinderung droht. Ärzt/innen ist z.T. nicht, bekannt, dass die Auslösung einer Interdisziplinären Diagnostik nicht zu Lasten des Heilmittelbudgets geht.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die ärztliche Zuweisung für den Zugang zur Interdisziplinären Diagnostik steht außer Diskussion. Insbesondere Kinderärzt/innen müssen intensiv über die Komplexleistungen, den Zugang zur Komplexleistung und die Budgetneutralität informiert werden.

8.3.2 Durchführung der Interdisziplinären Diagnostik

a) Gesetzliche Grundlage

Die Regelungen nach § 7 FrühV sehen vor, dass der Förder- und Behandlungsplan interdisziplinär entwickelt wird: „Die Interdisziplinären Frühförderstellen und die Sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung in Zusammenarbeit mit den Eltern in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen [...]“. Unterzeichnet wird der Förder- und Behandlungsplan sowohl vom verantwortlichen Arzt/ von der verantwortlichen Ärztin als auch der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die Interdisziplinären Frühförderstellen stellen den ärztlichen Verantwortungsbereich durch unterschiedliche Modelle sicher: Die ärztliche Verantwortung der Interdisziplinären Eingangsdagnostik in der Interdisziplinären Frühförderstelle übernehmen angestellte Ärzt/innen oder Kooperationsärzt/innen. Letztere können Ärzt/innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder das Kind behandelnde Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin sein. Die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik im Sozialpädiatrischen Zentrum wird unter ärztlicher Verantwortung eines/einer dort festangestellten Arztes/Ärztin durchgeführt.

Die Vergütungssätze für die Interdisziplinäre Eingangsdagnostik, sofern für Verlaufs- und Abschlussdiagnostik keine gesonderte Vergütung vereinbart wurde, liegen derzeit zwischen 195 € (exklusive dem ärztlichen Anteil an der Diagnostik) und 450 € (inklusive ärztlicher Diagnostik). Die genannte Untergrenze in der Vergütung wird derzeit kontrovers diskutiert.

Kritikpunkte seitens der Leistungserbringer sind dabei insbesondere die hier hinterlegten 4 bis 5 Stunden, die als nicht ausreichend für eine qualifizierte Diagnostik bewertet werden. Nach ihrer Einschätzung werden für eine Interdisziplinäre Diagnostik inklusive der Erstellung und schriftlichen Niederlegung des Förder- und Behandlungsplans etwa 10 Stunden benötigt. Zudem wird die fehlende gesonderte Vergütung der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik kritisiert.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die verschiedenen Varianten, die die Interdisziplinären Frühförderstellen zur Einbeziehung des ärztlichen Bereichs entwickelt haben, sollen grundsätzlich gleichrangig sein, bewährte regionale Gegebenheiten sollen beachtet werden. Entscheidend ist die ausgewiesene fachärztliche Kompetenz und Erfahrung des/der beteiligten Arztes/Ärztin und eine adäquate Gestaltung der erforderlichen Abstimmungsprozesse zwischen den verschiedenen Fachrichtungen (pädagogisch, medizinisch-therapeutisch, psychologisch und ärztlich). Da die Einschätzungen der erforderlichen Zeit für die Interdiszipli-

näre Eingangsdiagnostik zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern recht weit auseinanderliegt, wird empfohlen, die Zeiten über einen Zeitraum hinweg zu dokumentieren, um hierüber verlässliche Daten zu erhalten.

Die Zeiten und Vergütungsmodalitäten für die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik sollten ebenfalls geregelt werden.

8.4 Antrags- und Entscheidungsverfahren

a) Gesetzliche Grundlage

Der Förder- und Behandlungsplan ist das Ergebnis der Interdisziplinären Diagnostik und wird den Rehabilitationsträgern nach § 14 SGB IX zur Entscheidung vorgelegt. Der Antrag kann dabei nach § 8 Abs. 1 FrühV bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger informiert unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die Abstimmung und Entscheidung hat von Rechts wegen innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die Regelungen zur Klärung der Zuständigkeit wurden auf Landesebene folgendermaßen vereinbart: In Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein soll der Antrag dem vermutlich zuständigen Rehabilitationsträger vorgelegt werden, in Sachsen und Sachsen-Anhalt wird er allen beteiligten Rehabilitationsträgern vorgelegt und in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen soll der Förder- und Behandlungsplan grundsätzlich dem örtlichen Sozialhilfeträger zur Entscheidung vorgelegt werden. In Hessen entscheiden die örtlichen Sozialhilfeträger über Anträge der Interdisziplinären Frühförderstellen und die Krankenkassen über Anträge der Sozialpädiatrischen Zentren. Das Saarland geht einen Sonderweg: Hier wird der Förder- und Behandlungsplan einem Fachausschuss vorgelegt, dem die Leistungserbringer sowie die Rehabilitationsträger angehören, Eltern und niedergelassene/r Arzt/Ärztin werden einbezogen. Die Abstimmung und Entscheidung zieht sich nach Auskunft der Projektteilnehmer meist über einen längeren Zeitraum als die gesetzlich vorgesehenen 14 Tage hin.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die implementierten Entscheidungsverfahren entsprechen den gesetzlichen Vorgaben und sind damit grundsätzlich gleichrangig. Langfristig sollte allerdings beobachtet werden, ob sich bestimmte Verfahren insbesondere in Hinblick auf kurze Verfahrenszeiten besonders eignen. Es sollte angestrebt werden, das Entscheidungsverfahren zu vereinfachen und damit die Wartezeiten bis zum Einsetzen der Leistung zu verkürzen.

8.5 Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern

a) Gesetzliche Grundlage

Mit den medizinisch-therapeutischen Leistungen verbunden sind die Leistungen zur Beratung, Unterstützung und Begleitung der Eltern (§ 5 Abs. 2 FrühV). Für die Elternberatung im Rahmen heilpädagogischer Leistungen gilt gemäß § 6 zweiter Halbsatz § 5 Abs. 2 FrühV entsprechend. Die Beratungsleistungen sind notwendiger Bestandteil der Komplexleistung und werden auch dann von der FrühV und dem SGB IX erfasst, wenn phasenweise nur eine (heil-)pädagogische bzw. psychologische oder eine medizinisch-therapeutische Leistung im unmittelbaren Kontakt mit dem Kind oder über die Eltern vermittelt erbracht wird.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

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

c) Klarstellung/ Empfehlung

Beratungsleistungen für die Eltern und Erziehungsberechtigten sind integrale Bestandteile der Komplexleistung. Sie müssen deshalb gleichrangig bewertet und finanziert werden. Eine gegenteilige Auffassung steht den Bundesvorgaben entgegen.

8.6 Interdisziplinäre Frühförderung/ interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Rahmen der Komplexleistung

8.6.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Interdisziplinären Frühförderstelle

a) Gesetzliche Grundlage

Nach § 3 FrühV arbeiten in einer Interdisziplinären Frühförderstelle qualifizierte medizinisch-therapeutische und pädagogische Fachkräfte interdisziplinär zusammen, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Komplexleistung kann entweder durch eine interne interdisziplinäre Besetzung oder durch feste Kooperationsverträge realisiert werden. In den Landesrahmenempfehlungen werden neben räumlichen und sächlichen Anforderung die personellen Anforderungen an eine Interdisziplinäre Frühförderstelle festgeschrieben, wobei in einigen Rahmenempfehlungen fixe Mindestanforderungen wie die Mindestanzahl der Festanstellungen und der entsprechenden Vollzeitäquivalente. Vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Therapeut/innen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität sind prinzipiell zulässig, allerdings muss in diesen Fällen die gemeinsame interdisziplinäre Arbeit sichergestellt werden.

Die notwendigen Zeiten für die interdisziplinäre Zusammenarbeit können in unterschiedlicher Weise finanziert werden – im Rahmen einer pauschalen Finanzierung, im Rahmen der Abrechnung von Fördereinheiten oder in Form von gesonderter Vergütung.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die Zusammenarbeit im Rahmen eines interdisziplinären Teams ergibt sich zwingend aus der Definition der Komplexleistung. Hierin liegt der entscheidende Unterschied zu den isolierten Leistungen außerhalb der Komplexleistung. Zu den grundlegenden Leistungen gehört deshalb die strukturelle Zusammenarbeit, die entsprechend kalkuliert werden muss.

8.6.2 Zusammenarbeit von Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren

a) Gesetzliche Grundlage

Nach § 8 Abs. 4 FrühV arbeiten Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren zusammen.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

In den Landesrahmenempfehlungen wird die Zusammenarbeit beider Einrichtungen im Rahmen der Erbringung von Komplexleistungen unterschiedlich ausgelegt: Die Zusammenarbeit wird mit dem Hinweis auf Vermeidung von Doppelleistungen unterstützt, sodass es prinzipiell möglich bleibt, Leistungen beider Einrichtungen zu erhalten. In andere Rahmenempfehlungen wird dagegen eine Leistungserbringung beider Einrichtungen ausgeschlossen.

Letzteres wird scharf kritisiert, denn insbesondere schwerbehinderte Kinder benötigen sowohl die Leistungen der Frühförderung vor Ort als auch die regelmäßige Versorgung im Sozialpädiatrischen Zentrum. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Sozialpädiatrischen Zentren in der Regel keine Komplexleistung erbringen, sondern insbesondere auf Diagnostik spezialisiert sind.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Sich wechselseitig ergänzende Leistungen von Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren im Rahmen der Komplexleistung müssen möglich sein. Anders lautende Bestimmungen durch Landesrahmenempfehlungen verstoßen gegen die Vorgaben der FrühV. Die Zusammenarbeit von Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren betrifft insbesondere die Inanspruchnahme eines SPZ für diagnostische Leistungen durch Frühförderstellen bei laufender Förderung und Behandlung. Doppelleistungen sind vor dem Hintergrund der Festlegungen im Förder- und Behandlungsplan ausgeschlossen.

8.7 Finanzierung der Leistungen/ Kostenteilung

8.7.1 Zuordnung der Leistungen der Komplexleistung zu den Rehabilitationsträgern

a) Gesetzliche Grundlage

Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere nach den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder Vereinbarungen, regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. (§ 9 FrühV)

Zudem werden die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die in den Verantwortungsbereich der Krankenkassen fallen, in § 5 FrühV sowie § 43a Abs. 1 SGB V definiert. Hierzu gehören neben der ärztlichen Behandlung, den nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen bis zur Erstellung des Förder- und Behandlungsplans, der Heilmittelerbringung auch die Beratung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

Heilpädagogische Leistungen im Zuständigkeitsbereich der Sozial- bzw. Jugendhilfeträger umfassen nach § 6 FrühV neben pädagogischen und psychologischen Leistungen ebenfalls die Beratung der der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die Komplexleistung beinhaltet folgende Leistungen: Offenes Beratungsangebot, Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik, Förderung und Behandlung des Kindes inklusive Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern (sowie notwendige Tätigkeiten ohne direkten Klientenkontakt), Interdisziplinäre Verlaufs- und Abschlussdiagnostik.

Unabhängig von der Art der Kostenaufteilung zwischen den Kostenträgern sind die Sozialhilfeträger und Länder für Leistungen des offenen Beratungsangebots sowie für die heilpädagogischen-psychologischen Leistungen verantwortlich, während die Krankenkassen (zumindest überwiegend) für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik sowie für die medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig sind.



c) Klarstellung/ Empfehlung

Für (heil-)pädagogische Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung inklusive der in diesem Zusammenhang zu erbringenden Leistungen der Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern im Förderprozess ist der örtliche Sozialhilfeträger zuständig. Dies gilt sowohl für die Interdisziplinären Frühförderstellen als auch für die Sozialpädiatrischen Zentren.

Für medizinisch-therapeutische Leistungen im Rahmen der Komplexleistung inklusive der in diesem Zusammenhang zu erbringenden Leistungen der Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern im Förderprozess ist die jeweilige Krankenkasse zuständig.

Für die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik ist die jeweilige Krankenkasse zuständig.

Für die im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung notwendigen Tätigkeiten ohne direkten Klientenkontakt, wie Fallarbeit, interdisziplinäre Beratungen/Teamgespräche, Therapieplanung, Vor- und Nachbereitung, externe Kooperation, Vernetzung, Dokumentation, Berichtswesen, Fortbildung und Supervision sowie die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik sind die Rehabilitationsträger gemeinsam zuständig.

Durch diese generellen Zuständigkeitsregelungen werden keine Aussagen zur Form der Kostenteilung getroffen, die im folgenden Abschnitt dargestellt sind.

8.7.2 Teilung der Kosten der Komplexleistung zwischen den Rehabilitationsträgern

a) Gesetzliche Grundlagen

Die an den Leistungen der Interdisziplinären Frühförderstelle oder des Sozialpädiatrischen Zentrums jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen Entgelte für die zur Förderung und Behandlung des Kindes, für die Beratung, Unterstützung und Anleitung ihrer Eltern zu erbringenden direkten und indirekten Leistungen. Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der Anteil der Entgelte, der auf die für die heilpädagogischen Leistungen jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in Interdisziplinären Frühförderstellen 80% und in Sozialpädiatrischen Zentren 20% nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 FrühV).

b) Umsetzung in den Ländern und Kommunen

Die Kostenteilung wird in den Ländern unterschiedlich gehandhabt: Eine pauschale Kostenteilung findet sich in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt und wird in Niedersachsen angestrebt. Die konkrete Kostenteilung wird dabei entweder auf Landesebene vorgegeben (Niedersachsen, Sachsen-Anhalt) oder aber, wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, an die örtliche Ebene delegiert. Hier wird die Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern je nach Konzeption der Einrichtung verhandelt, sodass im Ergebnis für jede Einrichtung eine spezifische Kostenteilung vorliegen wird, den regionalen Besonderheiten wird damit Rechnung getragen. Die Kostenteilung kann sich dabei auf alle Leistungen der Komplexleistung inklusive

Interdisziplinärer Eingangsdiagnostik beziehen oder für diese eine gesonderte Teilung vorsehen.

Die übrigen Landesrahmenempfehlungen sehen eine getrennte Abrechnung der Leistungen mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger vor. Die Erfahrungen in Bayern zeigen allerdings, dass die getrennte Einzelleistungsabrechnung mit einem sehr hohen Verwaltungsaufwand verbunden ist.

c) Klarstellung/ Empfehlung

Die Ausgestaltung der Kostenteilung determiniert die Form der Vergütung: Bei getrennter Abrechnung müssen die Leistungen einzeln vergütet werden, und die zugrunde liegende Definition muss entsprechend auf die einzelnen Leistungen der Komplexleistung bezogen sein. Sofern eine pauschale Kostenteilung vereinbart wird, ist sowohl eine Vergütung einzelner Leistungen als auch eine pauschalierte Vergütung möglich.

Erste Erfahrungen zeigen, dass eine Abrechnung von Einzelleistungen zu einem deutlich höheren Verwaltungsaufwand – und damit verbunden höheren Kosten – führen als die Abrechnung in Form von Pauschalen. Aus diesem Grund wird die pauschalierte Abrechnungsweise empfohlen, die allerdings nur bei einer Vereinbarung der Leistungsträger über eine gemeinsame Finanzierung möglich ist.

9 Anhang: Tabellarische Übersicht zu den Landesrahmenempfehlungen nach § 2 FrühV

Bayern
Berlin
Brandenburg
Hamburg
Hessen
Mecklenburg-Vorpommern
Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein
Thüringen

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Bezeichnung	<i>Rahmenvertrag</i> zur Früherkennung und Frühförderung behinderter von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern.	<i>Rahmenvereinbarung</i> zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin (zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 der Frühförderverordnung zu § 30 SGB IX).	<i>Rahmenvereinbarung</i> zur Umsetzung der Verordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) im Land Brandenburg.	Bezeichnung
In Kraft seit	01.08.2006	01.10. 2005	01.07.2007	In Kraft seit

	Mecklenburg-Vorpommern	Hamburg	Hessen	
Bezeichnung	<i>Landesrahmenempfehlung</i> zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern.	<i>Landesrahmenempfehlung</i> gemäß § 2 Satz 3 der Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung vom 24.06.2003–FrühV) nach §§ 30 Abs. 1 SGB IX im Bereich der Freien und Hansestadt Hamburg.	<i>Vereinbarung</i> zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV).	Bezeichnung
In Kraft seit	01.05. 2005	01.05. 2005	01.01. 2006	In Kraft seit

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Bezeichnung	<i>Rahmenempfehlung</i> zur Umsetzung der Verordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV).	<i>Vereinbarung</i> über das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und der Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Rheinland-Pfalz zur Erbringung der Komplexleistung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder im Rahmen der §§ 119, 43,a SGB V, § 30 SGB IX i.V.m. § 2 Frühförderungsverordnung.	<i>Landesrahmenempfehlung</i> zur Umsetzung der Rechtsverordnung Früherkennung und Frühförderung behinderter von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV). <i>Saarländischer Rahmenvertrag</i> nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Frühförderung.	Bezeichnung
In Kraft seit	01.04. 2005	Rückwirkend zum 01.01.2006	01.04. 2006	In Kraft seit

	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Bezeichnung	<i>Rahmenvereinbarung</i> im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung). <i>Vereinbarung über die Vergütung</i> von Leistungen zur Früherkennung und Diagnostik in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) gemäß § 5 Frühförderungsverordnung (FrühV)	<i>Landesrahmenempfehlung</i> des Landes Sachsen-Anhalt zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV).	<i>Landesrahmenvereinbarung</i> zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (BGBl. I. 2003 S. 998) in Schleswig-Holstein.	<i>Rahmenvereinbarung</i> für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24.06.2003.
In Kraft seit	01.10.2005	01.06.2007	01.04.2007	01.01.2008

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Vereinbarungspartner	<p><u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände;</p> <p><u>Leistungserbringer:</u> Trägerverbände der Interdisziplinären Frühförderung.</p>	<p><u>Leistungsträger:</u> Land Berlin, Krankenkassenverbände.</p>	<p><u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände;</p> <p><u>Leistungserbringer:</u> Liga der freien Wohlfahrtsverbände, Lebenshilfe.</p>	Vereinbarungspartner

	Mecklenburg-Vorpommern	Hamburg	Hessen	
Vereinbarungspartner	<p>Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern;</p> <p><u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände.</p>	<p><u>Leistungsträger:</u> Behörde für Soziales und Familie (BFS), Hamburg, Krankenkassenverbände;</p> <p><u>Leistungserbringer:</u> Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Werner Otto Institut (SPZ), Zentrum für Kindesentwicklung (SPZ), Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten.</p>	<p><u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände.</p>	Vereinbarungspartner

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Vereinbarungspartner	<u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände.	<u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände; <u>Leistungserbringer:</u> Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung	<u>Landesrahmenempfehlung:</u> Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales; <u>Leistungsträger:</u> Krankenkassenverbände; <u>Leistungserbringer:</u> Liga der freien Wohlfahrtspflege, Landesarbeitsgemeinschaft der Träger von Frühförderstellen im Saarland, Sozialpädiatrisches Zent- rum der Kinderklinik Kohlhof. <u>Saarländischer Rahmenvertrag:</u> <u>Leistungsträger:</u> Das Land als zuständigem überört- lichen Sozialhilfeträger, Landkreise und Stadtverband Saarbrücken; <u>Leistungserbringer:</u> Träger der ambulanten Frühförde- rung, Liga der freien Wohlfahrts- pflege.	Vereinbarungspartner
	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Vereinbarungspartner	<u>Rahmenvereinbarung:</u> <u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassen. <u>Vereinbarung über die Vergütung:</u> <u>Leistungsträger:</u> Krankenkassen; <u>Leistungserbringer:</u> Träger der Interdisziplinären Früh- förderung,	<u>Leistungsträger:</u> Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt, Krankenkassenverbände	<u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände	<u>Leistungsträger:</u> Kommunale Spitzenverbände, Krankenkassenverbände

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik</i> <i>Förder- und Behandlungsplan</i>	Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes vom behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit den Interdisziplinären Frühförderstellen.	Voraussetzung für die Inanspruchnahme der sozialpädiatrischen Einrichtungen und die Erstellung eines Behandlungsplans ist die Überweisung durch den niedergelassenen Kinderarzt.	Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik ist durch einen Vertragsarzt oder einen Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu veranlassen. Der Förder- und Behandlungsplan ist von dem für das Kind verantwortlichen Arzt sowie von der für den heilpädagogischen Bereich zuständigen Fachkraft zu unterzeichnen.	Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik</i> <i>Förder- und Behandlungsplan</i>

	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	
Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik</i> <i>Förder- und Behandlungsplan</i>	Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik ist Bestandteil der Komplexleistung und wird durch eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt oder eine/n Ärztin/Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes veranlasst. Das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik wird im Förder- und Behandlungsplan dokumentiert.	Der Förder- und Behandlungsplan ist das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik, die vertragsärztliche Verordnung für medizinisch-therapeutische Leistungen ist die Grundlage für die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans.	Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird nach einer Erstberatung in der Interdisziplinären Frühförderstelle ggf. eingeleitet. Sie ist Bestandteil der Komplexleistung und wird durch einen Vertragsarzt oder einen Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt. Der behandelnde Hausarzt ist durch die Interdisziplinäre Frühförderstelle über das Ergebnis zu informieren. In Abstimmung mit der Bezugsperson des Kindes wird ein Förder- und Behandlungsplan erstellt.	Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik</i> <i>Förder- und Behandlungsplan</i>

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
<p>Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik Förder- und Behandlungsplan</i></p>	<p>Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik in der Interdisziplinären Frühförderstelle wird als Bestandteil der Komplexleistung durch einen Vertragsarzt im Sinne der Krankenkassen veranlasst.</p> <p>Das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik wird im Förder- und Behandlungsplan dokumentiert.</p>	<p>Eine interdisziplinäre Diagnostik im SPZ setzt eine Verordnung eines Kinder- oder Facharztes voraus.</p> <p>Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik im SPZ umfasst die ärztlichen und die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, welche unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.</p>	<p>Interdisziplinäre Frühförderstellen bieten ein offenes Beratungsangebot, hier wird geklärt, ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik angezeigt ist oder Einzelmaßnahmen ausreichen.</p> <p>Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird als Bestandteil der Komplexleistung unter ärztlicher Verantwortung eines Vertragsarztes der Frühförderstelle, der auch durch Kooperationsvertrag eingebunden sein kann, veranlasst.</p> <p>Ist anhand der interdisziplinären Eingangsdiagnostik im SPZ eine Behandlung im Rahmen der Komplexleistung angezeigt, wird mit den Eltern ein Förder- und Behandlungsplan erstellt, dieser enthält auch Angaben durch wen (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder SPZ) die Leistung erbracht werden soll.</p>	<p>Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik Förder- und Behandlungsplan</i></p>

	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Zugang: <i>Interdisziplinäre Diagnostik</i> <i>Förder- und Behandlungsplan</i>	<p>Im Rahmen des offenen Beratungsangebotes wird geklärt, ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik unter ärztlicher Verantwortung eingeleitet werden soll oder ob eine andere Empfehlung angezeigt ist.</p> <p>Voraussetzung ist eine ärztliche Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie.</p> <p>Der Förder- und Behandlungsplan wird in der Interdisziplinäre Frühförderstelle oder im SPZ erstellt.</p>	<p>Der Zugang zu den Komplexleistungen in Interdisziplinären Frühförderstellen erfolgt generell durch Überweisung durch den Haus- bzw. Kinderarzt oder Empfehlung eines Arztes des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).</p> <p>Sofern eine Behandlung nicht in einer Interdisziplinären Frühförderstelle oder von einem geeigneten Arzt durchgeführt werden kann, wird das Kind von seinem Haus- bzw. Kinderarzt oder einem Arzt des ÖGD in ein Sozialpädiatrisches Zentrum überwiesen.</p> <p>Der Förder- und Behandlungsplan ist das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik.</p>	<p>Interdisziplinäre Frühförderstellen sollen einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen und können daher im Rahmen eines offenen Beratungsangebotes zunächst auch ohne Überweisung aufgesucht werden.</p> <p>Voraussetzung für die zu erbringende Komplexleistung ist eine Überweisung und ein genehmigter Förder- und Behandlungsplan.</p> <p>Überweisungsberechtigt sind niedergelassene Fachärzte/-innen für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-physiotherapie, im Einzelfall der /die die Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V durchführende Arzt/ Ärztin.</p>	<p>Interdisziplinäre Frühförderstellen halten ein offenes Beratungsangebot vor. Interdisziplinäre Frühförderstellen, (Kinder-)Ärzte und Ärzte des ÖGD informieren Eltern bei vermutetem Entwicklungsrisiko über Förder- und Behandlungsmöglichkeiten.</p> <p>In IFF: Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes vom verantwortlichen Arzt (§ 26 SGB V) in Zusammenarbeit mit den Interdisziplinären Frühförderstellen.</p> <p>In SPZ: Nach Erstgespräch Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik inkl. Erstellung der Förder- und Behandlungsplans im SPZ.</p>

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>	<p>Der Förder- und Behandlungsplan ist zusammen mit dem Antrag und den sonst erforderlichen Unterlagen vor Beginn der Behandlung zur Prüfung der Kostenübernahme beim örtlichen Sozialhilfeträger vorzulegen. Dieser entscheidet über die heilpädagogischen Leistungen als Bestandteil der Komplexleistung.</p> <p>Der Verfahrensverlauf zwischen den Leistungsträgern richtet sich nach der bilateralen Verfahrensabsprache zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und den kommunalen Spitzenverbänden.</p>	<p>Die erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht.</p> <p>Das Recht der Kostenträger zur Entscheidung über die Umsetzung des Behandlungsplanes gemäß § 8 Abs. 1 FrühV bleibt unberührt.</p>	<p>Der Antrag auf Gewährung von Komplexleistungen soll grundsätzlich an den örtlichen Sozialhilfeträger gerichtet werden, sofern nicht erkennbar ist, dass ein anderer Rehabilitationsträger vorrangig die Leistungen zu erbringen hat.</p> <p>Der zuständige Rehabilitationsträger entscheidet grundsätzlich alleine über den Antrag auf Komplexleistungen auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes.</p>	Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>
	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	
Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>	<p>Der Förder- und Behandlungsplan wird dem zuständigen Rehabilitationsträger zur Entscheidung vorgelegt.</p> <p>Gemäß § 8 Abs. 1 FrühV erfolgt die Entscheidung über die Leistung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplanes.</p>	<p>Komplexleistungen sind zuständigkeitsübergreifend zu erbringen, dabei besteht gegenseitige Informationspflicht der Vertragspartner.</p> <p>Krankenkassen entscheiden über die Anträge auf Frühförderung in einem SPZ.</p> <p>Träger der Sozialhilfe entscheiden über die heilpädagogischen Maßnahmen in der Interdisziplinäre Frühförderstelle, für die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen in der Interdisziplinäre Frühförderstelle gelten die Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie (SGB V).</p>	<p>Der Förder- und Behandlungsplan ist von dem für die Diagnostik verantwortlichen Facharzt (in Interdisziplinärer Frühförderstelle angestellt oder über Kooperationsbeziehung tätig) und einer Fachkraft der Einrichtung zu unterzeichnen und mit zugehörigen Unterlagen beim zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger einzureichen.</p>	Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>	<p>Der Antrag auf Gewährung von Komplexleistungen soll grundsätzlich an den örtlichen Sozialhilfeträger gerichtet werden, sofern nicht erkennbar ist, dass ein anderer Rehabilitationsträger vorrangig die Leistungen zu erbringen hat.</p> <p>Der zuständige Rehabilitationsträger entscheidet grundsätzlich alleine über den Antrag auf Komplexleistungen auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes.</p>	<p>Der Förder- und Behandlungsplan ist von dem für das Kind verantwortlichen Arzt zu unterzeichnen und mit zugehörigen Unterlagen den zuständigen Kostenträgern unverzüglich vorzulegen.</p>	<p>Ist anhand der interdisziplinären Eingangsdiagnostik eine Behandlung im Rahmen der Komplexleistung angezeigt, wird diese dem Fachausschuss* vorgelegt, hier wird über Art und Umfang sowie über den Ort der Leistungserbringung (Frühförderstelle oder SPZ) entschieden.</p> <p>* In dem unter ärztlicher Verantwortung stehenden Fachausschuss sind die Disziplinen der Frühförderstelle und Vertreter des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe vertreten, der MDK und die Träger der Jugendhilfe haben die Möglichkeit, an Sitzungen teilzunehmen, die Eltern sollen ebenfalls einbezogen werden. Der behandelnde Kinderarzt kann an den Sitzungen teilnehmen, ist aber auf jeden Fall über das Ergebnis zu informieren.</p>	Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>
	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Zugang <i>Antrags- und Entscheidungsverfahren</i>	<p>Der Förder- und Behandlungsplan wird den Rehabilitationsträgern vorgelegt.</p> <p>Für die Entscheidung zur Bewilligung der Komplexleistungen bedient sich das Sozialamt der Gesundheitsämter und der jugendärztlichen Dienste und die Krankenkassen bedienen sich des MDK.</p>	<p>Den zuständigen Leistungsträgern werden neben dem Förder- und Behandlungsplan bei Bedarf weitere erforderliche Unterlagen für die Entscheidung zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Ein Antrag auf Gewährung einer Komplexleistung kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden, Dabei sichern die beteiligten Träger der Rehabilitation gemeinsam das Verfahren und entscheiden innerhalb von zwei Wochen (Fristenregelung des § 14 SGB IX) nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplanes über die Leistungen.</p> <p>Die gesetzlichen Krankenversicherungen entscheiden über die Anträge auf Frühförderung in einem SPZ. Die Träger der Sozialhilfe entscheiden über Anträge auf Frühförderung in einer Interdisziplinären Frühförderstelle.</p>	<p>Der Antrag auf Gewährung der Leistungen wird vor Leistungsbeginn bei den örtlich zuständigen Sozialhilfeträgern zur Prüfung der Kostenübernahme der heilpädagogischen Leistungen und übersendet der jeweils zuständigen Krankenkasse eine Kopie des Leistungsbescheids und des Förder- und Behandlungsplans. Eine Genehmigung der vom Arzt im FBP verordneten und im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden medizinisch-therapeutischen Leistungen ist nicht erforderlich.</p>

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Kostenteilung	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Die Entgeltsätze von heilpädagogischen sowie von medizinisch-therapeutischen Leistungen sind neben anderen Details im Anhang festgelegt und werden mit den jeweils zuständigen Leistungsträgern abgerechnet.</p>	<p>Pauschale Abrechnung.</p> <p>Die anteilige Zusammensetzung aus Vergütungen der Krankenkassen und Mitteln des Landes für die vom Sozial- und Jugendhilfeträger zu erfüllenden Aufgaben werden beibehalten.</p>	<p>Pauschale Abrechnung.</p> <p>Die Leistungen der Eingangsdiagnostik trägt die gesetzliche Krankenversicherung zu 85% und der Sozial- bzw. Jugendhilfeträger zu 15%</p> <p>In den Interdisziplinären Frühförderstellen beträgt der Anteil des Sozialhilfeträgers 80% und der der Krankenkassen 20%.</p>	Kostenteilung
	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	
Kostenteilung	<p>Gegenstand der Landesrahmenempfehlung sind nähere Hinweise zu den Anforderungen an Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren. Alles Weitere wird in den Verträgen mit den Leistungserbringern geregelt.</p>	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Die Vergütung durch die zuständigen Rehabilitationsträger erfolgt nach Maßgabe der jeweiligen leistungsrechtlichen Grundlagen (SGB V und SGB XII).</p> <p>Die Abgabe von Heilmitteln (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) setzt eine vertragsärztliche Verordnung voraus, die Heilmittelrichtlinien finden auch im Rahmen der Komplexleistung „Frühförderung“ Anwendung.</p> <p>Die Vergütung der med.-therap. Leistungen erfolgt entspr. der mit den jeweiligen Berufsverbänden niedergelassener Therapeuten abgeschlossener Leistungs- und Vergütungsvereinbarung. Damit sind alle Leistungen abgegolten.</p> <p>Die Vergütung von heilpädagogischen Maßnahmen in der Interdisziplinären Frühförderstelle erfolgt auf der Grundlage einer Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe.</p>	<p>Die Entgelte für die Komplexleistung werden in den Interdisziplinären Frühförderstellen und SPZ in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.</p> <p>Die Finanzierung der Leistungseinheiten erfolgt in der Interdisziplinären Frühförderstelle nach § 75 Abs. 3 SGB XII und hiernach abgeschlossener Rahmenverträge, i.d.R. auf der Basis von Fachleistungsstunden.</p> <p>Die Finanzierung der Leistungseinheiten erfolgt im SPZ auf der Grundlage des § 120 Abs. 2 und 3 SGB V auf der Basis von Behandlungspauschalen pro Quartal.</p>	Kostenteilung

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Kostenteilung	<p>Pauschale Abrechnung.</p> <p>Die Leistungserbringer rechnen die Komplexleistung direkt mit dem für die Entscheidung zuständigen Rehabilitationsträger ab. Näheres wird auf örtlicher Ebene geregelt.</p> <p>Nach § 9 FrühV erfolgt die Aufteilung der Kosten für die Komplexleistung auf der Grundlage pauschalierter Entgelte. Die Rehabilitationsträger vereinbaren die berücksichtigungsfähigen Gesamtkosten vor Ort. Die Abrechnungspauschale wird einrichtungsbezogen unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Interdisziplinären Frühförderstelle individuell vor Ort ermittelt.</p>	<p>Einzelabrechnung:</p> <p>Die Regelungen der Vergütung der medizinischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, sowie der Eingangsdiagnostik erfolgt in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und dem jeweiligen Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung.</p> <p>Die Regelungen der Vergütung der sozialpädagogischen, sonderpädagogischen und psychologischen Leistungen erfolgt in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung zwischen den jeweiligen Kostenträgern und dem jeweiligen Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung. Bereits bestehende Vereinbarungen bleiben unberührt.</p>	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Für die Leistungen zur Früherkennung und Diagnostik und für die Leistungen im Bereich der Förderung und Behandlung besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Träger der gesetzlichen Krankenkassen.</p> <p>Die übrigen Leistungen übernimmt der Träger der Sozialhilfe.</p> <p>Der saarländische Rahmenvertrag beinhaltet die Regelungen zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen. Die Leistungsvereinbarungen umfassen Investitionsbetrag, Grundpauschale und Maßnahmepauschale, wobei die Maßnahmepauschale anhand von Leistungstypen berechnet wird. Frühförderung ist dabei ein Leistungstyp.</p>	Kostenteilung
	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Kostenteilung	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Heilpädagogische Leistungen werden vom jeweils zuständigen Sozialamt übernommen, die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Vereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger.</p> <p>Medizinisch-therapeutische Leistungen werden von den Krankenkassen übernommen, die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Vereinbarungen mit den jeweiligen Krankenkassen.</p>	<p>Pauschale Abrechnung.</p> <p>Die Leistungen der Eingangsdiagnostik im Sozialpädiatrischen Zentrum und in der Interdisziplinären Frühförderstelle trägt die gesetzliche Krankenversicherung zu 80% und der Sozialhilfeträger bzw. Jugendhilfeträger zu 20%.</p> <p>Darüber hinaus beträgt der Anteil des Sozialhilfeträgers für Leistungen in den Interdisziplinären Frühförderstellen 80% und in den Sozialpädiatrischen Zentren 20%.</p> <p>Die gesetzliche Krankenversicherung kommt für die Leistungen in den Interdisziplinären Frühförderstellen zu 20% und in den Sozialpädiatrischen Zentren zu 80% auf.</p>	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Die Eingangs- und Verlaufsdagnostik wird als Pauschale von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet, wenn sich eine Komplexleistung oder eine ausschließlich medizinisch-therapeutische Leistung anschließt.</p> <p>Die Abrechnung der medizinisch-therapeutischen Leistungen erfolgt mit der gesetzlichen Krankenversicherung, die der heilpädagogischen Leistungen mit den zuständigen Sozialhilfeträgern.</p>	<p>Einzelabrechnung.</p> <p>Kosten für die Diagnostik und die Aufstellung des FBP tragen die Krankenkassen.</p> <p>Heilpädagogische Leistungen werden vom jeweils zuständigen Sozialamt übernommen, die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Vereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger.</p> <p>Medizinisch-therapeutische Leistungen werden von den Krankenkassen übernommen, die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Vereinbarungen mit den Krankenkassen.</p>

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Qualitätssicherung	<p>Interdisziplinäre Frühförderstellen müssen Anforderungen des Rahmenvertrages erfüllen und werden durch die örtlichen Sozialhilfeträger in Abstimmung mit den Krankenkassenverbänden zugelassen.</p>	<p>Zur personellen Ausstattung der Einrichtungen gehört ein festes interdisziplinäres Team, der Träger der Einrichtung hat sicherzustellen, dass die für alle Leistungsbereiche erforderlichen Berufsgruppen mit der erwünschten Qualifikation ständig zur Verfügung stehen</p> <p>Die Leistungsträger entwickeln ein Verfahren zur Qualitätsanalyse der Leistungserbringung, welche den Trägern zur Verfügung gestellt werden.</p>	<p>Die räumliche Ausstattung muss behindertengerech angelegt und zur Durchführung der Diagnostik sowie der Förderung/ Behandlung der Kinder und der Beratung der Eltern/ Bezugspersonen geeignet sein. Die für die Diagnostik, Förderung/ Behandlung und Beratung erforderlichen Sachmittel müssen vorhanden sein. Für die Heilmittel-erbringung findet § 124 SGB V Anwendung.</p> <p>Die interessierten Leistungserbringer beantragen die Anerkennung zur Durchführung der Komplexleistung bei den jeweils örtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen und weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach.</p>	Qualitätssicherung

	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	
Qualitätssicherung	<p>Die Interdisziplinären Frühförderstellen müssen die zur Erbringung von Komplexleistungen notwendigen personellen, räumlichen und sächlichen Anforderungen erfüllen.</p> <p>Die Einbindung der nicht festangestellten Fachkräfte in das Team einer Interdisziplinäre Frühförderstelle erfolgt durch verbindliche und vertraglich vereinbarte Kooperationen.</p> <p>An der Erbringung der Komplexleistung interessierte Anbieter müssen nach § 9 Abs. 1 FrühV eine Vereinbarung über die Leistung und ihre Vergütung abschließen.</p>	<p>Interdisziplinären Frühförderstellen sind die Frühförderstellen, die eine Zulassung für die medizinisch therapeutische Versorgung nach § 124 SGB V haben sowie eine Anerkennung durch die örtlichen Sozialhilfeträger vorweisen können.</p> <p>Komplexleistungen im Sinne der Vereinbarung dürfen nur von den hierfür anerkannten und zugelassenen Einrichtungen erbracht werden.</p>	<p>Die Interdisziplinären Frühförderstellen müssen die zur Erbringung von Komplexleistungen notwendigen räumlichen und sächlichen Anforderungen erfüllen. Die erforderlichen personellen Anforderungen müssen intern oder durch fest vereinbarte Kooperationen erfüllt werden.</p> <p>Von der Interdisziplinären Frühförderstelle sind die Nachweise über die Zulassungsvoraussetzungen beim zuständigen Sozialhilfeträger einzureichen und ein entsprechender Antrag auf Zulassung als Interdisziplinäre Frühförderstelle zu stellen.</p> <p>Die Interdisziplinäre Frühförderstelle ist an Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen verpflichtet.</p>	Qualitätssicherung

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Qualitätssicherung	<p>Die Interdisziplinären Frühförderstellen müssen die zur Erbringung von Komplexleistungen notwendigen räumlichen und sächlichen Anforderungen erfüllen. Die erforderlichen personellen Anforderungen müssen intern oder durch fest vereinbarte Kooperationen erfüllt werden.</p> <p>Die interessierten Leistungserbringer beantragen die Anerkennung zur Durchführung der Komplexleistung bei den jeweils örtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen und weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach.</p>	<p>Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der Förderung und Behandlung sind das Konzept der Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung und die individuellen Diagnostik-, Förder- und Behandlungspläne der Kinder. Die Einhaltung dieser Pläne ist anhand einer kindbezogenen Dokumentation zu gewährleisten.</p> <p>Zur Sicherung einer interdisziplinären Zusammenarbeit sollen regelmäßig Team- und Fallbesprechungen durchgeführt werden, in die auch im Wege eines Kooperationsvertrages eingebundenes Fachpersonal einzubeziehen ist.</p>	<p>Die Interdisziplinären Frühförderstellen sowie die Sozialpädiatrisches Team müssen bestimmte personelle Anforderungen erfüllen.</p> <p>Räumliche Ausstattung und Sachmittelausstattung müssen den Anforderungen entsprechend vorgehalten werden.</p>	Qualitätssicherung

	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Qualitätssicherung	<p>Es gelten die Regelungen der §§ 3 und 4 FrühV und § 119 SGB V.</p> <p>Interdisziplinäre Frühförderstellen erbringen ärztliche, nicht-ärztliche therapeutische, (heil)pädagogische/sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Leistungen. Sofern die entsprechenden Berufsgruppen nicht in der Einrichtung arbeiten sind entsprechende Kooperationen herzustellen, welche den Rehabilitationsträgern auf Verlangen nachzuweisen sind. Darüber hinaus müssen sie über eine abgeschlossene Leistungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII verfügen.</p>	<p>Die Räumlichkeiten müssen angemessen für eine ambulante Förderung und Behandlung der Kinder sein sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkräfte gewährleisten.</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 SGB V für Heilmittelleistungserbringer finden Berücksichtigung. Möglichkeiten für Elterngespräche und Teamsitzungen müssen gegeben sein. Dazu gehört auch eine angemessene sächliche Ausstattung.</p>	<p>Von der Interdisziplinären Frühförderstelle sind Nachweise über die Voraussetzung der Anerkennung beim zuständigen Sozialhilfeträger einzureichen und ein entsprechender Antrag auf Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle zu stellen. Die Anerkennung wird im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung von dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger ausgesprochen.</p> <p>Für die Erbringung der Leistungen ist eine abgeschlossene Leistungs- und Vergütungsvereinbarung zwischen den Rehabilitationsträgern und dem Leistungserbringer notwendig.</p> <p>Das Sozialpädiatrische Zentrum richtet seinen Antrag auf Teilnahme an der Versorgung mit Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung an die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung. Die GKV informieren die Sozialhilfeträger hierüber.</p>	<p>Die Frühförderstelle beantragt die Anerkennung als IFF bei der Arbeitsstelle Frühförderung im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Die Unterlagen enthalten u.a. Konzeption, Antrag auf Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle, Raumskizze, Qualifikationsnachweise des Personals, Feststellungs- und Honorarverträge. Über die Anerkennung entscheidet die Arbeitsstelle Frühförderung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassenverbänden und den Sozialhilfeträgern einvernehmlich.</p> <p>Erbringt ein SPZ Komplexeleistungen gelten die Voraussetzungen mit der Zulassung § 119 SGB V. Der Träger des SPZ schließt mit den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträgern eine Leistungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII ab.</p>

	Bayern	Berlin	Brandenburg	
Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>	<p>Für den medizinisch therapeutischen Bereich sind Fachkräfte aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Sprachtherapie vorzuhalten.</p> <p>Für den sozial-heilpädagogischen Bereich und für den psychologischen Bereich ist jeweils mindestens eine Fachkraft vorzuhalten.</p> <p>Eine Festanstellung der Leitung sowie eines Vertreters aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich, eines Vertreters aus dem heilpädagogischen Bereich und eines Vertreters aus dem psychologischen Bereich wird aus Qualitätsgesichtspunkten erwartet.</p>	Keine Angaben.	<p>Eine Interdisziplinäre Frühförderstelle muss mindestens drei festangestellte Fachkräfte aus dem heilpädagogischen Bereich und zwei festangestellte Fachkräfte aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich haben.</p> <p>Die Interdisziplinäre Frühförderstelle muss mindestens zwei unterschiedliche Fachgebiete aus dem heilpädagogischen Bereich und zwei unterschiedliche Fachgebiete aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich abdecken.</p>	Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>

	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	
Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>	<p>Eine Interdisziplinäre Frühförderstelle sollte mindestens drei festangestellte Fachkräfte beschäftigen, wobei sowohl die pädagogische als auch die medizinisch-therapeutische Berufsgruppe vertreten sein muss.</p>	Keine Angaben.	<p>Eine Interdisziplinäre Frühförderstelle muss mindestens 3 festangestellte pädagogische Fachkräfte und mindestens 3 festangestellte medizinisch-therapeutische Fachkräfte jeweils in Voll- oder Teilzeit vorweisen.</p>	Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>

	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	
Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>	Keine Angaben.	Keine Angaben.	In einer Interdisziplinären Frühförderstelle sollen in der Regel mindestens drei Vollzeitstellen mit festangestellten Fachkräften aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich vorgehalten werden.	Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>

	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Personelle Anforderungen: <i>Angaben zur Anzahl der zu besetzenden Stellen</i>	Keine Angaben.	In Interdisziplinären Frühförderstellen müssen mindestens 3 festangestellte Fachkräfte in Voll- oder Teilzeit vorgehalten werden, wobei aus dem pädagogischen Bereich und auch Fachkräfte aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich vertreten sein müssen.	In der Interdisziplinären Frühförderstelle sind mindestens drei Fachkräfte für den medizinisch-therapeutischen Bereich (ganztätig) und ein/e weitere/r Mitarbeiter/-in aus dem heilpädagogischen Bereich zu beschäftigen.	Keine Angaben.