



Büro für **Sozialwissenschaften**

Prof. Dr. Armin **Sohns**

Evaluation und Praxisbegleitung

Am Schaftrieb 17

63589 Linsengericht

Tel. 06051/475812

Fax. 06051/475811

e-mail: sowiso@aol.com

ArminSohns@t-online.de

15. April 2003

Gutachten zum Ambulanzbereich des Förderungsentrums für Kinder bei der Landeshauptstadt Düsseldorf

(Gesamtgutachten)

gemäß Auftrag vom 27. Mai 2002

Inhalt

2	1. Einführung
4	2. Organisationsform des Förderungszentrums
5	2.1. Rahmenziele und Leitbild
5	2.2. Rechtlicher Bezug
5	3. Bestandsaufnahme der Angebote
5	3.1. Fachliche Angebote
5	3.2. Personal
6	3.3. Klientel
6	3.3.1. Bedarf
7	3.3.2. Betreuungsraten
7	3.3. Alter der Kinder
8	3.4. Auffälligkeiten und Diagnosen der Kinder
9	4. Arbeitsweise des Förderungszentrums
9	4.1. Vermittlung
9	4.2. Anmelde- und Aufnahmeverfahren
10	4.3. Verfahren der interdisziplinären (Eingangs- und Verlaufs-) Diagnostik und der Förderplanerstellung
10	4.4. Wartelisten-Verfahren
11	4.5. Laufende Betreuungstätigkeit
12	4.6. Vielfalt der Aufgabenfelder
13	5. Neuregelungen des SGB IX
13	5.1. Definition der Komplexleistung
13	5.2. Inhaltliche Kriterien für die Komplexleistung
15	5.3. Aufgabenfelder der Komplexleistung
16	6. Auswirkungen der Neuregelungen auf das Förderungszentrum
16	6.1. Stellenwert der interdisziplinären Frühförderstellen
17	6.2. Ausgestaltung der Aufgabenfelder
19	6.3. Ablauf der Eingangsdiagnostik
20	6.4. Änderung von Arbeitsabläufen
21	6.5. Aufgabenfelder im Rahmen freiwilliger Leistungen
23	7. Finanzierung
23	7.1. Zuständigkeit der Kostenträger
25	7.2. Berechnungsgrundlage
27	7.3. Modellrechnung
29	7.4. Kostenberechnung

I. Einführung

Frühförderung hat in den letzten 30 Jahren bundesweit zunehmend an Bedeutung gewonnen. In über 1.000 Einrichtungen sind inzwischen präventive und unterstützende Angebote für Kinder im Vorschulalter und ihre Familien etabliert. Inhaltlich haben sich dabei seit dem sogenannten „Paradigmawechsel“ in der Frühförderung Schwerpunkte der medizinisch-therapeutischen Behandlung der Kinder gewandelt zu einer sogenannten „ganzheitlichen“ familienorientierten Betreuung im Rahmen einer *interdisziplinären* Frühförderung. Der Bundesgesetzgeber hat dem Rechnung getragen und im Juni 2001 das Rehabilitationsgesetz verabschiedet, das dieser neuen inhaltlichen Ausrichtung Rechnung trägt. Damit hat er auch den Anspruch verbunden, die klassisch getrennten Bereiche pädagogischer Hilfen (Eingliederungshilfe) und medizinisch-therapeutischer Hilfen in einem Gesetz zusammen zu fassen und Kostenträgerschaften neu zu ordnen. Zur Vorbereitung der weiteren fachlichen Ausgestaltung der Frühförderangebote wurde gemäß §20 Abs.3 SGB IX unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der Vertreter der Träger, Kostenträger und Fachverbände ein gemeinsames Konzept erarbeiten sollten.

Die Stadt Düsseldorf hat das vorliegende Gutachten am 27. Mai 2002 in Auftrag gegeben, um frühzeitig für ihre Frühförderplanung Planungen und ggf. Umstrukturierungen zur Anpassung an die neuen gesetzlichen Grundlagen vornehmen zu können. Der Auftrag unterteilt sich inhaltlich in zahlreiche Themenbereiche, die mit ihren spezifischen Fragestellungen in die Struktur des Gutachtens eingebettet wurden. Als besonderes Ziel des Gutachtens ist „die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Ambulanzbereichs bei gleichzeitiger Sicherung der Qualität und Qualitätsentwicklung“ in den Vordergrund gestellt (Anlage 1 zum Auftrag vom 27.05.2002). Dabei wird angestrebt

- Sich an vergleichbaren Mindeststandards auf Bundes- und Länderebene zu orientieren,
- die entwickelten Qualitätsstandards abzusichern und
- die Wirtschaftlichkeit des Ambulanzbereiches zu erhöhen bzw. zu erreichen (ebda.).

In einem I. Modul wurde bereits am 15. Oktober 2002 in einem Vorgriff eine „Bestandsaufnahme der Angebote und Arbeitsweise des Ambulanzbereiches des Förderungszentrums für Kinder als interdisziplinär arbeitende Frühförderstelle“ vorgelegt. Dieses Zwischengutachten bot die Möglichkeit, Ergebnisse der im Rahmen des Gesamtgutachtens notwendigen Beschreibung der derzeitigen Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen bereits im Vorfeld aus Trägersicht zu reflektieren und vorzeitig detailliertere Einblicke in die Alltagsarbeit zu erhalten (Kapitel 2-4 des Gutachtens). Es wird nachfolgend vervollständigt durch die Aufarbeitung der gesetzlichen Vorgaben für die Angebotsstruktur des Förderungszentrum einschließlich einer Kostenberechnung und eines Entwurfs für eine Leistungsvereinbarung.

Die abschließende Erstellung dieses Gutachtens wurde auf Wunsch des Auftraggebers mehrfach verschoben, um überregionale Vorgaben in die Beurteilung aufnehmen zu können. Inhaltlicher Ansatzpunkt für die Konzipierung der künftigen Arbeit des Förderungszentrum sollen dabei zum einen die Vorgaben der BAR-Arbeitsgruppe sein. Diese Arbeitsgruppe hat in zahlreichen Sitzungen zwischen September 2001 und Juni 2002 ein sehr detailliertes Kon-

zept zur Umsetzung der Vorgaben des SGB IX bis zur letzten Sitzung einvernehmlich ausformuliert, schließlich jedoch nicht verabschiedet. Die BAR hat dem Bundesarbeitsministerium (BMA) als Auftraggeber am 26.06.2002 mitgeteilt, dass eine einvernehmliche Regelung nicht zustande gekommen sei. Das BMA hat daraufhin angekündigt, eine eigene Rechtsverordnung zu erlassen. Auch nachträglich stattgefundenen Treffen der BAR-Arbeitsgruppe (im September und November) konnten keine einvernehmliche Regelung zwischen den Beteiligten herbei führen, führten jedoch zu einer Verzögerung der Rechtsverordnung. In einer Absprache am 17.01.2003 wurde zwischen Auftraggeber und Ersteller des Gutachtens vereinbart, als fachliche Grundlage des Gutachtens neben dem SGB IX selbst insbesondere die bislang erarbeiteten Formulierungen der BAR-Arbeitsgruppe, wie sie im Juni 2002 zur Abstimmung standen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2002), zu Grunde zu legen. Nachdem das Bundesministerium zwischenzeitlich ankündigte, eine Rechtsverordnung rechtzeitig zur Annahme durch den Bundesrat am 11.04.2003 vorzulegen, wurde am 04. März vereinbart, den Abgabetermin für dieses Gutachten erneut zu verlegen, um einen Aktualitätsverlust durch eine verbindliche inhaltliche Ausgestaltung zu vermeiden. Leider konnte auch diese Frist vom Bundesministerium nicht eingehalten werden, so dass lediglich ein Verordnungsentwurf (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003) berücksichtigt werden konnte.

Unabhängig von der fehlenden bundesweiten Verbindlichkeit der Vorschläge zur Ausgestaltung des SGB IX sind die BAR-Empfehlungen bislang einziger Anhaltspunkt für eine fachliche Ausgestaltung. Zudem ist es von Interesse für die einzelnen Kommunen, die erarbeiteten Formulierungen bzgl. ihrer Auswirkungen auf die eigene Region zu überprüfen – sowohl in Bezug auf fachliche Verbesserungen, als auch der Effektivierung von Maßnahmen und hinsichtlich der Umgestaltung von Kostenträgerschaften.

Für die Stadt Düsseldorf erscheint dies besonders interessant, da das Förderungszentrum als „interdisziplinäre Frühförderstelle“ in eigener Trägerschaft durch eine für die deutsche Frühförderung untypische Struktur gekennzeichnet ist, insbesondere durch den hohen Anteil an medizinisch-therapeutischen Fachkräften, der bislang eher den Status eines therapeutischen oder sozialpädiatrischen Zentrums als den einer interdisziplinären Frühförderstelle nahe legt.

Dieser schwerpunktmäßig medizinisch-therapeutischen Ausrichtung im ambulanten Teil steht im teilstationären Teil der Kindertagesstätte ein schwerpunktmäßig pädagogischer Teil (v.a. abgedeckt durch Erzieherinnen) gegenüber. Es wird zu prüfen sein, ob der Forderung des SGB IX nach einer „ganzheitlichen Frühförderung“ dahingehend entsprochen werden kann, dass die Fachkräfte künftig stärker als „Frühförderfachkräfte“ geschult werden, die gemäß ihrer Grundausbildung unterschiedliche Schwerpunkte abdecken und je nach Bedarfsfall für die Betreuung von Kind und Familie eingesetzt werden können.

Im Gesundheitsbericht der Stadt Düsseldorf zum Thema „Chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in Düsseldorf“ werden „Schnittstellenprobleme bei der Finanzierung von notwendigen Hilfen (beschrieben): Aufgrund unterschiedlicher Kostenträger im differenzierten Rehabilitationssystem und im Einzelfall nicht zu klärenden Zuständigkeiten entsteht keine oder eine unvollständige Leistungserbringung mit negativer Konsequenz für die Erreichung von Rehabilitationszielen. Dies gilt besonders

für den Bereich der psychosozialen und pädagogischen Hilfen“ (Kommunale Gesundheitsberichterstattung in der Landeshauptstadt Düsseldorf, 6).

Dementsprechend sind auch die im Gutachterauftrag hervorgehobenen Kernfragen nach Art und Umfang sowie der Häufigkeit von Therapie- und Fördereinheiten besonders zu reflektieren. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem SGB IX keine detaillierte Zuschreibung von Kostenträgerzuständigkeiten vorweg genommen, jedoch einige Akzentverschiebungen vorgegeben:

Werden einerseits die Zuständigkeiten der Krankenkassen für medizinische und medizinisch-therapeutische Leistungen, der örtlichen Sozialhilfeträger für ambulante pädagogisch-psychologische Frühförderhilfen und der überörtlichen Sozialhilfeträger für teilstationäre Eingliederungshilfen grundsätzlich beibehalten, wurden den Krankenkassen die Aufgabenfelder der Eingangsdiagnostik und der Förder- und Behandlungsplanerstellung in ihrer gesamten interdisziplinären Breite zugeordnet.¹

Der Bund verspricht sich hiervon eine Harmonisierung der Frühförderleistungen und eine erhöhte Fachlichkeit, die Krankenkassen eine Effektivierung und bessere Abstimmung von medizinischen Maßnahmen, insbesondere ärztlich verordneter Therapien und damit letztendlich auch eine erhöhte Wirtschaftlichkeit. Die Kommunen als örtliche Sozial- und Jugendhilfeträger versprechen sich mit der Umsetzung des Bereichs Frühförderung aus dem SGB IX eine finanzielle Entlastung, in dem einzelne Aufgabenfelder v.a. im Bereich der Diagnostik und Förderplanerstellung in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen wechseln. Dies dürfte – je nach Einzelfall unterschiedlich – durch Mehranforderungen im Bereich der interdisziplinären Kooperation und der Qualität der Leistungen (v.a. der Qualifikationen der Fachkräfte) kompensiert werden. Es bleibt mit dem SGB IX eine erhöhte Koordination und Fachlichkeit der Frühförderangebote zu erwarten, deren Auswirkungen (z.B. im präventiven Bereich) im Zusammenhang mit anderen kommunalen Aufgabenfeldern (z.B. der Jugendhilfe oder dem Sonderschulwesen) zu sehen sind.

Die Empfehlungen der BAR-Arbeitsgruppe sind auch unter dem Aspekt zu bewerten, dass in den 16 Bundesländern völlig unterschiedliche Strukturen an Frühförderung entstanden sind: Von einer primär von Sonderschulen ausgehenden sehr dezentralen und mobilen Struktur in Baden-Württemberg über schwerpunktmäßig pädagogische Frühförderstellen mit intensiver Landesunterstützung, z.B. in Hessen,² bis hin zu einer primären oder ausschließlichen Versorgung durch Sozialpädiatrische Zentren in den Stadtstaaten oder Rheinland-Pfalz. Die Länder haben insofern keine abgestimmte konzeptionelle Struktur. Die neun der sechzehn Bundesländer, die die Frühförderung mit eigenen Mitteln unterstützen, regeln zumeist auch den Einsatz ihrer Mittel zur Verbesserung qualitativer Standards durch eigene Richtlinien – mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Die Vorlage der BAR-Arbeitsgruppe sieht zwei zentrale Einrichtungsformen als Anbieter für Frühförderleistungen vor: Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und interdisziplinäre Frühförderstellen. Sie

¹ Die Krankenkassen rechnen entsprechend auch mit bundesweiten Mehrkosten von ca. 25 Mio. EURO (vgl. Tagung im Rahmen der RehaCare in Düsseldorf 2001).

² Hier werden ca. 4,5 Mio. EURO jährlich an Landesmitteln (durch Landeswohlfahrtsverband und Sozialministerium) für die Frühförderstellen bereit gestellt, v.a. für interdisziplinäre Kooperation und die Betreuung von Regelkindertagesstätten; NRW gehört zu den 7 Bundesländern, in denen es keinerlei landesweite Unterstützung der Frühförderangebote gibt

schließt jedoch andere Formen (z.B. teilstationäre Betreuungseinrichtungen) nicht ausdrücklich aus.

Die Angebotsstruktur in Düsseldorf ist gekennzeichnet durch 3 anerkannte SPZ und weitere klinische Einrichtungen und 2 ambulante Frühförderstellen. Die SPZ sind als interdisziplinär besetzte – ärztlich geleitete – Anlaufstellen mit einer reinen Komm-Struktur konzipiert. SGB V regelt ihre Zulassung (§§96 und 119) und ihre personelle Besetzung (§43a). Sie sind per Gesetz gegenüber den Frühförderstellen und niedergelassenen Ärzten nachrangig: Ihr Behandlungsauftrag ist auf „diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten“ (§ 119, SGB V).

Die Frühförderstellen sind dezentraler und niedrigschwelliger organisiert, sie beschäftigen bislang entweder ausschließlich pädagogisch-psychologische Fachkräfte (gemäß §40 BSHG) oder haben zusätzlich medizinisch-therapeutische Fachkräfte (über die gesetzliche Krankenversicherung) integriert. Ihr Schwerpunkt ist die mobile Tätigkeit in den Familien oder Kindertagesstätten (bundesweit ca. 80% mobile Tätigkeit). Konzeptionell haben sie sich zu ressourcen- und familienorientierten Einrichtungen entwickelt, deren Arbeit nicht mehr nur auf die Behinderung oder Auffälligkeit des Kindes bezogen ist. SGB IX fordert nun den Zusammenschluss zu einer interdisziplinären Frühförderstelle im Rahmen einer „ganzheitlich“ orientierten Arbeit (§4 Abs.1 Satz 4)³.

Die Stadt Düsseldorf ist mit 3 von bundesweit 108 Einrichtungen sehr großzügig mit SPZ ausgestattet, die möglicherweise auch Aufgaben der niedrigschwelliger konzipierten ambulanten Frühförderangebote mit übernehmen.

Auch die beiden Frühförderstellen in Düsseldorf arbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Beide halten ambulante Frühförderangebote vor und haben in ihre Einrichtungen ebenfalls teilstationäre Kindertagesstätten-Angebote integriert, die Lebenshilfe-Einrichtung jedoch an getrennten Standorten. Der hier zu untersuchende Teil des Förderungszentrums arbeitet vorwiegend ambulant (d.h. in eigenen Räumlichkeiten) mit überwiegend medizinisch-therapeutischem Personal, die Frühförderstelle der Lebenshilfe hingegen vorwiegend mobil mit rein pädagogischem Personal. Insofern bringt das Förderungszentrum personell die Voraussetzungen einer interdisziplinären Frühförderstelle im Sinne einer „Komplexleistung Frühförderung“ mit, die Lebenshilfe-Einrichtung entspricht noch nicht den Vorgaben der BAR-Arbeitsgruppe an eine *interdisziplinäre* Frühförderstelle. Hier sind die Ansätze der Arbeitsgruppe zur sogenannten „Korridor-Finanzierung“ von Interesse.⁴

³ Der Begriff „ganzheitlich“ ist bislang juristisch nicht abschließend definiert. Er trägt jedoch den fachlichen Ansprüchen Rechnung, neben einer Funktionsbeeinträchtigung des Kindes alle weiteren Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Kindes in ihr Betreuungsangebot einzubeziehen.

⁴ diese sieht eine prozentuale Beteiligung des Kostenträgers Krankenkasse bei interdisziplinären Frühförderstellen zwischen 20% und 45% vor. Im weiteren Verlauf der Verhandlungen wurden solche Vorgaben wieder aus dem Text heraus genommen, in dem Verordnungsentwurf des Bundessozialministeriums wird jedoch als Soll-Vorgabe für die kommunalen Kostenträger eine Obergrenze von 80% bei interdisziplinären Frühförderstellen und 20% bei Sozialpädiatrischen Zentren wieder aufgenommen. Für das Förderungszentrum mit seinem hohen – sogar überwiegendem – Anteil an medizinisch-therapeutischem Fachpersonal könnte ein solcher Korridor voll ausgeschöpft werden. Gegenzurechnen wäre hierbei allerdings die finanzielle Beteiligung an den SPZ (die in zahlreichen anderen Bundesländern nicht besteht), die die derzeitige Mitfinanzierung der Stadt als örtlicher Sozialhilfeträger ersetzte (vgl. Kap. 7.4.-).

2. Organisationsform des Förderungszentrums

Das Förderungszentrum untergliedert sich in einen ambulanten und einen teilstationären Zweig. Der teilstationäre Zweig besteht aus 5 integrativen und 5 heilpädagogischen Gruppen an drei unterschiedlichen Standorten, in denen 2001 113 Kinder betreut wurden, von denen 67 (59,3%) den Status „behindert oder von Behinderung bedroht“ i.S. des §39 BSHG hatten. 63% dieser Kinder wurden in heilpädagogischen Gruppen betreut. Gegenstand dieser Untersuchung ist ausschließlich der ambulante Bereich des Förderungszentrums, der jedoch auf Grund personeller Überschneidungen mit dem teilstationären verflochten ist. Hier sind negative und positive Auswirkungen (Synergieeffekte) zu beleuchten.

Das Förderungszentrum definiert sich als interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne des SGB IX. Während sich die Frühförderstellen bundesweit überwiegend durch den Schwerpunkt der pädagogischen Frühförderung als Umsetzung der bislang durch das BSHG (§40) angebotenen „heilpädagogischen Maßnahmen“ auszeichnen, zeigt die personelle Besetzung des Förderungszentrums einen eindeutigen Schwerpunkt im medizinisch-therapeutischen Bereich.

2.1. Rahmenziele und Leitbild

Das „Förderungszentrum“ strebt als „interdisziplinäres Zentrum der Frühförderung“, an, „eine unverzügliche Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, von den ersten Lebenswochen an (zu sichern)“ (Rahmenziele 2000-2004, Pkt. 1).

Es bettet sich ein in die Grundlagen des *Leitbildes für das Jugendamt Düsseldorf* (1999), das sich eine lebensweltorientierte Dienstleistung zur Stärkung einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zum Ziel setzt (ebda., Pkt. 1). Dabei stellt sich das Leitbild bewusst in das Spannungsfeld zwischen den grundlegenden Zielen

1. Personalqualität mit Fachlichkeit durch Ausbildung, Fortbildung und kollegiale Beratung (Pkt. 5), vs.
2. Wirtschaftlicher Umgang mit den begrenzten öffentlichen Mitteln (Pkt. 7),

bekannt sich aber zu den inhaltlichen Anforderungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen (einschließlich eines Benchmarking, Pkt. 9), wobei freie Träger ausdrücklich einbezogen werden (Pkt. 8).

Das Förderungszentrum leitet daraus ebenfalls besondere Ziele für seine Arbeit ab, insbesondere

1. Die Interdisziplinarität der Hilfeangebote (Pkt. 2),
2. die zunehmende Beteiligung von Familien an der Entwicklung bedarfsgerechter Angebote (Pkt. 3),
3. Bedarfsdeckung an heilpädagogischen Kindertagesstätten-Plätzen (in integrativen und heilpädagogischen Gruppen), Erweiterung der integrativen Angebote (Pkt. 4),
4. und als besonderer Schwerpunkt wird angestrebt, ein Konzept zur adäquaten Förderung von verhaltensauffälligen Kindern im Vorschulalter (gemeinsam mit anderen Trägern der Jugendhilfe) zu entwickeln und zu realisieren (Pkt. 6).

Die Rahmenziele und das Leitbild haben somit in weiten Teilen die neue inhaltliche Ausrichtung im Zuge des SGB IX inhaltlich vorweg genommen (vgl. Kap. 5.2.).

Darüber hinaus besteht der Anspruch, andere Träger und Kindertagesstätteneinrichtungen zu unterstützen und zu beraten (Pkt. 4). Aus Sicht des städtischen Förderungszentrums stellt sich demnach nicht die Frage nach Konkurrenz zu den Einrichtungen in freier Trägerschaft, vielmehr ist einerseits kollegiale Kooperation das Ziel. Darüber hinausgehend wird aber auch die fachliche Zusammenarbeit und damit eine Leitrolle im Verbund der Einrichtungen angestrebt, die zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung im Stadtgebiet beitragen soll (Pkt. 5).

2.2. Rechtlicher Bezug

Im Förderungszentrum muss nicht zur Feststellung der Kostenträgerschaft bei jedem Kind zwischen einzelnen rechtlichen Bestimmungen im Einzelfall differenziert werden, entsprechend findet auch kein Kostenausgleich zwischen Sozial- und Jugendamt statt. Die Praxis zeigt bundesweit, dass dies bei einer Vielzahl der Kinder im Vorschulalter fachlich noch gar nicht möglich ist und dort, wo es von Kostenträgern dennoch vorgeschrieben wird, zu eher willkürlicher Zuordnung oder gar zu aufreibenden Zuständigkeitsauseinandersetzungen führt, die sich nicht nur belastend auf die Verwaltung, sondern v.a. auf Kind und Familie auswirken.

Angeboten werden sowohl medizinisch-therapeutische Maßnahmen auf ärztliche Veranlassung nach den §§ 32 und 70 SGB V (v.a. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) als auch pädagogische Förderung nach BSHG (§40 Abs.1 Pkt.2) oder – bei Kindern mit seelischen Auffälligkeiten – nach §10 i.V. mit bspw. §35a KJHG. Seit 01.07.2001 sind diese Leistungen als sogenannte Komplexleistung im SGB IX zusammengefasst. Die fachliche Ausgestaltung ist jedoch bislang noch nicht verbindlich erfolgt (daher erfolgte bislang noch keine abschließende Festlegung, ob neben der „Komplexleistung Frühförderung“ durch das Förderungszentrum künftig auch weiterhin Leistungen nach SGB V, KJHG oder BSHG erbracht werden).

3. Bestandsaufnahme der Angebote

3.1. Fachliche Angebote

Zwischen ambulantem und teilstationärem Zweig des Förderungszentrums besteht die Möglichkeit, die Angebote je nach Ressourcen und Bedarf zu variieren. Für die betreuten Kinder und ihre Bezugspersonen werden so verschiedene Angebote vorgehalten, die flexibel eingesetzt werden können, insbesondere

- eine ärztliche (neuropädiatrische) Untersuchung,
- psychologische Begleitung (insbesondere der Bezugspersonen einschließlich des Fachpersonals),
- verschiedene medizinisch-therapeutische Angebote, untergliedert in
 - Ergotherapie,
 - Physiotherapie
 - Sprachtherapie
 - Psychomotorik
- (heil-) pädagogische Förderung mit dem Schwerpunkt heilpädagogischer Gruppen,
- Sozialarbeit mit verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten

3.2. Personal

Für den ambulanten Bereich steht als Personal zur Verfügung:

- 6,0 Stellen für medizinisch-therapeutische Maßnahmen,
- die sich mit weiteren 13,0 Stellen für die teilstationäre Betreuung der Tagesstätte ergänzen. Hiervon verfügen alle Physiotherapeutinnen (7 Fachkräfte) und eine (von 5) Ergotherapeutinnen über eine Bobath- oder Vojta-Ausbildung. Alle Ergotherapeutinnen, 2 Physiotherapeutinnen und eine Motopädin verfügen eine Zusatzqualifikation in „Sensorischer Integration“. Alle Motopädinnen (4 Fachkräfte) und eine (von vier) Sprachtherapeutinnen verfügen übereine einjährige Zusatzausbildung „Psychomotorik“. Darüber hinaus finden sich bei den Fachkräften weitere spezifische Qualifikationen, bspw. zur Affolter-Behandlung, Feldenkrausausbildung, Mukoviszidose-Behandlung, Mundtherapie nach Castillo Morales, Psychomotorik, Lernstörungen, sowie zusätzliche grundständige Ausbildungen wie Krankenschwester, Gymnastiklehrerin, Diplom-Rhythmik-Studium.
- 2,0 Stellen für (heil) pädagogische Frühförderung
- besetzt durch Erzieherinnen mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation
- 0,5 Stellen für Sozialarbeit
- besetzt durch einen Diplom-Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit einer Zusatzausbildung in systemischer Familienberatung
- 0,5 Stellen für psychologische Beratung
- besetzt durch eine Diplom-Psychologin mit einer Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie
- 0,3 Stellen für ärztliche Untersuchungen
- besetzt durch eine Fachärztin für Neuropädiatrie.

Insgesamt zeugen die umfangreichen Weiterbildungs-Qualifikationen von hohen Ansprüchen der Einrichtung bzw. des Kostenträgers und von der Möglichkeit für die Fachkräfte, Fort- und Weiterbildungsqualifikationen zu erwerben.

Als Vorgabe für die von einer Fachkraft zu leistenden Förder-, Therapie- oder Beratungseinheiten werden für die ärztliche Fachkraft pro Woche 7 Behandlungseinheiten (für den ambulanten und teilstationären Bereich) zu Grunde gelegt. Für die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte werden bei den Fachgruppenleitungen 28 und bei den therapeutischen Fachkräften ohne Leitungsfunktion 32 Einheiten pro Woche erwartet, das entspricht einem Jahres-Soll von 1.250 Einheiten bei einer 40-Stunden-Stelle.

Für den teilstationären Bereich stehen neben dem Schwerpunkt der erzieherischen Fachkräfte (Erzieher, Jahrespraktikant, Springer) mit einem Umfang von 3,3 Stellen pro integrative oder heilpädagogische Gruppe ebenfalls Budgets für spezifische Fachkräfte zur Verfügung:

1. 13 Stellen medizinisch-therapeutisches Personal,
2. 1,0 Stellen Psychologie,
3. 0,9 Stellen Sozialarbeit,
4. 0,1 Stelle für ärztliche Untersuchungen.

Durch die Möglichkeit der teilweise variablen Zuordnung zwi-

5 Nicht alle dieser im Stellenplan ausgewiesenen Stellen sind derzeit besetzt: 0,25 Stellen für Sprachtherapie und 0,75 für Psychomotorik sind zum Zeitpunkt der Erhebung unbesetzt

schen ambulantem und teilstationärem Bereich bei z.T. gemeinsamer räumlicher Unterbringung lassen sich die Angebote je nach fachlichem Bedarf oder bestehenden Ressourcen variieren. Das bedeutet gleichzeitig, dass der Stellenumfang, mit denen die Fachkräfte im ambulanten Bereich eingesetzt werden, ebenfalls variiert: Für die verschiedenen Jahres- und Zwischenberichte errechnen sich bei Auswertung der durchgeführten Einheiten stets veränderte Stellenanteile (vgl. Kap. 4.5.). Dies erschwert eine administrative Kontrolle, ist jedoch im Interesse eines flexiblen – klientenorientierten – Angebotes wünschenswert. Hier kann ein modifiziertes Berechnungsmodell über Betreuungseinheiten für höhere Transparenz sorgen, ohne dass die Synergieeffekte zwischen ambulantem und teilstationärem Bereich leiden (vgl. Kap. 7.2.).

Insgesamt steht dem Förderungszentrum ein hoher Personalstamm mit vielfältigen Qualifikationen (vorwiegend im medizinisch-therapeutischen Bereich) zur Verfügung, der es ermöglicht, für die individuellen therapeutischen Bedürfnisse der Kinder fachspezifische Hilfen zu erarbeiten.

3.3. Klientel

Frühförderung ist ein Angebot der Eingliederungshilfe mit stark präventivem Charakter. Dem Gesetzgeber und den Kostenträgern lag stets in besonderem Maße daran, den Eltern und Kindern Hilfestellungen besonders früh („so früh wie möglich“) anzubieten, um Entwicklungsstörungen zu lindern oder weitere Verfestigungen von Auffälligkeiten oder Folgeschäden von Behinderungen zu vermeiden. Häufig erfolgt jedoch die Klage, bedürftige Kinder kämen zu spät zu einer Betreuung, obwohl eine Auffälligkeit schon zuvor zu erkennen gewesen sei. Ebenso lässt sich bundesweit feststellen, dass ein Großteil der Kinder, die ein Anrecht auf Frühfördermaßnahmen besitzen, diese nicht wahrnehmen und z.T. erst mit der Einschulungsuntersuchung erstmals als „auffällig“ erkannt werden.⁶

3.3.1. Bedarf

Als Bedarf für Frühförderung hat sich in den 90er Jahren eine Quote von ca. 6% der Kinder im Vorschulalter seriöserweise etabliert (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 1997, 17; Sozialministerium Baden-Württemberg 1998, 8). Bei den bis dato ausgewerteten Untersuchungen (Sohns 2000, 268ff) mit Zahlen aus 9 Bundesländern hat lediglich Baden-Württemberg (mit 4,96% aller Kinder im Vorschulalter) diese Quote annähernd erreicht, an letzter Stelle lag Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 0,77% (Koch 1999) bzw. 1,35% (Sohns 2002). Dennoch kann die Tatsache, dass nicht einmal ¼ aller Eltern, deren Kinder ein Anrecht auf pädagogische Frühförderung hätten, diese in Anspruch nehmen, auch im Hinblick auf die späteren Entwicklungsprognosen der Kinder nur als unbefriedigend beurteilt werden, zumal die nicht erfassten Kinder zum großen Teil mit der Einschulung in Sonderschulen aufgenommen werden

3.3.2. Betreuungsraten

Interessant ist nun, diese Erfassungsraten mit denen der Stadt Düsseldorf zu vergleichen. Im Oktober 2000 wurden durch die Ambulanz des Förderungszentrums 270 Kinder betreut, davon 73% (197) im Vorschulalter. Hinzu kommen 62 Kinder (und 10 Kinder der Warteliste) durch die Frühförderstelle der Lebenshilfe in Düsseldorf/Itterstraße (Auskunft der Leiterin vom 18.09.2002) – insgesamt wurden 259 Kinder im Vorschulalter durch die beiden Früh-

6 vgl. z.B. die Stellungnahme der 67. Gesundheitsministerkonferenz, die auf erschreckende gesundheitliche Schäden von Kindern insbesondere aus sozial schwachen Familien zum Zeitpunkt der Einschulung hinwies

förderstellen betreut. Bei über 30.000 Kindern in Düsseldorf im Vorschulalter ergibt sich ein rechnerischer Bedarf an Frühförderung für etwa 1.800 Kinder. Entsprechend ergäbe sich eine Erfassungsrate durch die Frühförderstellen von etwa 0,86%, nur ca. 14% der bedürftigen Kinder und ihre Familien würden betreut.

Die geringe Erfassungsrate bestätigt sich, sobald erstmalig eine allgemeine Diagnostik im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen durchgeführt wird. Demnach wurden 1999 4,7% der Kinder in Sonderschulen aufgenommen (Familienbericht der Stadt Düsseldorf 2001, 32), hinzu kommen noch die Kinder, die im Gemeinsamen Unterrichts in Regelschulen aufgenommen wurden,⁷ so dass insgesamt 6-7% der Einschulungskinder in Düsseldorf nicht als Regelkinder aufgenommen werden. Entsprechend war nur ein geringer Teil der später sonderschulbedürftigen Kinder zuvor durch Frühförderstellen betreut worden. Die Zahlen lassen sich jedoch bei näherer Untersuchung der spezifischen Frühförderstruktur durch vier Faktoren relativieren:

- Zum einen werden zahlreiche Kinder, die als „behindert oder von Behinderung bedroht“ anerkannt sind, teilstationär durch Tagesstätten betreut, ohne dass sie von den Frühförderstellen erfasst werden. Leider geben hierzu weder die Integrationsberichte noch der Familienbericht der Stadt Düsseldorf oder der Bericht 2001 zur KITA-Bedarfsplanung des Jugendamtes Düsseldorf nähere Aufschlüsse⁸.
- Zum anderen nehmen die drei Sozialpädiatrischen Zentren und weitere Kliniken in Düsseldorf offenbar einen hohen Stellenwert ein, die jedoch wegen der vom Gesetzgeber gewollten Überschneidung (SGB V §119) auch durch die niedrighschwelligeren Frühförderstellen zu betreuen wären und sich wegen der quartalsmäßigen Erfassung nur schwer quantifizieren lassen.⁹ Unter diesen Einschränkungen einer möglichen Mehrfachbetreuung werden jährlich von den Zentren schätzungsweise Kinder von 0-6 Jahren betreut:

- Kaiserswerth	300
- Kinderneurologisches Zentrum	2.000
- Universität Düsseldorf	500
- Ergänzend zur allgemeinen Frühförderung gibt es in Düsseldorf auch Einrichtungen der sogenannten „sinnesspezifischen Frühförderung“ für Hör- und Sehgeschädigte Kinder. Auch hier ist zu hinterfragen, inwieweit neben der Behandlung ihrer Seh- oder Hörschädigung Kinder und Familien im Rahmen einer Komplexleistung Frühförderung betreut werden und wie dies künftig durch die Einrichtungen oder in Kooperationen mit anderen Einrichtungen gewährleistet wird.
- Ungeklärt ist auch die Frage, inwieweit niedergelassene medizinisch-therapeutische Fachkräfte entwicklungsunfähige Kinder erfassen und im Einzelfall mit ihren Fami-

⁷ im Schuljahr 2001/2002 waren dies 93 Kinder (Auskunft der Leiterin des Staatlichen Schulamtes vom August 2002)

⁸ Fachlich ist jedoch zu hinterfragen, inwieweit die Betreuung durch teilstationäre Einrichtungen den Anforderungen an eine „ganzheitliche“ Frühförderung gerecht werden kann. Die Ausführungen der BAR-Arbeitsgruppen schließen teilstationäre Einrichtungen nicht grundsätzlich von der Frühförderung aus, fordern jedoch das Angebot einer „Komplexleistung“, d.h. bspw. interdisziplinäre Förderplannerstellung oder eine umfassende Familienbetreuung. Dies wird von teilstationären Einrichtungen de facto kaum gewährleistet. Hier stellt sich perspektivisch die Frage, inwieweit eine fachliche Begleitung von heilpädagogischen durch eine ambulante Einrichtung (z.B. dem Förderungszentrum) zu einer Komplexleistung Frühförderung führen kann.

⁹ Bei bspw. 1.000 betreuten Kindern (Krankenscheinen) pro Jahr kann theoretisch jedes Kind in jedem Quartal, also viermal pro Jahr, erfasst werden. De facto wären demnach nur 250 Kinder betreut.

lien betreuen. Die Fokussierung des SGB IX auf „interdisziplinäre Frühförderstellen“ führt hier möglicherweise zu einer verschärften Konkurrenzsituation, die einer vertrauensvollen und fachkompetenten interdisziplinären Kooperation entgegenwirkt. Hier sollten praktikable Regelungen gefunden werden, die diese Fachkräfte in die Komplexleistung Frühförderung einbeziehen können.

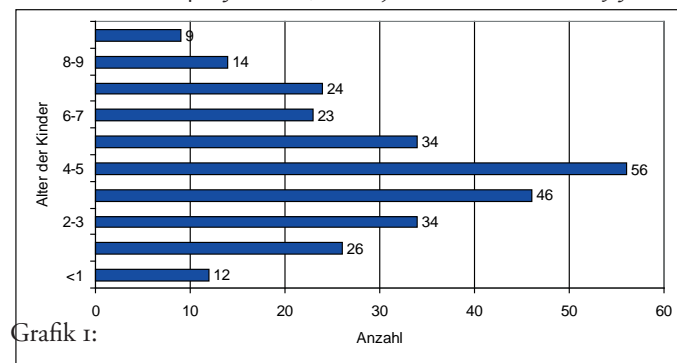
Im Rahmen einer Überprüfung der rechtlichen Grundlagen des SGB IX und seiner fachlichen Ausgestaltung sind die Aufgabenfelder und Effektivitätsstrukturen genauer zu überprüfen. Damit können auch Entscheidungshilfen entstehen für notwendige politische Entscheidungen zum Stellenwert eines präventiven Frühförderangebotes im Spannungsfeld zu späteren Sonderschulaufnahmen. Diese sollten auch wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität von Frühfördermaßnahmen berücksichtigen.¹⁰

Die Geschlechterverteilung der Kinder entspricht allgemeinen Erfahrungswerten, wonach nur ca. 1/3 der Frühförderkinder Mädchen sind. Im Förderungszentrum sind es ca. 40%.

3.3. Alter der Kinder

Als Zielgruppe des Förderungszentrums sind Kinder zwischen 0 und 10 Jahren konzipiert. Damit geht das Förderungszentrum (wie einzelne andere Einrichtungen bundesweit auch, v.a. in Rheinland-Pfalz, wo die Frühförderstellen an Sozialpädiatrische Zentren angegliedert sind) über die Altersbegrenzung der meisten deutschen Frühförderstellen (analog zur Altersbegrenzung im BSHG und im SGB IX) hinaus. Der Schwerpunkt liegt jedoch auch hier bei den Kindern im Vorschulalter.

Legt man das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung zu Grunde, so zeigt sich eine durchschnittliche Altersverteilung, die jedoch wegen der Flexibilität zwischen Therapie und Pädagogik sowie Schul- und Vorschulalter nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit erlaubt. Es findet sich erwartungsgemäß ein Schwerpunkt der Kinder im Kindergartenalter, 48% der Kinder sind 4-6 Jahre alt, nur 25% der Kinder unter 3 Jahren.



Grafik 1:

Dies deckt sich bspw. mit den landesweit erhobenen Zahlen aus Bayern (Peterander/Speck 1994), wo ebenfalls 2/3 der in Frühförderstellen betreuten Kinder bereits 4-6 Jahre alt sind. In anderen Bundesländern (z.B. Mecklenburg-Vorpommern, vgl. Sohns 2001) liegt der Schwerpunkt stärker bei den jüngeren Kindern, geht jedoch zu Lasten betreuungsbedürftiger Familien mit Kindern im Kindergartenalter, so dass hier die Erfassungsrate insgesamt deut-

¹⁰ Interessant sind hier insbesondere die Ausführungen von Schlack (1998), der einen „kurativen“ und „systemisch-ökologischen“ (ganzheitlichen) Ansatz gegenüberstellt und zu dem Ergebnis kommt, das letzterem offensichtlich die Zukunft gehört (S.24). Hierbei gilt es jedoch, aus den vorliegenden Ergebnissen nur sehr vorsichtig Rückschlüsse zu ziehen, da die empirischen Daten sehr interpretationsbedürftig sind und zum großen Teil aus den USA stammen. In Deutschland wird auch aus ethischen Bedenken (es wird als unverantwortlich erachtet, zu Forschungszwecken förder- und therapiebedürftige Kinder als „Kontrollgruppen“ unbetreut zu lassen) die Effektivitätsforschung von Förder- und Therapiemaßnahmen zurückhaltend betrieben.

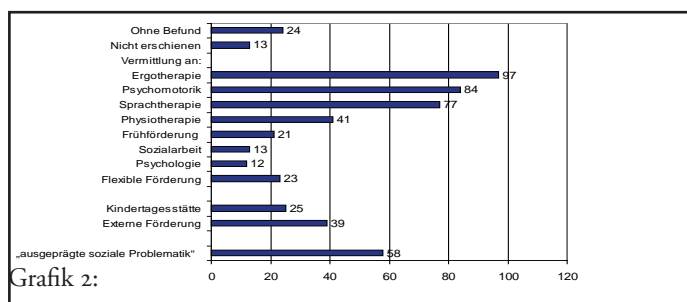
lich niedriger ist. Nur in wenigen Einzelregionen ist es bislang gelungen, über niedrige Zugangsschwellen, wohnortnahe Angebote und eine intensive Kooperation mit überweisenden Instanzen (v.a. niedergelassene Ärzte, Geburtskliniken, externe soziale Dienste) die Erfassungsrate gerade kleiner Kinder mit (drohenden) Entwicklungsauffälligkeiten zu steigern. Auffallend ist im Förderungszentrum der Betreuungsbruch bereits bei den 5jährigen Kindern, also vor dem Zeitpunkt der Einschulung. Dies könnte im Zusammenhang mit dem medizinisch-therapeutischen Schwerpunkt stehen, wahrscheinlicher ist jedoch die intensive Kooperation mit den heilpädagogischen und integrativen Kindertagesstätten, die bei einer Vielzahl der Kinder einen Wechsel von der ambulanten zur teilstationären Betreuungsform bei gleichzeitiger therapeutischer Weiterbetreuung nahe legt.

3.4. Auffälligkeiten und Diagnosen der Kinder

Von Interesse ist auch die Frage, mit welchen Auffälligkeiten die Kinder durch die Frühförder- und Beratungsstellen betreut werden. Die rechtliche Vorgabe „behindert oder von Behinderung bedroht“ bezieht sich auf körperliche, geistige und seelische Auffälligkeiten, macht jedoch wenig spezielle Vorgaben für eine diagnostische Zuordnung. Insgesamt verschieben sich bundesweit die Auffälligkeiten der Kinder dahingehend, dass immer weniger Kinder eine klassische geistige oder Körperbehinderung haben. Im Vordergrund stehen zunehmend „allgemeine Entwicklungsverzögerungen“, Kinder, bei denen eine eindeutige und betreuungsbedürftige Entwicklungsauffälligkeit besteht, ohne dass sich zu diesem Zeitpunkt diagnostisch die Ursache für die Auffälligkeit feststellen lässt. Möglicherweise kann dies als Folge einer allgemeinen Zunahme von „zivilisationsbedingten Auffälligkeiten“ gewertet werden.

In der jüngsten landesweiten Untersuchung (aus Mecklenburg-Vorpommern, 2002) wurden die bundesweiten Tendenzen weiter bestätigt. Hier machen diese „klassischen“ Diagnosen zusammen nur noch 21% der betreuten Kinder aus. Hingegen stehen „allgemeine Entwicklungsverzögerungen“ mit 40% im Vordergrund, an zweiter Stelle sogar bereits spezielle „psychoziale Auffälligkeiten“ mit 19% aller Kinder (Sohns 2002).

In Düsseldorf gibt es kein solches verbindliches – statisches - Diagnoseschema, nach dem die Kinder in einzelne Diagnosekategorien eingeteilt werden. Im Vordergrund steht vielmehr der individuelle Bedarf der Familie, dem nach der ärztlichen Untersuchung unterschiedliche Empfehlungen entsprechen. Gemäß der ärztlichen Untersuchungen ergeben sich folgende Behandlungs- und Förderschwerpunkte:



Grafik 2:

(Statistik 1999; 51/290, Lüke)

Insgesamt zeichnet sich das Förderungszentrum durch ein hohes Maß an Flexibilität der Angebote für Kinder aus, jedoch eingeschränkt durch Wartezeiten und durch den Schwerpunkt der ambulanten Angebote im Zentrum. Unabhängig von den spezifischen Beratungsangeboten für die Eltern – neben fachspezifischer Anleitung oder bspw. Heilhilfsmittelberatung durch die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte stehen hier v.a. die psychologische und

sozialarbeiterische Beratung im Vordergrund – ist die fachliche Ausrichtung des Förderungszentrums eindeutig auf den medizinisch-therapeutischen Bereich konzentriert. Die klassisch pädagogisch-psychologischen Frühförderangebote im Rahmen einer mobil-familienorientierten Frühförderung mit einer festen Bezugsperson, die die Frühförderstellen bundesweit prägen, sind allenfalls in Ansätzen zu finden. Das Förderungszentrum müsste hierzu seine Angebotsstruktur erweitern oder an andere Institutionen weiter vermitteln.

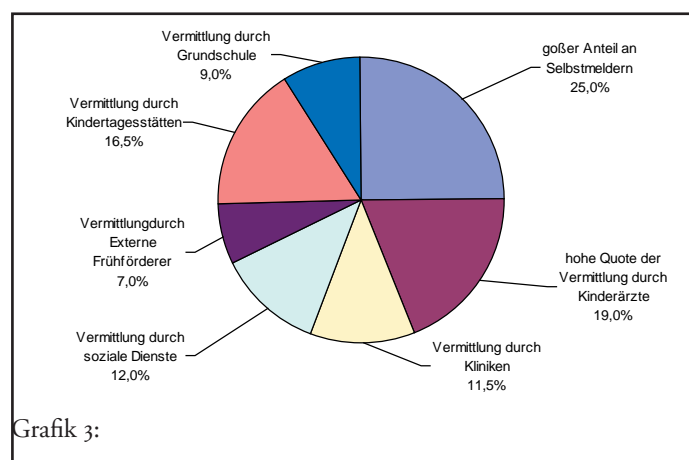
Weiterhin ist im Förderungszentrum bei Durchsicht der erhobenen Daten im Vergleich zu anderen Regionen festzustellen, dass 25% der betreuten Kinder aus ausländischen Familien stammen. Das bedeutet angesichts einer Quote von 26,3% aller Kinder, die in Düsseldorf in ausländischen Familien leben (Familienbericht 2001, 30), dass der Ausländeranteil im Förderungszentrum fast identisch mit dem Bevölkerungsanteil ist; diese Tendenz unterscheidet sich gravierend von anderen Regionen und lässt Rückschlüsse auf ein hohes Integrationspotential und niedrige Zugangsschwellen der Einrichtung zu.

4. Arbeitsweise des Förderungszentrums

4.1. Vermittlung

Das Förderungszentrum bietet im Gegensatz zu Frühförderstellen in anderen Kreisen und kreisfreien Städten eine bewusst niedrige Zugangsschwelle: Als *offene Anlaufstelle* können andere Fachkräfte und Institutionen, aber auch Eltern, die sich unsicher bzgl. der Entwicklung ihres Kindes sind, sich aus eigener Initiative heraus im Zentrum anmelden. Bei den Vermittlungen der Kinder zum Förderungszentrum zeigen sich im Vergleich zu anderen Frühförderereinrichtungen bemerkenswerte Schwerpunkte, v.a.

- ein überdurchschnittlicher Anteil an Selbstmeldern (25%),
- eine recht hohe Quote der Vermittlung durch Kinderärzte (19%) und Kliniken (11,5%),
- aber auch durch soziale Dienste (12%).
- Externe Frühförderer vermitteln die Kinder zu 7%,
- Kindertagesstätten zu 16,5%,
- Grundschule: 9%



Grafik 3:

Insgesamt zeigt sich mit den Zuweisungsschwerpunkten eine offenbar hohe und umfangreiche Akzeptanz bei kooperierenden Einrichtungen, insbesondere Kliniken und niedergelassenen Ärzten. Hier wirkt möglicherweise der eindeutige medizinisch-therapeutische Schwerpunkt der Einrichtung kooperationsfördernd. Ähn-

liches gilt für die Akzeptanz bei anderen sozialen Diensten, besonders im Bereich der Jugendhilfe. Hier könnte sich die organisatorische Einbettung des Förderungszentrum kooperationsfördernd auswirken. Dafür spricht auch, dass $\frac{1}{3}$ der aufgenommenen Kinder aus „psychosozialen Notsituationen“ kommen, das Förderungszentrum also offenbar – trotz seines ambulanten Schwerpunktes – in hohem Maße soziale Brennpunkte erreichen kann. Angesichts der Tatsache, dass nur etwa $\frac{1}{4}$ der betreuten Kinder im Schulalter sind, zeigt die Vermittlung von insgesamt 9% aller Kinder durch die Grundschulen auch eine hohe Akzeptanz in den Regelschulen.

4.2. Anmelde- und Aufnahmeverfahren

Für die Familie ergibt sich ihr erster Ansprechpartner im Förderungszentrum in Abhängigkeit von der Vermittlung: In den verschiedenen Flyern werden die einzelnen Bereiche der Ambulanz separat und mit direkter Durchwahlmöglichkeit präsentiert. Das direkte Ansprechen fachspezifischer Fachkräfte stärkt einen persönlichen Zugang für die Familien und ermöglicht einen „Quereinstieg“ zu einer Disziplin, die eine niedrigere Hemmschwelle beinhaltet als das abstrakte Ansprechen einer Leitungs- oder Sekretariatskraft.¹¹ Den Familien steht es frei, sich

- z.B. gezielt zur Sozialarbeit mit dem Ziel einer Erstberatung anzumelden,
- z.B. mit einem Frühgeborenen mit ärztlichem Rezept direkt bei der Physiotherapie anzumelden und sofort eine – physiotherapeutische – Bezugsperson zu treffen¹²,
- z.B. direkt an die pädagogischen Frühförder-Fachkräfte zu wenden,
- auch unmittelbar zur ärztlichen Untersuchung anzumelden,
- ggf. auch zum Erstgespräch an die Leitung der interdisziplinären Einrichtung mit der Bitte um weitere Beratung zu wenden.

Diese Flexibilität würdigt auch mögliche Beratungen und Empfehlungen anderer (kooperierender) Fachkräfte und Institutionen, die von den Eltern zuvor aufgesucht wurden. Gleichzeitig finden die Eltern mit ihren Sorgen eine fachkompetente Annahme. Die einzelnen Fachkräfte können ihrerseits nach dem Erstkontakt bei Bedarf auf vielfältige hausinterne Reflektions- und Kooperationsmöglichkeiten zurückgreifen und ggf. andere Fachkräfte in den Erstkontakt einbeziehen oder an diese weiter vermitteln.

Bei einer Anmeldung über die Verwaltung (wenn z.B. die Telefonnummer aus dem Telefonbuch gesucht wurde) findet der Erstkontakt in der Regel mit einer Verwaltungskraft statt. Diese vermittelt dann nach kurzen Eingangsinformationen

- entweder direkt zur ärztlichen Untersuchung
- oder an den Therapieleiter weiter. Dieser klärt bereits telefonisch erste Fragestellungen ab und hat auch die Mög-

¹¹ Für die Gestaltung des Aufnahmeverfahrens ist von großer Bedeutung, sich über die hochgradige Sensibilität von Eltern im Klaren zu sein, die sie in einen Erstkontakt einbringen. Sei es, dass sie voller Unsicherheit (und Sorge) über die Entwicklung(smöglichkeiten) ihres Kindes sind, sei es, dass sie gerade erst eine Diagnose (Behinderung!) mitgeteilt bekamen und ihre bisherige Lebensperspektive mit eigenen Kindern zusammen bricht. Elternberichte sind voller erschreckender individueller Erfahrungen über Art und Weise von Diagnosemitteilungen durch Fachkräfte, die z.T. jahrelang traumatisierend nachwirken und das Verhältnis Eltern-Kind und damit die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes nachhaltig beeinflussen.

¹² Im weiteren wird zu klären sein, unter welchen Bedingungen bspw. eine solche direkte Anmeldung mit ärztlichem Rezept den Anforderungen an eine Komplexleistung Frühförderung entspricht oder unter welchen Bedingungen das Förderungszentrum weiterhin auch medizinisch-therapeutische Maßnahmen als Heilhilfsmaßnahmen i.S. des SGB V vorhält und mit den Krankenkassen abrechnet.

lichkeit, bei einer fehlenden Indikation oder anderen Schwerpunkten bereits im telefonischen Vorgespräch an andere Fachkräfte oder Institutionen weiter zu vermitteln.

Falls der Erstkontakt direkt über eine behandelnde Fachkraft erfolgt, übernimmt diese zunächst die Rolle eines individuellen „case-managers“ und führt eine erste Eingangsdiagnostik durch, bevor an die Ärztin weiter vermittelt wird. Trotz einer solch unkomplizierten Erstannahme bleiben nach der Aufnahme die bestehenden Wartelisten hiervon unberührt. Insgesamt ist die Funktion und Aufgabenbeschreibung eines case-managers konzeptionell im Förderungszentrum noch nicht verankert. Hier erscheint eine konzeptionelle Umorientierung bzgl. des Verständnisses von Kooperation und der persönlichen Ressourcen im Rahmen eines Angebotes „Komplexleistung“ notwendig.

4.3. Verfahren der interdisziplinären (Eingangs- und Verlaufs-) Diagnostik und der Förderplanerstellung

Unabhängig von der Art des Erstkontaktes findet bei allen zur Frühförderbetreuung vorgesehen Kindern eine ärztliche Diagnostik durch die Ärztin des Zentrums statt. Von dieser erhalten die Eltern anschließend eine unmittelbare Rückmeldung über die ärztlichen Erkenntnisse und ggf. über weitere notwendige Schritte und Möglichkeiten, die den Eltern als Maßnahme vorgeschlagen werden. Es erfolgt sodann eine schriftliche Befundübermittlung an die betreuenden Kinderärzte, auf Wunsch an die Eltern und ggf. auch an weitere kooperierende Fachkräfte. Dies gilt auch im Rahmen einer Wiedervorstellung. Eine vorherige Absprache mit dem Team findet nicht statt.

Je nach den Erkenntnissen der Erstdiagnostiken und den Wünschen der Eltern folgen mögliche weiterführende Diagnostiken (z.B. durch psychologische oder medizinisch-therapeutische Fachkräfte). Bei Bedarf können Hausbesuche erfolgen. Das Diagnostikverfahren ist insofern sehr klientelzentriert, auf besondere Bedürfnisse der Eltern kann bei gegebener Indikation eingegangen werden.

Nach der abgeschlossenen Erstdiagnostik erfolgt partiell eine Vorstellung im Rahmen einer Teambesprechung, bei der die Betreuungsmöglichkeiten durch die Fachteams besprochen werden. Die jeweilige Gruppenleitung führt eigenständige Wartelisten (s.u.). Bei dringendem Bedarf oder bei Herunternahme von der Warteliste wird für das Kind und seine Familie eine feste Bezugsperson bestimmt. Diese ist fester Ansprechpartner für die Familie, zuständig für die Behandlung oder Förderung und die Koordination der Förderung mit anderen betreuenden Fachkräften. Wenn von dieser Fachkraft ein Bedarf gesehen wird, wird der Betreuungsfall in einem Team vorgestellt. Dort kann eine Förder- oder Behandlungsplanerstellung oder -fortschreibung erfolgen, bei der interdisziplinär der Art und Umfang der Betreuung festgelegt werden.

Insgesamt steht für die Phase der Eingangsdiagnostik und der Förderplanerstellung¹³ ein abgestuftes System an Absprachemöglichkeiten zur Verfügung, das versucht, der Notwendigkeit der fachlichen Reflexion gerecht zu werden. Nach der obligatorischen ärztlichen Untersuchung stehen zur Verfügung:

1. ein regelmäßiges Arztteam (mit unterschiedlichem Taktungsrythmus: wöchentlich in der Brinkmann-Straße, 4-wöchentlich im Gothaer Weg). Dort werden die Kinder von der Ärztin vorgestellt, und es erfolgt auf ihren Vor-

¹³ Diese Phase wird auch deshalb ausführlich und separat dargestellt, da sie künftig nach dem Willen des Bundesgesetzgebers im SGB IX in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fällt

schlag eine Entscheidung, ob die Betreuung sehr dringlich ist und ein sofortiger Ansprechpartner bestimmt wird oder ob eine Aufnahme auf die Warteliste erfolgt (und noch keine Zuordnung einer Bezugsperson erfolgt).

2. In allen Häusern werden alle 4 Wochen für etwa 3-4 Stunden Ambulanzteams durchgeführt, die offen sind für aktuelle Fallgespräche. Ziel ist es, alle betreuten Kinder mindestens alle ½ Jahr im Team zu besprechen.
3. Für Fälle mit intensivem Gesprächsbedarf finden wöchentliche Fallgespräche unter psychologischer Leitung statt, ergänzt von zahlreichen Fallbesprechungen zwischen den an einer Betreuung beteiligten Fachkräften und der psychologischen Leitung (für die drei Häuser insgesamt ca. 6 Fallbesprechungen pro Woche).
4. Darüber hinaus treffen sich die einzelnen berufsgruppenspezifischen Fachteams intern alle 2 Wochen.
5. Bei entsprechendem Bedarf können die betreuenden Fachkräfte dazwischen auch individuelle interdisziplinäre Absprachen zwischen einzelnen betreuenden Fachkräften führen.

Das gesamte Absprachesystem bietet insofern flexible Möglichkeiten des fachlichen Austausches.

Weitere Reflexionsmöglichkeiten für die Fachkräfte bestehen durch eine interne Supervision; bei Bedarf kann auch eine externe Einzel- oder Gruppensupervision in Anspruch genommen werden.

4.4. Wartelisten-Verfahren

Grundsätzlich besteht für Familien mit einem Kind, das i.S. des §39 BSHG „behindert oder von Behinderung bedroht“ ist (übertragen in § 1, 4 SGB IX) ein Rechtsanspruch auf „heilpädagogische Maßnahmen“. Des weiteren besteht bei ärztlicher Rezeptierung (§ 32, §70 SGB V) die Möglichkeit, eine medizinisch-therapeutische Leistung in Anspruch zu nehmen.

Insbesondere zur Einlösung des Anspruchs auf „heilpädagogische Maßnahmen“ sind bundesweit weitgehend flächendeckend Frühförderstellen entstanden. Aber nicht nur aus rechtlichen Gründen, auch aus fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten muss es Ziel der Frühförderinrichtungen sein, Eltern, die z.T. nach langen inneren Konflikten sich und anderen eingestehen: „Ich brauche für mich und mein Kind fremde Hilfe“ und sich in einer Einrichtung anmelden, sofort annehmen zu können. Zu angespannt ist zumeist die psychosoziale Ausgangssituation, zu intensiv sind die Auswirkungen von Wartezeiten, die häufig von Eltern in ihrer subjektiven Wahrnehmung als erneute Kränkung empfunden werden. Eltern mit einem entwicklungsauffälligen oder behinderten Kind durchlaufen zumeist vielfältige Phasen der Verarbeitung, die binnenfamiliär von hochgradigem emotionalen Stress und von vermehrten organisatorischen Anforderungen geprägt sind. 85% der Ehen (in den USA) mit einem behinderten Kind werden geschieden (Der Kinderarzt 6/85, vgl. Sohns 2000, 84). In dieser Situation müssen Einrichtungen verlässliche, vertrauensvolle Partner darstellen, zu denen in einer Phase gravierender Veränderungen der Lebensumstände eine tragfähige Bindung entstehen kann. Wartelisten werden von den meisten – unbewusst – als erste Zurückweisung, als erster Vertrauensbruch empfunden, gerade in einer Phase, in der Eltern bereit sind, sich zu öffnen und um Hilfe nachzufragen.

Dennoch haben die meisten Frühförderstellen in Westdeutschland (im Gegensatz zu den Neuen Bundesländern) traditionell Wartelisten. Hierfür gibt es eine Vielzahl organisatorischer Gründe, die es zu hinterfragen und ggf. zu modifizieren gilt. Das gilt auch für die beiden Düsseldorfer Frühförderstellen. Im Gesundheitsbericht

werden für alle Bereiche des Förderungszentrums (mit Ausnahme der Physiotherapie) Wartezeiten von 9-12 Monaten ausgewiesen, bei gleichzeitiger Betonung, dass die meisten Kinder zu spät zur Förderung kommen (Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, S.34f). Auch für die Frühförderstelle der Lebenshilfe werden Wartelisten ausgewiesen (ebda., 36), deren Umfang z.Zt. je nach Jahreszeit (vor oder nach den Einschulungszeiten) zwischen 15-45% der Gesamtkapazität der Einrichtung (Auskunft der Leitung vom 18.09.2002) betragen.

Im Förderungszentrum findet – nach einer zeitnahen Annahme der Eltern zu einem Ersttermin – im Zuge der Eingangsdiagnostik eine Differenzierung in 3 Kategorien statt, die mit folgenden Schwerpunkten ausgefüllt werden:

Arztuntersuchungen 1999, Einstufung zur Dringlichkeit			
137 Fälle Versuch der Flexibilität			
Stufe I	Sofort	30%	
Stufe II	Baldmöglichst	29%	
Stufe III	Wartelistenplatz	41%	

Die Wartelisten stellen insofern ein zentrales Problem der Frühförderversorgung in Düsseldorf dar. Hier sind im Zuge von Leistungsvereinbarungen konzeptionelle und organisatorische Veränderungen zu diskutieren, die diesen Missstand berücksichtigen.

Das Förderungszentrum versucht, die Folgen der Wartezeit zu überbrücken, in dem bestehende offene Gruppenangebote für Eltern erweitert wurden, die für ihr Kind noch keinen Therapieplatz haben. Die Eltern können dort schnell integriert werden und von dem interdisziplinären Angebot profitieren.

4.5. Laufende Betreuungstätigkeit

Mit Beginn der Betreuung der Kinder und ihrer Familien findet durch die Bezugsperson eine ausführliche fachspezifische Anamneseerhebung (ergänzend zur ärztlichen Dokumentation) statt. Ein für den Gesamtbereich gültiges Schema gibt es noch nicht, jeder Fachbereich hat hierfür eigene Kriterien für eine weitere Verlaufsdiagnostik. Allerdings wurden durch eine hausinterne „Projektgruppe Diagnostik“ hierzu fachbereichsübergreifende Kriterien erarbeitet. Wie bei der ärztlichen Diagnostik erfolgt die Weitergabe der Berichte hausintern und an behandelnde Kinderärzte, auf Wunsch auch an die Eltern, bei Bedarf auch an andere betreuende Einrichtungen. Bei Bedarf sind auch weitere kooperative Absprachen möglich. Insgesamt bestehen bei den inhaltlichen Schwerpunkten und der Verfahrenspraxis erhebliche Freiräume, die je nach individuellem Bedarf ausgefüllt werden können. Dies betrifft auch den Fördermodus, z.B. sind bei einer mundmotorischen Förderung nach „Castillo Moralez“ auch Förderblöcke möglich.

Bei Zuordnung der getätigten Therapieeinheiten ergeben sich unter Berücksichtigung nicht besetzter Stellen¹⁴ im Gesamtjahr 2000 folgende Stellenanteile:

Tabelle

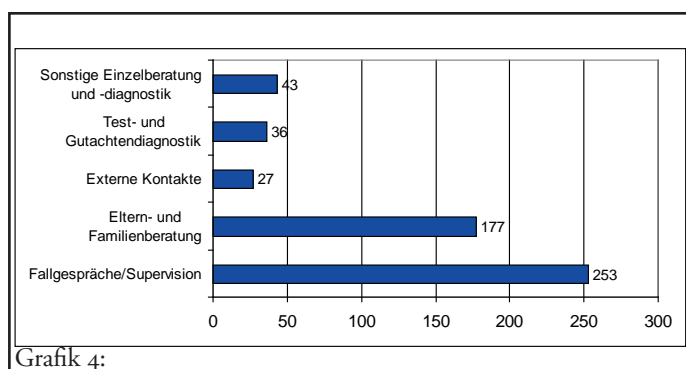
Berufsgruppe	Stellen insgesamt	Anteil für Ambulanz	% - Anteil Ambulanz
Ergotherapie	4,5	1,62	36%
Physiotherapie	5,5	2,31	42%
Sprachtherapie	4,75	2,47	52%
Psychomotorik	3,25	1,82	56%
Gesamt	18,0	8,22	45,7%

¹⁴ Von den 19 vorgesehenen Stellen sind nur 18 besetzt (vgl. Fußnote 5)

Die Auslastung im Therapiebereich beträgt angesichts bestehender Wartelisten 100%, allerdings ergibt sich eine „klientenbedingte“ Ausfallquote von 26,4% infolge nicht eingehaltener Termine (wie sie gerade in sozialen Brennpunkten sehr häufig sind) und v.a. kurzfristiger Erkrankungen (z.T. mit stationären Aufnahmen, wie sie gerade bei Kleinkindern und Säuglingen mit Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten häufig vorkommen).

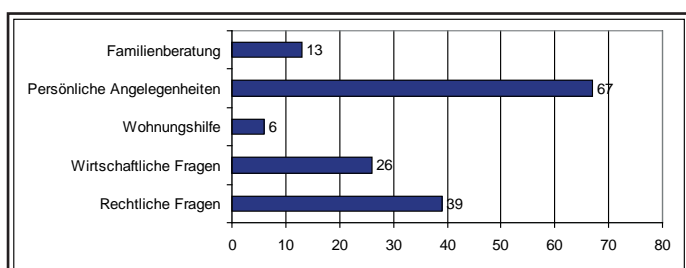
Durch die Synergiemöglichkeiten mit dem teilstationären Bereich und den Wartelisten des Ambulanzbereichs ist verständlich, dass es zu einer Verschiebung des Betreuungsschwerpunktes vom teilstationären zum ambulanten Bereich kommt. Dennoch erscheint die Ausfallquote zu hoch. Sie muss auch im Zusammenhang gesehen werden mit den hohen Leistungsvorgaben von bis zu 32 Einheiten pro Woche, die ein Einhalten allgemeiner fachlicher Ansprüche an eine Frühförderleistung nicht gewährleisten lassen. Hier müssen im Rahmen einer Neudefinition als Komplexleistung Frühförderung Regelungen gefunden werden, die es im Rahmen einer transparenten Praxis ermöglichen, den Vorgaben des SGB IX Rechnung zu tragen.

Im ärztlichen Bereich wurden im Jahr 2000 284 Untersuchungen durchgeführt, davon 19% Wiedervorstellungen. Die Ausfallquote beträgt 7,5%, wobei hierbei lediglich sehr kurzfristige Absagen (ohne die Möglichkeit des Einbestellens eines anderen Kindes, 60%) oder ein gänzlich Ausbleiben ohne Absage (40%) berücksichtigt sind.



Die Aufgaben der Sozialarbeit gliedern sich in

- Information und Beratung von betroffenen Familien (54%) mit folgenden Inhalten:



und

- einzelfallbezogene sozialarbeiterische Leistungen für hausinterne Fachkräfte (46%), die vorwiegend von der Physiotherapie (zu 35,2%) und den Kindertagesstätten (29,8%) wahrgenommen wurden, aber auch durch die heilpädagogische Berufsgruppe (16,0%).

Im heilpädagogischen Bereich wurden 2000 nicht einmal 8% der betreuten Kinder im Rahmen eines Einzelangebotes gefördert, so dass sich die hier erhobenen Zahlen (4.380 Fördereinheiten) nicht

vergleichen lassen. Hier werden in Zukunft Standards zu erarbeiten sein, die einen Vergleich und eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Formen der Förderung transparent werden lassen, ohne den inhaltlichen Entscheidungsspielraum bzgl. der Art der Betreuung einzuschränken. Gleichzeitig beschränken sich die heilpädagogischen Aufgaben auf die Kinder, die noch keine Kindertagesstätte besuchen. Der mit den heilpädagogischen Leistungen verbundene konzeptionelle Anspruch beschränkt sich bislang darauf, die Kinder vorwiegend durch Gruppenbetreuungen auf den Besuch der Kindertagesstätte vorzubereiten.

Die Auswertung der durchgeführten Therapien ist nur eingeschränkt aussagefähig, da die bisherige Dokumentation verschiedene Betreuungsformen (z.B. Einzel- und Gruppentherapien) gemeinsam erfasst. Die Unterschiede wurden in den Rechenschaftsberichten der vergangenen Jahre ausführlich begründet, z.B. mit dem Schwerpunkt von Gruppenförderung im Bereich der Psychomotorik und erhöhten Ausfallraten bei den zahlreichen Frühgeborenen der physiotherapeutischen Behandlung. Auch hier sollten künftige Definitionen von Betreuungseinheiten der Komplexleistung Frühförderung für mehr Transparenz sorgen.

4.6. Vielfalt der Aufgabenfelder

Frühförderung zeichnet sich bereits seit über 20 Jahren dadurch aus, dass die Angebote sich immer weniger auf eine Behandlung von Funktionsbeeinträchtigungen und ein Training von Fertigkeiten beschränken. Mit der Etablierung eines „ganzheitlichen“ Anspruchs wurden die kindspezifischen Angebote der Einzel- und Gruppenförderung zwar beibehalten und ausgebaut, neben sie sind jedoch weitere Aufgabenfelder getreten. Angebote der Frühförderung richten sich heute ebenso an die Eltern, ihnen wurden Hilfen in Krisensituationen und bei der Verarbeitung einer Entwicklungsstörung oder Behinderung ihres Kindes zuteil. Zum Fokus der Fachkräfte gehört damit nicht nur die Auffälligkeit des Kindes, auch die Situation der Bezugspersonen und die Interaktionen zwischen ihnen und ihrem Kind sind Bestandteil der Frühförderung und einer möglichen Intervention. Der Gesetzgeber hat dem im SGB IX durch die Definition von Frühförderung als „ganzheitlich“ und als Komplexleistung Rechnung getragen.

Das Förderungszentrum hat bereits in der Vergangenheit versucht, diesen inhaltlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen, und ein weites Spektrum umfangreicher Hilfen aufgebaut, die neben den spezifischen Therapieangeboten für das Kind auch begleitende Angebote für die Eltern umfassen, insbesondere

- regelmäßige Gespräche als Hilfe bei der Behinderungsverarbeitung,
- die Möglichkeit einer direkten Krisenintervention,
- weitere Beratungsangebote, z.B. zur Kindergartenfrage, zur Schullaufbahn, zur Hilfsmittelversorgung oder in sozialrechtlichen Fragen.

Zur fachlich fundierten Betreuungs- und Kooperationstätigkeit gehört auch eine umfassende Dokumentation der erhobenen Informationen und der verschiedenen Tätigkeiten. Die Dokumentation der Frühfördertätigkeiten zeichnet sich bundesweit durch eine geringe Verbindlichkeit aus. Aus fachlicher Sicht ist es unverzichtbar, viele Parameter gezielter und nach abgestimmten Kriterien zu erheben und damit mehr Transparenz zu gewährleisten, aber auch bessere Anhaltspunkte für fachliche Veränderungen zu erhalten. Eine gute Dokumentation fungiert auch als Frühwarnsystem gegenüber strukturellen Veränderungen und kann somit Anhaltspunkte für organisatorische oder konzeptionelle Konsequenzen liefern.

Durch das Förderungszentrum wurden mit enormen Aufwand hausinterne Vorarbeiten für ein eigenes detailliertes Dokumentationssystem geleistet (Förderungszentrum für Kinder: Feinkonzept, 1999), das sich derzeit in der Erprobungsphase befindet. Die Frage einer Abwägung gegenüber alternativ entwickelten Programmen¹⁵ stellt sich somit nicht mehr. Eine definitive Bewertung über den Erfolg der Anwendung kann derzeit noch nicht gemacht werden.

Es steht außer Frage, dass das familienorientierte mobile Frühfördersystem gerade durch seine aufsuchende Arbeit bei Familien mit entwicklungsauffälligen Kindern ein ebenso präventives wie ressourcenstärkendes Interventionsangebot darstellen kann und – das belegen wissenschaftliche Untersuchungen – darstellt. Die Gesamtentwicklung von Entwicklungsauffälligkeiten in der deutschen Frühförderung legt eine mittelfristige Verstärkung der inhaltlichen Ausrichtung in Richtung Jugendhilfe nahe. Dies würde jedoch für eine so stark medizinisch-therapeutisch orientierte Einrichtung wie das Förderungszentrum eine inhaltliche Veränderung bedeuten. Um diese sehr anspruchsvolle Aufgabe jedoch gewinnbringend ausfüllen zu können muss zudem ein umfassendes Anforderungsprofil für mobile Familienbetreuung – insbesondere an die Qualifikation der betreuenden Fachkräfte – gegeben sein. Angesichts der vielfältigen und außerordentlich sensiblen und anspruchsvollen Aufgabefelder müssen die Fachkräfte hierfür entsprechend ausgebildet sein, insbesondere, wenn Beziehungen und Interaktionen im Elternhaus zum Fokus einer (aufsuchenden) Frühförderung gehören. Sie bedürfen einer entsprechender Grundausbildung und fortgesetzter Reflexions- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Das Förderungszentrum bietet seinen Fachkräften bereits zahlreiche Qualifikationsmöglichkeiten. Diese müssen im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen ebenso wie das Ausbildungsniveau der Fachkräfte im Zuge von Leistungsvereinbarungen genauer beschrieben werden.

5. Neuregelungen des SGB IX

5.1. Definition der Komplexeleistung

Mit der Verabschiedung des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) und seinem Inkrafttreten zum 01. Juli 2001 wurden die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung erstmals auf eine eigene gesetzliche Grundlage gestellt. Werden diese Leistungen einerseits durch §30 SGB IX unter den Oberbegriff „Medizinische Rehabilitation“ (Abschnitt IV) subsumiert, so ist gleichzeitig auch der bisherige Rechtsanspruch nach §40(1)2a BSHG auf „heilpädagogischen Maßnahmen“ für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder in vollem Umfang in das SGB IX (§§ 55/56, Abschnitt VII) übernommen worden. Inhaltlich sind als wesentliche Ziele die „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ sowie das Vermeiden oder Entgegenwirken von Benachteiligungen hervorgehoben (§1).

Der Gesetzgeber legt seiner Definition eine umfassende Auffassung von Frühförderung zu Grunde: „Leistungen zur Früherkennung

¹⁵ Diese Programme werden z.T. staatlich gefördert, bspw.

- das MAL-Programm durch die Universität München. Es wird an zahlreichen bayerischen Frühförderstellen erprobt
- Das Programm von Ohltec Horizont, von dem das Hessische Sozialministerium für die Frühförderstellen Rechte aufkaufte und an zahlreichen Einrichtungen (einschließlich Sozialpädiatrischer Zentren) erprobte. Die Firma befindet sich z.Zt. im Insolvenzverfahren; die Vorarbeiten wurden von einer anderen Firma (LAP Concult GmbH, Hamburg) übernommen
- Die TENNO Gruppe Sachsen/Thüringen, die auf Wunsch der Frühförderstellen in Thüringen dort ein eigenes Programm entwickelte, das vom Landesjugendamt Thüringen unterstützt wird

und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern“ (§30(2) des SGB IX). Qualitativ neu ist die Vorgabe des Gesetzgebers, dass diese beiden Leistungsformen zu einer gemeinsamen *Komplexeleistung* verbindlich zu koordinieren sind (§30, Abs. 1; §56, Abs. 2 SGB IX).

Die Komplexeleistung Frühförderung ist somit eine in jedem Einzelfall spezifisch abgestimmte Leistung zwischen Leistungen zur „Medizinischen Rehabilitation“ (Abschnitt IV) und zur „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (Abschnitt VII). Sie wird von einem abgestimmten „System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer/sonderpädagogischer und psychosozialer Leistungen“ erbracht. Zur näheren Ausgestaltung hat die BAR-Arbeitsgruppe formuliert:

„Alle Leistungen werden auf der Grundlage eines individuellen Förder-/Behandlungsplans unter Einbeziehung der Familienangehörigen/Bezugspersonen interdisziplinär entwickelt und erbracht. Der Förder- und Behandlungsplan wird jeweils bei Bedarf den Erfordernissen angepasst. ...

Wesentliche Merkmale aller Leistungen der Früherkennung und Frühförderung sind Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung sowie die Beachtung der Ressourcen von Kind und Familie. Alle Einzelleistungen werden interdisziplinär und nahtlos in diesen Kontext eingebunden und sind darauf gerichtet, sowohl die Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als auch die Entwicklungskräfte der Familie zu erkennen, zu fördern und zu stärken. Diese gemeinsame Orientierung wird durch Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen der an der Komplexeleistung beteiligten Fachkräfte gewährleistet. Die Förder- und Therapieangebote werden in der Regel einzeln, können aber auch in der Gruppe angeboten werden“ (BAR 2002, 6f).

Die Komplexeleistung Frühförderung stellt sich entsprechend dar als interdisziplinär abgestimmtes Leistungsangebot, das sowohl den Anforderungen aus medizinisch-therapeutischer Sicht (funktionsorientiert) als auch pädagogisch-psychologischer Sicht (ressourcen- und umfeldorientiert) Rechnung trägt. Wesentlich ist, dass in der Praxis beide Sichtweisen in einen gemeinsamen Förderplan einfließen und in eine „systemische Gesamtschau“ münden (ebda.). Welche Leistungen dabei im Vordergrund stehen, lässt sich nur im Einzelfall – je nach den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Kindes und seiner Familie – entscheiden. Eine isolierte medizinisch-therapeutische Leistung (nach SGB V) und/oder unabgestimmte heilpädagogische Maßnahmen entsprechen nicht mehr dem Anforderungsprofil des SGB IX an Frühförderung.

5.2. Inhaltliche Kriterien für die Komplexeleistung

Durch das SGB IX werden neue Akzente gesetzt, die für die Leistungsanbieter wie Rehabilitationsträger vor Ort von Bedeutung sind. Wesentliche weitere Neuerungen sind:

- Für die betreuungsbedürftigen Kinder wurde der *Zugang zur Komplexeleistung Frühförderung* weiter erleichtert:

Der bisherige Begriff „Behinderte oder von Behinde-

„Menschen“ entspricht der bisherigen Regelungen des SGB I und des §39 BSHG, er bleibt die zentrale Definition für die leistungsberechtigten Menschen. Für die Abgrenzung des Personenkreises bleibt somit die Dreiteilung von körperlichen – geistigen – seelischen Auffälligkeiten erhalten, wenn auch modifiziert formuliert. Von den bisherigen Zugangskriterien Schwere und Dauer einer Auffälligkeit wird die Dauer weiterhin mit „mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate“ definiert (§2, Abs. 1 Satz 1). Wesentliches neues Kriterium ist jedoch, dass die „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit ... von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (ebda.).

Diese neue Komponente der nicht altersgerechten Entwicklung bedeutet de facto mehr Klarheit und eine weitere Zugangserleichterung zu dem Angebot der Frühförderung. Der Gesetzgeber legt eindeutig fest, dass Kinder mit „Entwicklungsverzögerungen“ unabhängig von deren Ursache und damit unabhängig von einer klaren Diagnose (die sich bei einem Großteil der Vorschulkinder noch nicht stellen und zuordnen lässt) einen Anspruch auf Frühförderung haben. Die Zugangsschwelle ist insofern bewusst sehr niedrig angesetzt.

Dem entsprechen möglichst niedrige administrative Zugangsschwellen. Dem Anliegen des Gesetzgebers kann vor Ort nur dann entsprochen werden, wenn die Frühfördereinrichtungen als „Offene Anlaufstelle“ zumindest für die Phase der Eingangsdiagnostik fungieren können¹⁶. Das Förderungszentrum bringt hierfür gute Voraussetzungen mit.

- Weiter gestärkt wird dieser Anspruch durch den *Vorrang von präventiven Maßnahmen*.

Die Rehabilitationsträger werden in einem eigenen Paragraphen aufgefordert (§3), „den Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung zu vermeiden“. Hier ist hier ein deutlicher Wille des Gesetzgebers abzulesen, einen Schwerpunkt auf Hilfeansätze bereits im Vorfeld von Entwicklungsauffälligkeiten zu legen. Für die Frühförderung mit ihrem hohen Anteil an allgemeinen Entwicklungsauffälligkeiten unklarer Genese bedeutet dies, die Früherkennung zu verbessern und auszuweiten. Das heißt v.a. Systeme weiter zu entwickeln, um diejenigen Kinder (und ihre Familien) zu erreichen, die durch die bestehenden Netze nicht erreicht werden und oftmals erst mit der Einschulungsuntersuchung auffällig werden. Dazu gehört neben einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit, einer guten allgemeinen Gesundheitsfürsorge und einer präventiven Elternarbeit insbesondere, die Wahrnehmung einer Frühförder-Diagnostik zu erleichtern – unabhängig von einer späteren dauerhaften Betreuung.

- Die Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sind als „Leistung zur Teilhabe“ definiert, die im §4 näher bestimmt werden. Allgemeine Grundsätze sind weitgehend aus den bisherigen gesetzlichen Grundlagen übernommen worden. §4 Abs. 1 Punkt 1 setzt das zentrale Ziel, „die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“. Dokumentiert der Gesetzgeber im Absatz 1 wiederum die ausdrücklich niedrige Zugangsschwelle, stellt Satz 4 des §4 Abs. 1 eine neue Kategorie dar. Er beschreibt als Aufgabe, „die persönliche Entwicklung *ganzheitlich* zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“.

Ist dieser neu aufgenommene Begriff „ganzheitlich“ im Gesetzestext einerseits in der Wissenschaft terminologisch umstritten, bedeutet dessen Aufnahme in den Gesetzestext die Ausgestaltung einer „familienorientierten Frühförderung“, die sich nicht nur auf eine Betreuung des Kindes konzentriert, sondern als umfeld- und ressourcenorientiertes Angebot den Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung durch sein soziales Umfeld Rechnung trägt. Einer in der Praxis bereits mit Hilfe zahlreicher Kostenträger vielfach umgesetzten Ausweitung der Aufgabenfelder über die Kindbetreuung hinaus wird damit als fachlicher Standard generell anerkannt.

In der Folge werden nur noch „interdisziplinäre“ Frühförderstellen vom Gesetzgeber aufgeführt. Fachlich zeigen sich dabei zwischen den medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Berufsgruppen unterschiedliche Schwerpunkte: Während der medizinisch-therapeutische Ansatz traditionell eine Funktionsbeeinträchtigung des Kindes in den Mittelpunkt stellt und diese behandelt (z.B. eine Spastik physiotherapeutisch oder eine Sprachstörung logopädisch) legen die Fachkräfte beim pädagogisch-psychologischen Ansatz mit einer systemischen Ressourcenorientierung ihr Augenmerk auf alle Umfeldfaktoren, die für die Entwicklung des Kindes förderlich sind. Nur in der Kooperation beider Ansätze kann eine „ganzheitliche“ Frühförderung entstehen.

- Eine Erweiterung ihrer fachlichen Ansprüche erfährt die Frühförderung auch dadurch, dass der Gesetzgeber für Kinder nochmals das Grundprinzip der "Sozialen Integration" gestärkt hat. §4 Abs. 3 schreibt vor: "Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können". Ebenso sollen Kinder und Sorgeberechtigte "intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen (werden)" (ebda.).

§4 Abs. 3 stärkt somit das Aufgabenfeld der „Kooperation mit den Eltern oder Sorgeberechtigten“. Weiter gestärkt wird dieses Anliegen durch den §9, wonach in besonderem Maße dem „Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ Rechnung getragen wird. Dies beinhaltet auch die Wahlmöglichkeit zwischen Angeboten verschiedener Kostenträger. Wenn Eltern (z.B. wegen möglicher Stigmatisierungseffekte) nicht wollen, dass ihr bedürftiges

¹⁶ Erfahrungen aus anderen Regionen, die dieses Angebot mit Hilfe von Landeszuschüssen (z.B. in Thüringen mit pauschal 4 Betreuungseinheiten zur Durchführung der Eingangsdiagnostik) bereits in der Vergangenheit gewährleisten, zeigen, dass die Wahrnehmung einer präventiven Überprüfung stieg, nicht aber die anteilige Zuweisung zum längerfristigen Bedarf an Frühförderung. Vielmehr wurde bis zu 50% der ratsuchenden Eltern mitgeteilt, es bestünde kein dauerhafter Frühförderbedarf, ggf. wurde an andere Therapieformen vermittelt. Ähnliche Erfahrungen zeigen sich beim niedersächsischen System der Früherkennungsteams, die in die Frühförderstellen eingebettet sind

Kind einen Integrations- oder Sonderkindergartenplatz erhält, steht es ihnen dennoch frei, ambulante Hilfen des örtlichen Sozialhilfeträgers wahrzunehmen. Gleichzeitig legt §4 Abs. 3 für Kinder auch die Gewährleistung möglichst dezentraler Angebotsstrukturen im mobil-ambulanten wie im teilstationären Bereich nahe. Hier lässt sich ein politischer Wille zur mobilen wohnortnahen Frühförderung ebenso wie zu einer Verbesserung der Integrationsangebote in Kindertagesstätten (Krippen, Kindergärten, Horte) ablesen.

5.3. Aufgabenfelder der Komplexleistung

Im Mittelpunkt der Komplexleistung stehen zentrale Aufgabenfelder als grundständige Pflichtleistungen im Sinne des SGB IX. Die BAR-Arbeitsgruppe hat besonders für die interdisziplinären Frühförderstellen hervorgehoben:

„Ihre Aufgaben bestehen

- in einer interdisziplinär konzipierten Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik,
- in heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Hilfen sowie
- in einer alltagsunterstützenden Zusammenarbeit mit den Familien/Bezugspersonen der gefährdeten und behinderten Kinder.

Die heilpädagogische Förderung steht mit ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Dienste der Entwicklungsförderung des Kindes.

Die Leistungen der interdisziplinären Frühförderstellen umfassen ärztliche, nichtärztliche therapeutische, (heil-)pädagogische/sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Leistungen. Die entsprechenden Berufsgruppen arbeiten interdisziplinär zusammen, während der Diagnostik und Behandlungsplanerstellung unter ärztlicher Verantwortung. Kooperationen mit in der Einrichtung nicht beschäftigten Berufsgruppen sind herzustellen. Ebenso findet in der Regel eine Zusammenarbeit mit weiteren Diensten und Einrichtungen (z.B. Sozialpädiatrischen Zentren, Tageseinrichtungen für Kinder, Familientastenden Diensten, Erziehungsberatungsstellen) statt.

Die interdisziplinären Frühförderstellen bieten ein offenes Beratungsangebot für Eltern und andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen, die ein Entwicklungsrisiko des Kindes vermuten“ (BAR 2002, 4f).

Im Rahmen der konkreten Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung grenzt die BAR fünf verschiedene Kernbereiche der Aufgabenfelder ab (BAR 2002, 6):

1. Die Früherkennung

Hierzu zählen alle Maßnahmen, die dazu beitragen, kindliche Entwicklungsstörungen möglichst früh zu erkennen und Hilfemaßnahmen anbieten zu können. Die Bestandsaufnahme hat ergeben (Kap. 3.3., 3.4.), dass bei der überwiegenden Anzahl der bedürftigen Kinder und Familien in Deutschland die Angebote zu spät greifen. Wesentliche Institutionen der Früherkennung sind die Vorsorgeuntersuchungen der Haus- und Kinderärzte gemäß SGB V (bereits im Kleinkindalter), für den erzieherischen Bereich die Kindertagesstätten. Für die interdisziplinären Frühförderstellen sind Maßnahmen für verbesserte Ko-

operationsstrukturen, Öffentlichkeitsarbeit und niedrigschwellige Aufnahmeverfahren von größter Relevanz.

2. Die Diagnostik, sowohl medizinisch und therapeutisch wie psychologisch und pädagogisch.

Die BAR schreibt hier für die interdisziplinären Frühförderstellen vor, dass diese ein „offenes Beratungsangebot für Eltern und andere vertretungsberechtigte Personen, die ein Entwicklungsrisiko vermuten (bieten)“ (BAR 2002, 5). Für die Leistung selbst sind sechs Kriterien hervorgehoben

„Früherkennung und Diagnostik

- sind als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt;
- umfassen alle Dimensionen der kindlichen Persönlichkeit und seiner Entwicklung;
- sind handlungs- und alltagsorientiert und zielen auf die Teilhabe des Kindes in seiner realen Lebenswelt;
- bedienen sich normorientierter Verfahren, wie standardisierter Screenings, fachspezifischer Befunderhebung und klinisch-psychologischer Entwicklungstests zur Feststellung der Entwicklungsproblematik;
- bedienen sich förderdiagnostischer Verfahren einschließlich freier und hypothesengeleiteter Beobachtung des spontanen und reaktiven Verhaltens des Kindes;
- leisten die Integration der diagnostischen Einzelbeiträge und Befunde in eine systemische Gesamtschau
- und dienen als Grundlage für die Erstellung des Förder-/Behandlungsplans“ (ebda., 7).

All diese Diagnostikansätze können im Förderungszentrum bereits heute angeboten werden, es bedarf allerdings einer spezifischen konzeptionellen Strukturierung mit den entsprechenden Zeitbudgets, um die diagnostisch relevanten Faktoren zielgerichtet erheben und auswerten zu können.

1. Auf diese Befunde einschließlich der anamnestischen Daten und eine Diagnoseerstellung nach ICD 10 stützt sich nach den Vorstellungen der BAR *die interdisziplinäre Erstellung des Förder- und Behandlungsplans* (unter Einbeziehung der Familienangehörigen). Entsprechend der diagnostischen Daten einschließlich individueller „Funktionen und Ressourcen“ (ebda., 9) werden die „Förder- und Behandlungsangebote für das Kind unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen“ (ebda., 10) besprochen. Dabei werden „Art, wöchentliche Frequenz, Förder- und Behandlungszeitraum, erforderliche Hilfen und Hilfsmittel, Behandlungs-/Förderort“ festgelegt. Außerdem sind ein Gesamtziel und „Besonderheiten bei der Umsetzung“ zu beschreiben (ebda.). Der Bericht ist regelmäßig fortzuschreiben.

2. die Förderung und Behandlung im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung

Diese kann aus ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, psychologischen oder (heil-) pädagogischen Leistungen

bestehen. Sie richten sich an das Kind (BAR 2002, 10-13) oder als

1. „familienbezogene Leistungen“ an die Bezugspersonen des Kindes:

„Bestandteil der familienbezogenen Leistungen sind

- das Erstgespräch;
- anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen;
- die Vermittlung der Diagnose;
- Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans;
- Austausch und Beratung über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes;
- Familienberatung bei Verhaltens-, Beziehungs- und Erziehungsfragen;
- Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags;
- Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung;
- Vermittlung familien- und psychotherapeutischer Hilfen bei Krisen und Konflikten;
- Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten“ (BAR 2002, 13).

Diese Leistungen stehen damit gleichberechtigt neben der unmittelbaren Förderung und Behandlung des Kindes.

6. Auswirkungen der Neuregelungen auf das Förderungszentrum

6.1. Stellenwert der interdisziplinären Frühförderstellen

Dem Förderungszentrum kommt bei der regionalen Ausgestaltung der Frühförderleistungen insofern zentrale Bedeutung zu, dass die interdisziplinären Frühförderstellen bei der Umsetzung als zentrale Institution benannt sind: Früherkennung und Frühförderung stellen sich dar als „interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen. Die Leistungen werden vornehmlich durch interdisziplinäre Frühförderstellen und in Sozialpädiatrischen Zentren ausgeführt“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, Begründung). Eingebettet ist der Schwerpunkt dieser beiden Institutionsformen allerdings in einen größeren Zusammenhang, den die Abgrenzung der BAR herausstellt:

„Zur Früherkennung und Frühförderung existiert für Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ein Gesamtsystem von Hilfen, das von Ärzten/Ärztinnen, speziellen Diensten und Einrichtungen getragen wird. Neben der Heilmittelversorgung durch den Vertragsarzt, den Frühförderstellen und den Sozialpädiatrischen Zentren gehören hierzu darüber hinaus u.a. Erziehungsberatungsstellen, Familienberatungsstellen und Beratungsstellen für Eltern; Sondergruppen, Sondereinrichtungen und integrative Kindertageseinrichtungen; schulpsychologische Dienste (auch für Vorschulkinder); Einrichtungen für auffällige Kinder (Tagesgruppen, vollstationäre Heime, psychiatrische Einrichtungen); niedergelassene Therapeuten/Therapeutinnen (Physio-, Ergo- und Sprachtherapie); sozialpsychiatrische Dienste; Allgemeinärzte und Kinderärzte; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendpsychiater/innen, Ambulanzen von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken“ (BAR 2002, 4).

Das Förderungszentrum steht somit (im gewollten) Spannungsfeld mit den Angeboten anderer Einrichtungen, im Rahmen einer interdisziplinären Diagnostik werden verschiedene Hilfeangebote abgewogen. Es soll sich entsprechend (koordinierend) im Rahmen der Angebote unterschiedlicher Einrichtungsformen orientieren. Dies setzt ein kooperatives und kein konkurrierendes Verhältnis der Anbieter voraus, deren unterschiedliche Konzeptionen fachlich ineinander greifen. Besonderes Augenmerk wird künftig auf die Einbeziehung der Eltern in die (interdisziplinäre) Förderplanerstellung zu legen sein.

Da sich das Förderungszentrum nun nicht als Sozialpädiatrisches Zentrum (mit seinen vorrangigen diagnostischen Aufgabenstellungen und seiner medizinischen Gesamtverantwortung) sondern als interdisziplinäre Frühförderstelle versteht, ist dem Anspruch an eine ganzheitliche Frühförderung nur dadurch Rechnung zu tragen, dass der derzeit durch die tätigen Fachkräfte dokumentierte medizinisch-therapeutische Schwerpunkt eine verstärkte Ausrichtung auf ein System der Familienbetreuung mit dem Vorrang der Hausfrühförderung einschließlich weiterer Begleitungsmöglichkeiten, z.B. in Kindertagesstätten, erfährt.

Entsprechend ist auch für die Stadt Düsseldorf als kommunaler Kosten- und Einrichtungsträger mit im Rahmen seines spezifischen Planungsauftrages von Interesse, welche Einrichtungen und Einrichtungsformen im Rahmen des Gesamtsystems Frühförderung Funktionen übernehmen können. Die BAR-Arbeitsgruppe hat mit den interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren die beiden zentralen Einrichtungsformen inhaltlich ausgestaltet. Im Mittelpunkt dieses Gutachtens steht gemäß dem Auftrag mit dem „Förderungszentrum eine ambulante und mobile Einrichtungsform“, die sich selbst ebenfalls als interdisziplinäre Frühförderstelle definiert und damit zum Fokus der Bundesverordnung und der BAR-Empfehlungen wird. Die Ausgestaltung einer Komplexleistung wird einen einzelnen Bereichen Umstrukturierungen mit sich bringen, für die es Übergangszeiten bedarf. Es bietet sich dabei an, dass das Förderungszentrum als städtische Einrichtung – ausgehend von einer umfassenden Eingangsdiagnostik – in diesem Gesamtsystem eine moderierende Funktion übernimmt und hierfür die Akzeptanz der kooperierenden Einrichtungen anstrebt.

6.2. Ausgestaltung der Aufgabenfelder

Das Förderungszentrum kann bei der Umsetzung der vorgegebenen Ansprüche von einer bereits in weiten Teilen konzeptionierten und in der Praxis etablierten Umsetzung ausgehen, auch wenn die qualitative und effektive Ausgestaltung einzelner Arbeitsabläufe während der Betreuungsphasen veränderte Schwerpunkte nahe legen. Es unterscheidet sich damit von einer großen Zahl von Frühförderstellen in Deutschland.

Als *Pflichtleistungen* im Sinne des SGB IX lassen sich fünf verschiedene Bereiche unterscheiden:

1. Präventive Maßnahmen:

Hierzu lassen sich die konzeptionell und der Praxis bestehenden Angebote des Förderungszentrums in drei Bereichen konkretisieren:

- Eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit

Die bestehenden Falblätter sollten überarbeitet werden und allen kooperierenden Einrichtungen (Arztpraxen,

Kindertagesstätten, Kliniken, Ämtern etc.) zur Verfügung stehen. Insbesondere die im Förderungszentrum tätigen Fachkräfte sollten externen Kooperationspartnern persönlich bekannt sein, da diese (ob niedergelassene Ärzte, Therapeuten oder Kindertagesstätten) in der Regel nur an Einrichtungen vermitteln, von deren Qualifikation sie überzeugt sind.

Ergänzend sollte das Förderungszentrum in der öffentlichen Diskussion präsent sein. Dazu könnte die Funktion als koordinierend-beratende Einrichtung wesentlich beitragen, von Bedeutung sind jedoch auch eine regelmäßige (inhaltliche) Pressearbeit und Veranstaltungen (z.B. Elternabende in Kindertagesstätten).

- **Mediatorenarbeit**

Einen wesentlichen Beitrag für eine gute Kooperation verschiedener Dienste, die in benachbarten Aufgabenfeldern arbeiten, leisten regelmäßige Kooperationsgespräche und themenspezifische Arbeitskreise. Diese haben zum einen die Funktion, dass sich die verschiedenen Fachkräfte untereinander kennen (lernen) und sich damit auch ein Bild von der Qualifikation eines anderen Dienstes und seiner Mitarbeiter machen können, zum anderen dass die einzelnen Angebote konzeptionell besser aufeinander abgestimmt werden, Synergieeffekte entstehen und ein effektiveres Gesamtangebot entstehen kann.

Das Förderungszentrum bringt auch für diese Aufgabe angesichts seiner etablierten Kooperationsstrukturen gute Ansätze mit (vgl. Kap. 4.1.). Um die gegebenen Ansprüche erfüllen zu können sollte die „externe Präsenz“ der Einrichtung, z.B. in Kindertagesstätten der Stadt, ausgebaut werden. Insgesamt sind die verschiedenen Erfassungssysteme effektiver zu vernetzen. In besonderem Maße bietet es sich an, zur Umsetzung des sich selbst gestellten Anspruchs einer gezielteren Arbeit in sozialen Brennpunkten spezifische Konzepte zu entwickeln.

- **Offene Anlaufstelle**

Wesentlich für ein gutes präventives Angebot ist zum einen, dass bestehende Unsicherheiten i.S. eines vermuteten Entwicklungsrisikos sofort aufgegriffen werden können und ein erstes Screening erfolgen kann. Zum anderen muss eine Eingangsdiagnostik kompetent und unabhängig erfolgen. Hierzu trägt ein interdisziplinäres Team bei, dass einen vermuteten Betreuungsbedarf kritisch hinterfragt und Angebote abspricht, die fachlich von verschiedenen Seiten abgewogen sind.

Für das Förderungszentrum bedeutet dies, dass ein offenes Gesprächsangebot angeboten werden muss, dem bei Bedarf ein interdisziplinärer Diagnostikbereich und ggf. eine unmittelbare Betreuungsmöglichkeit folgt. Das bedeutet auch, dass der gänzliche Abbau von Wartelisten erfolgt.

2. **Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik**

Diese begründet den Zugang zur Komplexleistung Frühförderung, der in mehreren Phasen erfolgt:

1. Auslöser für eine Überprüfung des Bedarfs an einer Komplexleistung Frühförderung können Beobachtungen von Ärzten (z.B. im Rahmen der Screening-Verfahren) oder

Kindertagesstätten sein, die den Eltern eine weitere Überprüfung nahe legen. Es können aber auch diffuse oder konkrete Ängste der Eltern selbst sein, die sich bzgl. der Entwicklung ihres Kindes unsicher sind. In diesem Falle wird an eine interdisziplinäre Frühförderstelle¹⁷ mit dem Anliegen einer Eingangsdiagnostik heran getreten. Dort erfolgt ein erstes Beratungsgespräch durch eine Fachkraft des interdisziplinären Teams zur Feststellung, ob ein Entwicklungsrisiko besteht. Voraussetzung für dieses Gespräch ist ein offenes, niedrigschwelliges Angebot. Es erfolgen keine (administrativen) Vorgaben und keine fachlichen Einschränkungen. Ergebnis des Gesprächs kann – bei bestehendem Verdacht auf ein Entwicklungsrisiko oder den ausdrücklichen Wunsch der Eltern – eine Weiterleitung zur Diagnostik der Frühförderung sein, es kann aber auch eine andere Empfehlung erfolgen.

2. Wird bei einem Erstgespräch eine weitere Diagnostik vereinbart oder erfolgt durch andere Fachkräfte (z.B. das Gesundheitsamt oder niedergelassene Ärzte) eine Vermittlung mit dem begründeten Verdacht einer drohenden Behinderung, so erfolgt eine Eingangsdiagnostik zur Feststellung, ob eine Komplexleistung Frühförderung erforderlich ist oder nicht. Der Rechtsanspruch der Kinder („behindert oder von Behinderung bedroht“) auf eine Komplexleistung Frühförderung wurde durch das SGB IX gegenüber dem BSHG und KJHG tendenziell eher ausgeweitet (vgl. Kap. 5.2.). Die Diagnostik erfolgt interdisziplinär, d.h. es haben sich zumindest medizinische und pädagogisch-psychologische Fachkräfte abzustimmen, die Bezugspersonen des Kindes sind eng mit einzubeziehen. Welche Fachdisziplinen an der Diagnostik zu beteiligen sind, richtet sich nach der spezifischen Erfordernis im Einzelfall. Im Interesse einer hohen Effektivität und einer geringen Belastung von Kind und Familie durch verschiedenen Fachkräfte sind bereits zuvor durchgeführte Diagnostiken und die durchführenden Fachkräfte einzubeziehen.
3. Nach der Eingangsdiagnostik wird in einem interdisziplinären Team ein Behandlungs- und Förderplan erstellt, der neben Art und Umfang der Maßnahmen auch Ziele und Perspektiven der Hilfen sowie eine Kontrollvereinbarung enthält.¹⁸ Dabei sind die verschiedenen Vordiagnostiken und Einschätzungen fachlich abzuwägen und bei Bedarf in Abstimmung mit der Familie eine auf das Kind seine Familie abgestimmtes Arbeitskonzept als Komplexleistung zu entwickeln. Dabei sind die wesentliche Kriterien für die Einschätzung des Umfangs der Betreuungsbedürftigkeit nicht nur an einem Parameter zu bewerten (z.B. der Schwere der Behinderung des Kindes). Vielmehr müssen in einer multiaxialen Betrachtungsweise

¹⁷ eine Eingangsdiagnostik kann auch durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum durchgeführt werden. Diese sind per Gesetz auf „diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten“ (§ 119 SGB V). Die interdisziplinäre Frühförderstelle hält entsprechend das niedrigschwelligere Angebot vor, sowohl durch den regionalen und mobilen Arbeitsansatz als auch bedingt durch die langen Wartezeiten (zwischen ¼ und einem ganzen Jahr), die die 108 Sozialpädiatrischen Zentren bundesweit wie auch die drei Sozialpädiatrischen Zentren in Düsseldorf den bedürftigen Eltern und Kindern zumuten.

¹⁸ Zeitweilig hatte die BAR-Arbeitsgruppe auch eine Formulierung angenommen, wonach die Vereinbarung sowohl von der ärztlichen Fachkraft (die die Diagnostik veranlasst und die Gesamtverantwortung trägt) und einer Fachkraft des pädagogisch-psychologischen Bereichs (ggf. die Leitungskraft) der interdisziplinären Frühförderstelle unterzeichnet wird, um die einvernehmliche interdisziplinäre Abstimmung gegenüber dem Rehabilitationsträger zu dokumentieren.

- diagnostische Faktoren (des Kindes) – Schweregrad der Auffälligkeit, Pflegebedürftigkeit, Anamnestiche Einflussfaktoren,
 - die Selbständigkeit des Kindes – Ausmaß des Bedarfs an Anleitung und Beaufsichtigung,
 - Ressourcen im Umfeld des Kindes (Familiäre Situation, Bereitschaft und Möglichkeiten der Förderung und Betreuung) und
 - die regionale Infrastruktur (Betreuungsmöglichkeiten und -wahrnehmung anderer Fachkräfte oder Dienste, Einzugsgebiete berücksichtigt werden. Nähere Kriterien zu einer systematischen Einschätzung eines individuellen Betreuungsbedarfs bedürfen noch der Ausgestaltung.
5. Bei festgestelltem Bedarf für eine Komplexleistung Frühförderung und seiner näheren Beschreibung wird der Förderplan an den zuständigen Rehabilitationsträger zur Bewilligung weiter geleitet. Die Komplexleistung wird eingeleitet. Sie beinhaltet eine kontinuierliche Förder- und Verlaufsdagnostik.

Entsprechend beruht der Zugang zur Komplexleistung Frühförderung auf einer abgestimmten *teaminternen* Struktur, die jedoch durch eine ausgebauten Kooperationsstruktur zwischen verschiedenen Berufsgruppen auch mit *externen* Fachkräften ergänzt wird. Zur fachlichen Absicherung müssen eine feste Teamstruktur und regelmäßige Absprachemöglichkeiten gegeben sein.

3. Förderung und Therapie des Kindes

Welche spezifischen Angebote bei einem festgestellten Bedarf zur weiteren Förderung und/oder Therapie des Kindes angeboten und wie und wo diese durchgeführt werden, richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Das Förderungszentrum hält bereits interdisziplinäre Angebote unterschiedlicher Berufsgruppen und Schwerpunkte vor (vgl. Kap. 4.5.), die ggf. ergänzt werden können. Ausgebaut werden sollten die Wahlmöglichkeiten bzgl. der Betreuungsform (ambulant/Mobil, Einzel- oder Gruppenbetreuung).

4. Begleitung und Beratung der Eltern

Gleiches gilt für die fachlich notwendige Begleitung der Eltern. Hier steht eine aufsuchende Arbeit im Vordergrund, der auf einem systemischen Ansatz aufbaut. Die hohe Flexibilität gerade mit dem Schwerpunkt einer mobilen Tätigkeit erfordert eine hohe Kompetenz der Fachkräfte, die entsprechend (mit einer systemischen Weiterqualifikation) zu erwerben.

5. interdisziplinäre Kooperation

Die derzeitige Praxis der Frühförderung zeichnet sich – trotz aller Ansprüche und vorbildlichen Ansätze in zahlreichen Einzelfällen – bundesweit durch ein häufig un-abgestimmtes Aneinanderreihen von einzelnen Förderangeboten aus, über das oftmals nur die Eltern informiert sind. Kooperationsstrukturen mit Fachkräften, die den Eltern bei der Auswahl und Begrenzung möglicher Hilfeangebote zur Seite stehen und ihre fachlichen Erkenntnisse mit anderen Fachkräften abstimmen, müssen regional meist langsam wachsen. Eine solche professionelle interdisziplinäre Kooperation kann sich auf Dauer nur etablieren, wenn die verschiedenen Fachkräfte über Kennt-

nisse der Infrastruktur verfügen und es gelingt, das Ineinandergreifen verschiedener Systeme (Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, ggf. auch der Justiz) verbindlich zu etablieren. Um hier eine Vorreiter- und ggf. Koordinierungsrolle einnehmen zu können benötigt das Förderungszentrum Teamstrukturen mit der Möglichkeit, externe Fachkräfte einzubeziehen. Zusätzlich bedarf es eines Dokumentationssystems und Verwaltungskapazität, das die einzelnen Diagnostik- und Betreuungsschritte aufnimmt, fachlich zusammenfasst und eine regelmäßige schriftliche Information der kooperierenden Fachkräfte ermöglicht.

Neben diesen fünf Kernbereichen gibt es weitere Arbeitsbereiche, die nicht vom Gesetzgeber vorgegeben werden. Diese werden nachfolgend als Nicht-Pflichtleistungen aufgegriffen (Kap. 6.5.)

6.3. Ablauf der Eingangsdiagnostik

Die bereits beschriebenen Arbeitsabläufe des Förderungszentrum im Rahmen einer Eingangsdiagnostik entsprechen in weiten Teilen bereits den Anforderungen des SGB IX. Es bedarf einer klareren Strukturierung der Aufgaben der Fachkräfte aus den einzelnen Berufsgruppen, insbesondere bei der Umsetzung der vom Gesetz gewollten ärztlichen Gesamtverantwortung¹⁹. Die BAR-Arbeitsgruppe hat dies (zeitweise) als „ärztliche Veranlassung“ beschrieben, d.h. eine ärztliche Fachkraft (sei des Hausarzt, aus einem Klinikum, dem Gesundheitsamt oder eine mit einer Frühförderstelle verbundene ärztliche Fachkraft) vermittelt zur interdisziplinären Frühförderstelle, in der dann kollegial ohne hierarchische Struktur gearbeitet wird, dokumentiert durch die doppelte ärztlich-pädagogische/psychologische Unterschrift unter den Förderplan.²⁰

Unter weitgehender Beibehaltung etablierter Arbeitsabläufe sähe ein Diagnostikverfahren im Förderungszentrum folgendermaßen aus:

1. Die Anmeldung kann auf drei Ebenen erfolgen:
 - a. Die Eltern wenden sich allgemein an das Förderungszentrum. Die Anmeldung erfolgt dann i.d.R. über das Sekretariat (bei Nichtbesetzung direkt bei einer Fachkraft), das an eine Fachkraft des Teams (ggf. die Leitung) weitervermittelt. Mit dieser Fachkraft wird ein Erstgespräch vereinbart.
 - b. Durch direkten Anruf bei einer Fachkraft des Teams (einschließlich der Leitung), die den Eltern durch eine überweisende Fachkraft (Hausarzt, Kindertagestätte etc.) empfohlen oder dem Blatt entnommen wurde. Diese nimmt das Anliegen der Eltern entgegen. Nach Möglichkeit terminiert sie selbst ein Erstgespräch, bei Überlastung vermittelt sie an eine andere Fachkraft weiter.
 - c. Durch Anmeldung bei der Ärztin, die als Honorarkraft des Förderungszentrum beschäftigt ist und im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik und Behandlungsplanerstellung mitwirkt. An sie kann wie an andere Fachkräfte des Teams direkt vermittelt werden. Auch sie

¹⁹ Diese begründet gleichzeitig die ausschließliche Kostenträgerzuständigkeit des Rehabilitationsträgers Krankenversicherung

²⁰ Die Einbeziehung von Allgemeinärzten als gesamtverantwortliche Fachkräfte entspricht dabei nicht dem notwendigen Qualifikationsprofil, das ärztliche Fachkräfte mit speziellen (neuro-) pädiatrischen Kenntnissen erfordert.

kann eine Erst-Diagnostik terminieren.²¹

2. Mit Eltern und Kind wird zeitnah ein Erstgespräch vereinbart. Die schnelle Auf- und Annahme des elterlichen Anliegen genießt hohe Priorität, Wartelisten existieren hierfür keine. Mit den Eltern wird gemeinsam der Ort des Erstgesprächs abgesprochen. I.d.R. werden den Eltern drei Möglichkeiten angeboten:
 - a. Die Eltern können mit ihrem Kind in das Förderungszentrum kommen.
 - b. Den Eltern wird ein Besuch bei ihnen zu Hause angeboten.
 - c. Bei Bedarf kann ein Erstkontakt auch an einem „neutralen“ Ort (z.B. der Kindertagesstätte) erfolgen. Hier können gleichzeitig Absprachen mit weiteren Bezugspersonen des Kindes getroffen werden.²²
3. Die Anmeldung wird in der nächsten interdisziplinären Teambesprechung vorgestellt, es findet ein kurzer Austausch über erste diagnostische Erkenntnisse und die Möglichkeiten einer weiteren Betreuung statt. Für die Eltern wird aus dem Team eine vorläufige Bezugsperson (als „case manager“) bestimmt bzw. bestätigt. Hierzu müssen unterschiedliche Kriterien gegeneinander abgewogen werden, insbesondere
 - a. bereits bestehende Kontakte (infolge der ersten Kontaktaufnahme), die eine Kontinuität nahe legen,
 - b. die Kapazitäten der Fachkraft, eingeschränkt durch die Anzahl und den Umfang der bereits betreuten Familien,
 - c. der spezifischen Qualifikation der Fachkraft, entsprechend der die sich abzeichnenden individuellen Betreuungsbedürfnisse von Kind und Familien,
 - d. regionale Schwerpunkte der Fachkräfte, die bei einer mobilen Betreuung eine höhere Effektivität (Bündelung von Hausbesuchen) und bessere Kooperationsstrukturen (feste Ansprechpartner z.B. für Kindertagesstätten, Kliniken oder niedergelassene Ärzte) erwarten lassen.Ggf. werden weitere diagnostische Erhebungen (z.B. bei behandelnden Ärzten oder Therapeuten, Geburtskliniken, aber auch betreuenden Tagesstätten oder Ämtern) angeregt, die in Absprache mit den Eltern durchgeführt werden.
4. Nach dem Erstkontakt findet meist eine Ergänzung der ersten Informationen durch eine Abstimmung mit weiteren behandelnden und betreuenden Fachkräften statt, mit denen (sofern die Eltern dem zustimmen) Kontakt aufgenommen wird. Federführend für das Zusammentragen bereits erhobener diagnostischer Informationen ist die Bezugsperson, die nach Möglichkeit mit der Person des Erstkontaktes identisch ist. Ziel ist es, Doppeldiagnostiken zu vermeiden. Anschließend erfolgt eine erste Abwägung von Eltern und Bezugsperson über den wei-

teren Diagnostikbedarf. Auch hierzu gibt es drei Möglichkeiten:

- a. Die Bezugsperson hat den Eindruck gewonnen, dass eine weitere Betreuung zum jetzigen Zeitpunkt nicht notwendig ist und kann die Eltern bzgl. der weiteren Entwicklung ihres Kindes beruhigen. Eine weitere Diagnostik ist dann nicht mehr notwendig.
 - b. Es bestätigt sich ein Anfangsverdacht bzgl. eines kindlichen Entwicklungsrisikos. Die Diagnostik wird dann interdisziplinär fortgesetzt: Ist der Erstkontakt über eine medizinisch-therapeutische, pädagogische oder psychologische Fachkraft des Förderungszentrum erfolgt, findet eine ärztliche Untersuchung durch das Förderungszentrum statt.
 - c. Erfolgte die Anmeldung und der Erstkontakt bei der Ärztin, findet eine Vorstellung bei einer möglichen künftigen Bezugsperson statt. Bei Bedarf und Wunsch der Eltern können im Rahmen der Diagnostikphase weitere Disziplinen hinzugezogen werden.
5. Im Anschluss an die Eingangsdiagnostik berät das interdisziplinäre Team, das sich zu regelmäßigen Fallbesprechungen trifft, über einen Bedarf an Komplexleistung Frühförderung und einen Förder- und Behandlungsplan. Die Eltern sind an dieser Beratung in angemessener Form zu beteiligen. Im Team muss eine Interdisziplinarität mit der Beteiligung möglichst verschiedener Berufsgruppen gewährleistet sein. D.h. nicht, dass alle Fachkräfte des Förderungszentrum an allen Fallbesprechungen teilzunehmen haben.
 6. Der im Team einvernehmlich verabschiedete Förder- und Behandlungsplan ist verbindlich und wird dem zuständigen Kostenträger²³ zur Bewilligung vorgelegt. Die Einhaltung der durch das SGB IX (§ 14) vorgegebenen Fristen für das Verwaltungsverfahren wird insofern erleichtert, da durch die interdisziplinären Fachkräfte im Rahmen der Eingangsdiagnostik die inhaltlichen Vorarbeiten abgeschlossen sind und sich eine weitere Begutachtung dann erübrigt, wenn die federführende ärztliche Fachkraft als Gutachter gemäß §14 Abs. 5 von den gesetzlichen Vertretern des Kindes anerkannt wird. Damit ist die Phase der Eingangsdiagnostik abgeschlossen. Die Betreuungsphase im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung kann bei Bedarf anlaufen.

6.4. Änderung von Arbeitsabläufen

Für das Förderungszentrum bleiben damit wesentliche Arbeitsabläufe erhalten, für einige Punkte sollten hingegen Änderungen angestrebt werden:

1. Die ärztliche Diagnostik durch eine Ärztin auf Honorarbasis bleibt obligatorisch, sie ist allerdings je nach Einzelfall der komplementären Diagnostik des Förderungszentrum vor- oder nachgeschaltet; die Ärztin übernimmt im Einzelfall auch die Funktion einer Bezugsperson während der Diagnostikphase. Die interdisziplinäre Abstimmung (nach Möglichkeit im Team) gewinnt an Bedeutung.

2. Die einzelnen berufsgruppenspezifischen Fachbereiche²³ als mögliche Rehabilitationsträger sind Sozialamt, Jugendamt und Krankenversicherung vorgesehen. Im Interesse effektiver Bewilligungs- und Finanzierungsabläufe bietet es sich an, wenn der Hauptrehabilitationsträger als federführende Genehmigungsbehörde fungiert, die mit den anderen Rehabilitationsträgern pauschale Refinanzierungsverträge abschließt.

²¹ denkbar ist, dass z.B. ärztliche KollegInnen in freier Praxis oder Kliniken Eltern direkt mit Namensnennung an ihre ärztliche Kollegin weiter verweisen, da hier intensivere – zwischenärztliche – Kooperationsstrukturen bestehen. Für die Eltern bedeutet die bereits jetzt praktizierte Möglichkeit, sich direkt an eine namentlich bekannte Bezugsperson des Förderungszentrum zur Anmeldung wenden zu können, einen persönlicheren Bezug und eine Absendung der bestehenden Hemmschwellen.

²² In der Praxis der Frühförderung in Deutschland hat sich der Schwerpunkt des Erstkontaktes im häuslichen Bereich durchgesetzt. Unabhängig von abzuwägenden Gründen im Einzelfall (vgl. Sohns 2000, 200ff) ist dies aus fachlicher Sicht zu begrüßen.

verlieren an Bedeutung. In den Vordergrund rückt die Gesamtqualifikation und -identität „Frühförderfachkraft“ und Bezugsperson für Kind und Familie. Fachbereichsspezifische Wartelisten werden aufgelöst und zusammengeführt, die Wartelisten im Förderungszentrum sukzessive abgebaut. Die Kapazität der Einrichtung ist entsprechend der Leistungsvereinbarung so zu gestalten, dass die beschriebenen Probleme einer Warteliste (vgl. Kap. 4.4.) ausgeräumt werden. Dabei hat die Aufnahme und Betreuung einer Familie Priorität vor einer therapiespezifischen Zuordnung. Entsprechend sind die Fachkräfte gemäß der neuen (familienorientierten) Schwerpunkte weiterzuqualifizieren (vgl. Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung 2000), mittelfristig ist die inhaltliche Ausrichtung des Teams anzupassen²⁴. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Identität „Frühförderfachkraft“ und das Einlösen eines vom Gesetzgeber gewollten „ganzheitlichen“ Ansatzes. Unterhalb dieses gemeinsamen Ansatzes erfolgt dann eine teaminterne Spezifizierung auf unterschiedliche Schwerpunkte (bspw. „Entwicklungstherapeut mit dem Schwerpunkt Sprache, Motorik etc.“ oder „Sozialrechtliche Beratung“, „Basale Stimulation“ u.v.m), die eine möglichst große Vielfalt und damit ein breites – individuell einsetzbares – Angebot für die Familien durch das Team gewährleisten.

3. Die Strukturen der Teambesprechungen können effektiviert werden: Einerseits werden die Teamabsprachen im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanerstellung verbindlicher (einschließlich regelmäßiger Wiedervorstellungen), andererseits können sie gebündelt werden.

a. Das Team mit regelmäßiger Beteiligung der Ärztin dient wie bisher der inhaltlichen Absprache von Neuaufnahmen einschließlich deren Reflexion sowie der organisatorischen Zuordnung von Bezugspersonen. Hier werden auch Fälle mit sich kurzfristig veränderndem Betreuungsbedarf angesprochen, die eine Änderung bzw. Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans nahe legen. Der wöchentliche (bzw. vierwöchentliche) Tagungsrhythmus wird beibehalten; für die Fallbesprechungen im ambulanten Bereich bietet sich der Mittwoch Nachmittag an (vierstündig, mit der Möglichkeit, niedergelassene Ärzte bei Bedarf hinzuzuziehen)²⁵. Die Besprechungszeiten pro Fall sind je nach Schwierigkeit der Betreuung unterschiedlich – von kurzen Abstimmungen über eine Veränderung der Betreuungsdichte (z.B. nach überstandener Krisensituation und Entlassung aus stationärer Betreuung) bis hin zu ausführlichen Fallbesprechungen unter Beteiligung externer Fachkräfte und der Eltern. Hier ist eine Kapazität von 300 (43 Wochen x 7 Fälle) Fallbesprechungen pro Jahr anzustreben.

b. Jenseits der Förderplanerstellung im Anschluss an die Eingangsdiagnostik oder im Rahmen der Verlaufsdiagnostik bleibt für Fälle mit intensivem Gesprächsbe-

darf die Möglichkeit einer Fallbesprechung unter psychologischer Leitung. Diese richtet sich nach individuellem Bedarf. An ihnen können neben der Leitung und Bezugsperson bei Bedarf ausgewählte Fachkräfte zur Gewährleistung einer interdisziplinären Kompetenz teilnehmen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit für die Bezugsperson, bei entsprechendem verlaufdiagnostischen Bedarf spezifische Fachkräfte einer anderen Disziplin im Rahmen der Betreuung hinzuzuziehen oder an sie zu vermitteln²⁶.

c. Die berufsgruppenspezifischen Fachteams entfallen. Schwerpunkt ist vielmehr, die berufsgruppenspezifische Kompetenz in ein übergreifendes Frühfördersystem zu integrieren und damit den interdisziplinären Anspruch zu erfüllen.

4. Keine konzeptionelle Neuorientierung aber eine Schwerpunktverschiebung erfolgt bzgl. der Betreuungsform. Dies betrifft zum einen den Ort der Betreuung (hier ist eine Anpassung an bundesweite Standards mit ca. 80% mobiler Frühförderung anzustreben), zum anderen die Art der Betreuung (flexiblere Wahlmöglichkeit zwischen Einzel- und Gruppenbetreuung).
5. Die Komplexleistung zeichnet sich insofern durch die Abstimmung verschiedener interdisziplinärer Ansätze aus, die aus fachlicher Sicht für die Frühförderung unverzichtbar sind. Das Förderungszentrum grenzt sich in seinen Angeboten entsprechend von isolierten Leistungen einzelner (z.B. medizinisch-therapeutischer) Berufsgruppen ab. Innerhalb der Einrichtung werden keine Leistungen mit separater Krankenkassenabrechnung mehr durchgeführt. Alle Leistungen finden unter dem Dach der Komplexleistung statt.
6. Synergieeffekte mit den medizinisch-therapeutischen und pädagogischen (erzieherischen) Fachkräften der Tagesstätte werden weiterhin genutzt. Es bietet sich jedoch an, das Angebot einer gegenseitigen Ergänzung im Hinblick auf eine Komplexleistung nicht nur auf die hausinternen Kindertagesstätten zu begrenzen. Vielmehr wird das Gesamtangebot der Stadt Düsseldorf dadurch effektiviert und aufgewertet, dass auch externe Tagesstätten mit dem Förderungszentrum als externe Institution zur Kindertagesstättenfachberatung mit Bezug auf entwicklungsauffällige Kinder kooperieren können. Dadurch würde zum einen der präventive Charakter zum anderen die Komplexleistung auch bezüglich der teilstationären Angebote gestärkt.

6.5. Aufgabenfelder im Rahmen freiwilliger Leistungen

Neben der fachlichen und effektiven Ausgestaltung der Pflichtleistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung werden derzeit vom Förderungszentrum Leistungen vorgehalten, die nicht auf einer gesetzlichen Anforderung und deren fachlichen Ausgestaltung fundieren. D.h., so sehr ein großes Spektrum unterschiedlicher Angebotsprofile wünschenswert ist, um den spezifischen Bedürfnissen von Kind und Familie gerecht werden zu können, sind nicht alle Angebotsformen verbindlich. Unabhängig von der Verbindlichkeit ist der fachliche Nutzen und die Zweckmäßigkeit weiterer Angebote i.S. einer höheren Effektivität zu bewerten. Für das Förderungszentrum betrifft dies folgende Bereiche:

²⁴ Angesichts des bislang sehr einseitigen medizinisch-therapeutischen Schwerpunktes ist der pädagogisch-psychologische Bereich auszubauen. Aber auch innerhalb des pädagogischen Aufgabenfeldes ist der Schwerpunkt einer kindzentrierten Gruppenbetreuung zu Gunsten einer einzelfallorientierten Familienbetreuung umzustrukturieren.

²⁵ Die Finanzierung der Absprachen erfolgt über den Behandlungssatz im Rahmen der Eingangsdiagnostik (berechnet nach BE), als fachliches Vorbild können die langjährigen Erfahrungen der Grauzonenfinanzierung in Hessen fungieren (vgl. Anm. 2)

²⁶ Dies gilt insbesondere auch für eine Beratung durch den Sozialarbeiter im Hause

1. Nicht alle medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen müssen ständig in den Teambesprechungen präsent sein. Allerdings bietet es sich an, bei einem Team entsprechender Größe auch durch Fachkräfte mit unterschiedlicher Grundausbildung, die über diese grundständige Qualifikation hinaus für die Tätigkeit einer Bezugsperson qualifiziert werden, die Flexibilität des Angebotes zu erweitern.²⁷
2. Die Tätigkeitsfelder der *beratenden Sozialarbeit* (z.B. in finanziellen und administrativen Angelegenheiten) sind für eine interdisziplinäre Frühförderstelle und eine Komplexleistung Frühförderung nicht zwingend. Konzeptionell bilden sie jedoch einen – kleinen aber wichtigen – Teilbereich eines ganzheitlichen, familienorientierten Angebotes. Es erscheint daher sinnvoll und effektiv, dieses Angebot weiterhin vorzuhalten und als BE-relevante Leistung im Bedarfsfalle anzubieten.²⁸
3. Das gleiche gilt für eine Spezialisierung der Angebote auf Kinder und Familien in sozialen Brennpunkten, die als besonderer Schwerpunkt in den Rahmenzielen verankert ist (vgl. Kap.2.1.). Auch hier gibt es keine verbindliche Vorgabe, wonach eine solche Ausrichtung zu konzeptionieren und anzubieten wäre. Angesichts der Tatsache, dass es sich hierbei jedoch um eine hochsignifikante Risikogruppe insbesondere für eine Aufnahme in eine Sonderschule handelt und gleichzeitig die Interventionsmöglichkeiten im Vergleich zu anderen Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten deutlich erfolversprechender sind (Schlack 1998) ist es nicht nur im Interesse einer erhöhten Chancengleichheit und der Verhinderung der weiteren psychosozialen Folgen einer „Behindertenkarriere“, es ist auch im Interesse des effektiven Einsatzes sozialer Ressourcen, hier mit frühen präventiven Hilfen möglichen Sonderschulaufnahmen entgegen zu wirken.
4. Diese Argumentation lässt sich auch übertragen auf die Betreuung von (Regel-) Schulkindern, die bislang einen Schwerpunkt (27% der betreuten Kinder) im ambulanten Bereich des Förderungszentrum bilden. Der Gesetzgeber stellt eindeutig klar, dass diese Aufgabe nicht zum Pflichtbereich einer interdisziplinären Frühförderstelle gehört: „Die Leistungen enden mit dem Schuleintritt, weil die im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden heilpädagogischen Leistungen nach §§55 Abs. 2 Nr. 2, 56 SGB IX für Kinder erbracht werden, die noch nicht eingeschult sind. Besteht nach dem Schuleintritt weiterer Bedarf an Leistungen, werden diese von den Rehabilitationsträgern nicht auf der Grundlage des §30 SGB IX und der Verordnung erbracht“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, Begründung zum Referentenent-

wurf: vom 17.01.2003, §1, S. 3). Da es jedoch keine vergleichbar ausgestatteten familiennahen Betreuungssysteme gibt und der zuständige Schulbereich eine ganzheitliche familienorientierte Betreuung nicht leisten kann, sollte im Einzelfall unter Federführung der Jugendhilfe im Rahmen des §37 SGB VIII abgewogen werden können, ob die Komplexleistung Frühförderung auch für Kinder im Schulalter angeboten wird.²⁹ Unabhängig hiervon sind jedoch die bereits heute ausgebauten Kooperationsstrukturen mit dem Schulbereich im Rahmen der Komplexleistung zu modifizieren und verbindlicher zu gestalten.

5. Zur Pflichtaufgabe im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung gehört hingegen die Betreuung der Kinder im Kindergartenalter, unter ganzheitlichen Gesichtspunkten auch mit der Maßgabe, mit den Kindertagesstätten zu kooperieren und Angebote vor Ort zu machen. Dabei zeigt sich für die Frühförderfachkräfte in der Praxis, dass von den Kindertagesstätten meist auch ein Beratungsbedarf zum Umgang mit Kindern geltend gemacht wird, die nicht durch eine Frühförderstelle betreut werden. Hierzu gibt es keine – individuell zuzuordnende – Finanzierungszuständigkeit, da keine Anmeldung durch die gesetzlichen Vertreter des Kindes erfolgt ist³⁰. Aus fachlicher Sicht ist jedoch der Bedarf nach einer spezifischen Fachberatung zum Umgang mit entwicklungsauffälligen Kindern abzudecken, um den Unsicherheiten der Fachkräfte in den Kindertagesstätten entgegen zu wirken. Eine umfeldorientierte Frühförderung steht vor der Aufgabe, auch hier Angebotsstrukturen zu entwickeln, die diesen Bedürfnissen Rechnung tragen.³¹ In der Praxis erscheint es sinnvoll, parallel zur Arbeit in sozialen Brennpunkten ein offenes Beratungsangebot für Regelkindertagesstätten zu konzipieren und in das Förderungszentrum zu integrieren. Die bisher oftmals isoliert arbeitenden Fachberaterinnen für Kindertagesstätten bekämen so einen stärkeren fachlichen Rückhalt.
6. Bislang werden Kinder, die im Förderungszentrum ambulante Frühförderung erhalten, in erheblichem Umfang durch einen Fahrdienst des Förderungszentrums in die Einrichtung geholt und wieder nach Hause gebracht. Auch diese Leistung hat keine rechtliche Verbindlichkeit, vielmehr ist das deutsche Frühfördersystem mit seiner Familienorientierung primär auf die Mobilität der Fachkräfte mit Haus- oder Kindertagesstättenbesuchen fokussiert. Andererseits kann es zu einer fachlichen Notwendigkeit für den Transport eines Kindes (und seiner Familie) zu einer ambulanten Betreuung kommen; die fachlichen Kriterien für eine Entscheidung zu Gunsten einer mobilen oder ambulanten Betreuung oder einer Gruppen- oder

²⁷ Bei einem gut ausgestatteten interdisziplinären Team mit weiterführenden Aufgaben z.B. in der spezifischen Institutionenberatung könnten auch Synergieeffekte erwogen werden, die über einen Kooperationsvertrag mit anderen Leistungsanbietern entstünden, die bspw. kein interdisziplinäres Team vorhalten, jedoch ebenfalls die Komplexleistung Frühförderung anbieten wollen. Bspw. könnte es für die Frühförderstelle der Lebenshilfe von Interesse sein, den medizinisch-therapeutischen Anteil des Förderungszentrum im Rahmen der Eingangsdiagnostik auch für die eigene Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Eine Abrechnung könnte über zu leistende Betreuungseinheiten (BE) erfolgen (vgl. Kap. 7.2.).

²⁸ D.h., die Leistung würde im Rahmen einer Leistungsvereinbarung aufgenommen und kann – Förderungszentrum-intern oder im Rahmen einer Betreuung außerhalb des Förderungszentrums – als zeitlich befristete oder einmalige Leistung - erfolgen und ebenfalls über die Definition einer Betreuungseinheit (BE) dokumentiert und damit quantifiziert und abgerechnet werden.

²⁹ Zu bedenken ist hierbei allerdings, dass der Rehabilitationsträger Eingliederungshilfe für diese Hilfe nicht mehr zuständig ist, sondern die Jugendhilfe seine Zuständigkeit übernimmt. Abzustimmen wäre im Zuge von Verhandlungen, inwiefern der Rehabilitationsträger Krankenversicherung einer solchen Konzeption beiträgt und damit auch in die Finanzierungsverantwortung einträte.

³⁰ Aus rechtlicher Sicht wäre zu hinterfragen, ob die Bedarfsanmeldung durch die betreuenden Bezugspersonen in der Kindertagesstätte nicht auch dazu führen könnte, dass der Kostenträger der Eingliederungshilfe zuständig würde, da er bereits tätig zu werden hat, wenn er von einem Bedarf „Kenntnis erhält“. Dem steht allerdings der Schutz persönlicher Daten (durch die Kindertagesstätten) und das Grundprinzip der Freiwilligkeit in der Frühförderung (bezogen auf die gesetzlichen Vertreter des Kindes) entgegen.

³¹ Erfahrungen aus Hessen, wo bereits seit über 10 Jahren – primär finanziert durch den Landeswohlfahrtsverband – an den Frühförderstellen Fachberater für Kindertagesstätten angebunden sind, bestätigen den hohen Bedarf und die positiven Auswirkungen auf effektive Kooperationsstrukturen

Einzelförderung sind sehr vielfältig (vgl. Anm. 23). Auch hier gilt es im Rahmen einer individuellen Förder- und Behandlungsplanerstellung, die spezifischen Konstellationen einer Familienbetreuung zu berücksichtigen. Dies spricht dafür, das Angebot eines Fahrdienstes für das ambulante Förderungszentrum grundsätzlich beizubehalten, unabhängig davon, ob dies künftig im Zusammenhang mit bestehenden Fahrten der Kindertagesstätte koordiniert oder ggf. durch nicht-professionelle Fachkräfte (z.B. Zivildienstleistende) durchgeführt werden kann. Angesichts eines stark auszuweitenden mobilen Angebotes und einer anzustrebenden hohen Eigenverantwortung der Familien kann dieser Aufgabenbereich auf begründete Einzelfälle reduziert werden.

Neben den im Einzelfall konzeptionell abzuwägenden Leistungen ohne gesetzliche Anforderung fordert die Komplexleistung auch qualitative Standards, die bislang nicht vom Förderungszentrum erfüllt werden:

- Wesentlicher Punkt ist die Unzumutbarkeit einer Warteliste, die ebenfalls gegen die Rahmenziele des Förderungszentrum (Pkt. 1, Kap. 2.1.) verstoßen.
- Die Komplexleistung Frühförderung stellt mit ihren ganzheitlichen Ansprüchen und den sich daraus ergebenden spezifischen Aufgabenstellungen, u.a. eine individuelle Elternbegleitung und Fachberatung anderer Institutionen (Anm. 8), hohe Anforderungen an das Qualifizierungsprofil der durchführenden Fachkräfte stellen. Sie erfordert auch Kompetenzen in der professionellen Arbeit mit den Familien – insbesondere was dynamische Abläufe in spezifischen Familienkonstellationen mit einem entwicklungsauffälligen Kind betrifft –, über die das Förderungszentrum nicht in ausreichendem Maße verfügt. Hier ist eine (systemische) Weiterqualifizierung und eine Anpassung im Zuge von personeller Aufstockung oder Personalwechsel unverzichtbar.

7. Finanzierung

Der Gesundheitsbericht der Stadt Düsseldorf benennt „Schnittstellenprobleme bei der Finanzierung von notwendigen Hilfen“, die – bedingt durch unterschiedliche Kostenträger im differenzierten Rehabilitationssystem – zu negativen Konsequenz für die Erreichung von Rehabilitationszielen führen (vgl. Kap. 1).

Entsprechend erscheint es sinnvoll, im Zuge der Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung die bisherigen Finanzierungsstrukturen in Teilen zu verändern und nach Möglichkeit zu vereinfachen.

7.1. Zuständigkeit der Kostenträger

Dadurch, dass mit dem §30 SGB IX der Bereich „Frühförderung und Früherkennung“ terminologisch unter die „medizinische Rehabilitation“ subsummiert wurde, kam es zeitweise zu erheblichen Irritationen, die zwischenzeitlich Sozialhilfeträger irrtümlicherweise bewog (z.B. der Landkreistag in Bayern), die Kostenträgerzuständigkeit für den gesamten Bereich bei den Krankenkassen zu sehen. Die Begründung des Gesetzgebers zum §30 stellt hingegen klar, dass die Leistungen im Zusammenhang mit den heilpädagogischen Leistungen zu sehen seien und die primäre Kostenträgerschaft des örtlichen Sozialhilfeträgers unberührt bleibt. Beide Bereiche werden durch den Terminus Komplexleistung als gleichbe-

rechtigte Ansätze gegenübergestellt, die verbindlich miteinander nach fachlichen Gesichtspunkten in jedem Einzelfall zu koordinieren sind.

Der Gesetzgeber hat weiteren Irritationen versucht vorzubeugen, in dem er bzgl. der finanziellen Ausgestaltung der Komplexleistung in der Begründung zu seinem Referentenentwurf klargestellt hat:

„Ziel der Komplexleistung Frühförderung ist die Leistungserbringung ‚aus einer Hand‘. Kinder und Eltern sollen die Leistungen koordiniert von einem Rehabilitationsträger erhalten, und zwar unabhängig davon, welcher Leistungsträger letztlich für die erforderlichen Leistungen zuständig ist. Die beteiligten Rehabilitationsträger sind deshalb nach §30 Abs. 3 SGB IX verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen Näheres zur Abgrenzung der Leistungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung zu vereinbaren“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, Begründung zum Referentenentwurf: vom 17.01.2003, 1f).

Dies entspricht auch den Vorgaben des §10. Dort bestimmt der Gesetzgeber ausdrücklich, dass die Rehabilitationsträger eng kooperieren und die Betroffenen in die Planung einbeziehen sollen. Die Leistungen sollen so zusammen gestellt werden, dass sie „nahtlos ineinander greifen“ (§10 Abs. 1). Ebenso bestimmt er, dass die Rehabilitationsträger „gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin (wirken), dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen“ (§19, Abs. 1, Satz 1). D.h. Sozialamt, Jugendamt und die Krankenkassen sind deshalb angehalten, auch regional sich auf ein gemeinsames Konzept für die Ausgestaltung und Finanzierung der interdisziplinären Frühförderstellen und der Sozialpädiatrischen Zentren zu einigen, das den Ansprüchen an eine Komplexleistung Frühförderung entspricht. Dabei ist auf fachlich abgestimmte Kooperationsstrukturen ebenso zu achten wie auf einen unverzüglichen Abbau von Wartelisten. §19 stärkt zudem das Angebot einer „offenen Anlaufstelle“, in dem ein Passus eingefügt wurde, wonach das subjektive Empfinden von Eltern berücksichtigt wird, die aus Angst, Scham oder Berührungängsten oft jahrelang keine Hilfen zur Diagnostik und Förderung ihres Kindes suchen. Der Bundesgesetzgeber schreibt nun den Rehabilitationsträgern vor, darauf zu achten, „dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen“ (§19 Abs. 1 Satz 2).

Die BAR-Arbeitsgruppe hat das Anliegen eines niedrigschwelligen Zugangs aufgegriffen und jeweils einen Kostenträger als federführend konzipiert. Für die Sozialpädiatrischen Zentren sind dies die Krankenkassen, für die interdisziplinären Frühförderstellen die örtlichen Sozial- oder Jugendhilfeträger. Entsprechend wurde auch die Korridor-Finanzierung entworfen, die für die interdisziplinären Frühförderstellen die Kommunen mit einem Anteil – je nach Ausgestaltung der Frühförderstelle – von mindestens 55% (und damit federführend) vorsah (vgl. Anm. 4).

Es erscheint sinnvoll, diese Struktur in Düsseldorf zu übernehmen. Die Umsetzung sähe dann so aus, dass die Rehabilitationsträger (ggf. können im Einzelfall noch weitere Kostenträger hinzukommen) für beide Einrichtungsformen eine Übereinkunft mit Pauschalen zur praktikablen Umgestaltung der Komplexleistung anstreben, die gleichzeitig eine hohe Transparenz der Einzelschritte ermöglichte. Die Sozialpädiatrischen Zentren rechneten dann ihre Leistungen gemäß der getroffenen Finanzierungsvereinbarung mit

den Krankenkassen ab, die sich dann den Anteil von Jugend- und Sozialhilfeträger pauschal erstatten ließen.

Das gleiche Verfahren mit umgekehrter Federführung wäre für die Frühförderstellen in Düsseldorf und damit auch für das Förderungszentrum anzustreben. Zu entscheiden wäre hierbei zunächst, welches der beiden involvierten Ämter die Federführung übernehme. Eine Aufteilung einzelner Fälle nach diagnostischen Gesichtspunkten ist nicht praktikabel und zudem sehr aufwendig (vgl. Sohns 2000, 134). Da beide Behörden über Gelder der Stadt Düsseldorf verfügen, sollte diese Frage nach inhaltlichen Kriterien entschieden werden. Abzuwägen wäre hierbei, ob es sich bei den Kindern primär um Kinder einer klassischen Eingliederungshilfe (körperlich oder geistig behindert) handelt, oder ob mit der administrativen Zuordnung die Hilfen für das Kind (als Kind) – und für seine Eltern – im Vordergrund steht und seine Hilfebedürftigkeit im Sinne einer „Ganzheitlichkeit“ nicht ausschließlich auf seine „Behinderung“ bezogen wird. Angesichts der Tatsache, dass nur noch ca. 20% der betreuten Kinder klassische Behinderungsformen zeigen (vgl. Kap. 3.4.), sollte eine fachliche Zuordnung des Gesamtbereichs Frühförderung zum Jugendamt erwogen werden. Unabhängig hiervon sollte die Aufteilung der Kosten ebenfalls pauschal (bspw. zu gleichen Teilen) erfolgen.

Der Verordnungsentwurf zum SGB IX entspricht dieser Vorstellung. §9 (2) sieht vor: „Die Aufteilung der Entgelte kann pauschalisiert werden. Der auf die für die Leistungen nach §6 jeweils zuständige Träger³² entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 vom Hundert und in Sozialpädiatrischen Zentren 20 vom Hundert nicht übersteigen“.

D.h., die Stadt Düsseldorf ist an den Kosten für die interdisziplinären Frühförderstellen mit bis zu 80% und an den Sozialpädiatrischen Zentren mit höchstens 20% zu beteiligen. Bei der Aufteilung der Kosten sind beide Einrichtungsformen gemeinsam zu sehen. Bereits heute ist die Stadt im Unterschied zu weiten Teilen der Bundesrepublik an der Finanzierung der Sozialpädiatrischen Zentren beteiligt. In Kooperationsabsprachen mit den Krankenkassen bietet es sich im Interesse eines effektiven Verfahrens an, für beide Bereiche Pauschalen zu vereinbaren, die den Kriterien der Verordnung entsprechen. Diese sieht vor: „Über die Aufteilung der Entgelte schließen die Rehabilitationsträger auf Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder Vereinbarungen; regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, §9, Abs. 1, Satz 2).

Entsprechend ist die Leistungszuständigkeit (innerhalb des vorgegebenen Rahmens) je nach spezifischer Ausrichtung flexibel zu vereinbaren. Darüber hinaus bleibt die bisherige grobe Aufteilung

- pädagogische Leistungen: kommunaler Kostenträger (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft),
- ärztliche und medizinisch-therapeutische Leistungen: Krankenkassen (Medizinische Rehabilitation)

erhalten, allerdings mit einer wesentlichen Schwerpunktverlagerung:

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind zwei Leistungs-

³² dieser regelt die „heilpädagogischen Leistungen“. Somit ist der kommunale Jugend- und Sozialhilfeträger gemeint

arten für die Frühförderung relevant:

1. die „Behandlung durch Ärzte“, aber auch „Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln“ (§26 Abs. 2 Punkt 1), und v.a.
2. die „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ (§26 Abs. 2 Punkt 2).

Zur der „Früherkennung und Frühförderung“ im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zählen „medizinische Leistungen“ (§30, Abs. 1 Punkt 1) und „nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen“ (§30, Abs. 1, Punkt 2).

Entsprechend der bisherigen Regelungen des SGB V für SPZ fallen damit nicht nur ärztliche, sondern auch pädagogische Leistungen unter die medizinische Rehabilitation, wenn sie unter ärztlicher Gesamtverantwortung – also: Leitung – stehen. An keiner Stelle wird jedoch festgelegt, dass die Früherkennung und Frühförderung in ihrem gesamten Umfang der medizinischen Rehabilitation zugeordnet wird oder pädagogische Leistungen unter ärztlicher Leitung zu stehen haben. Vielmehr fehlen in § 26 Abs. 2 und §30 Abs. 2 ausdrücklich diese Vorgaben. So befremdlich es terminologisch ist, dass die Früherkennung und Frühförderung ausschließlich als Leistungen der medizinischen Rehabilitation deklariert wird, so zeigt sich hier gleichzeitig eine besondere Gewichtung innerhalb der Leistungen der medizinischen Rehabilitation: Nicht die allgemeine Förderung steht bei ihr im Mittelpunkt, sondern zwei spezifische Punkte der allgemeinen Frühförderung:

1. die Früherkennung und Diagnostik,
2. die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans.

Für diese beiden Aufgabenfelder fallen auch pädagogische Leistungen unter die Zuständigkeit der medizinischen Rehabilitation nach §30 Abs. 1 – und damit in die Zuständigkeit der Krankenkassen.

Für eine Aufteilung der Kosten bedeutet dies, dass die Krankenkassen einen pauschalen Anteil an der Gesamtfinanzierung für den Bereich der Eingangsdagnostik einschließlich der interdisziplinären Förder- und Behandlungsplanerstellung abdecken, die Kosten der übrigen Aufgabenfelder sind gemäß des spezifischen Leistungsprofils aufzuteilen.

Bei beiden Bereichen unterscheiden sich die beiden Düsseldorfer Frühförderstellen in ihrer jetzigen Struktur gravierend. Während sich die Einrichtung der Lebenshilfe bislang durch ausschließlich pädagogische Angebote auszeichnet, hat das Förderungszentrum eine ärztliche Eingangsdagnostik und einen starken medizinisch-therapeutischen Schwerpunkt. Dies wird sich in der Kostenverteilung zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern widerspiegeln müssen. Unabhängig von einer mittelfristigen inhaltlichen Schwerpunktverlagerung sollte hierbei für die derzeit beschäftigten Fachkräfte ein genereller Bestandsschutz vereinbart werden. Ein Kompromiss bei der Kostenverteilung des Förderungszentrum könnte darin liegen, sich trotz den medizinisch-the-

rapeutischen Dominanz an den ursprünglichen Empfehlungen der BAR zu orientieren und den Rahmen einer Korridorfinanzierung (Beschränkung des Kassenanteils auf 45%) auszuschöpfen. Die Federführung für die interdisziplinären Frühförderstellen bliebe dann bei der Kommune.

7.2. Berechnungsgrundlage

Bundesweit hat sich in der Mehrzahl der Frühförderstellen als Berechnungsgrundlage für die Leistungen der Frühförderung die Berechnung von Förder- oder Betreuungseinheiten (BE) etabliert. Durch sie werden die Zeitbudgets reglementiert, die die Fachkräfte für die Betreuung zur Verfügung haben – zum einen durch die Anzahl der BE, die für eine Familie zur Verfügung stehen, zum anderen durch den definierten Umfang einer BE. Überwiegend steht in Deutschland bei Verhandlungen zwischen Leistungsanbietern und Rehabilitationsträger die Dauer einer BE im Blickfeld, bedingt dadurch, dass in der Regel pauschal für jedes Frühförderkind und seine Familie eine gleiche Betreuungsdichte (zumeist 1 BE pro Woche) angesetzt wird. Dies entspricht nicht modernen fachlichen Ansprüchen, die den vielfältigen Betreuungsbedürfnissen der Familien im Sinne des Individualisierungsprinzips gerecht werden müssen. Dies ist auch Anliegen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Etablierung einer interdisziplinären Eingangsdiagnostik, in deren Rahmen ein individueller Förder- und Behandlungsplan erstellt wird, der den mehrdimensionalen Betreuungsbedürfnissen gerecht wird. Dennoch ist es notwendig, den Umfang einer BE als Berechnungsgröße zu definieren, um eine Bemessungsgröße abzugrenzen und die Leistung dokumentierbar und quantifizierbar zu gestalten.

Insgesamt gibt es in den deutschen Kreisen und kreisfreien Städten bei der Ausgestaltung einer BE eine hohe Variationsvielfalt. Schwerpunkt in den Frühförder- und Beratungsstellen bildet dabei eine BE von 2,5h, z.T. unter Einberechnung der anfallenden Fahrtzeiten (vgl. z.B. in der jüngsten Erhebung für Mecklenburg-Vorpommern: Sohns 2001, 32). In der BE sind alle für die Frühförderung relevanten Aufgabenfelder zu berücksichtigen; entsprechend ermöglicht sie Rückschlüsse auf die Kapazitäten einer Fachkraft und einer gesamten Einrichtung.

Grundsätzlich lässt sich bei der Definition einer BE zwischen der direkten Familienbetreuung (unmittelbarer Kontakt mit Kind und Bezugspersonen) und der indirekten Betreuung unterscheiden. Hierunter sind all jene Tätigkeiten subsumiert, die für eine fachlich qualifizierte Frühförderung notwendig sind, jedoch nicht in unmittelbarem Kontakt zu Kind oder Bezugspersonen stattfinden. Die Zeitbudgets lassen sich im Rahmen einer Leistungsvereinbarung nach inhaltlichen Kriterien detailliert ausgestalten. Im Regelfall sind für die Betreuung von Kind und Familie pro Einheit pauschal eine Stunde vorgesehen. Werden Fahrtzeiten gesondert berechnet, wird dies sehr unterschiedlich gehandhabt, bspw. mit einem pauschalen Budget (von z.B. 6,5 Stunden pro Fachkraft pro Woche) oder mit detaillierten Abrechnungen gemäß der gefahrenen Kilometer (z.B. 2,5 min. pro Kilometer, hierbei sind je nach regionaler Struktur unterschiedliche Kriterien zu berücksichtigen).

Für das Förderungszentrum und die Stadt Düsseldorf als Einsatzregion bietet es sich an, diese etablierten Strukturen zu übernehmen und als Pauschalen auszugestalten. Die beschriebenen Aufgabenfelder lassen sich bspw. folgendermaßen in eine Modell-BE einbetten:

Mobile Einzelbetreuung	150 Minuten
1. Direkte Leistung	60 Minuten
2. Vor- und Nachbereitung	15 Minuten
3. Interdisziplinäre Kooperation, Behördenkontakte	10 Minuten
4. Dokumentation	10 Minuten
5. Büro und Organisationstätigkeiten	15 Minuten
6. Teambesprechungen	20 Minuten
7. Supervision	5 Minuten
8. Fahrtzeiten	15 Minuten

Die mobile Frühförderung ist die häufigste Betreuungsform in den deutschen Frühförderstellen, die damit bereits seit 30 Jahren den Schwerpunkt einer familienorientierten Frühförderung entwickelt, etabliert und fachlich ausgestaltet haben.

1. Im Mittelpunkt stehen mit 40% des Zeitbudgets die direkte Arbeit mit Kind und/oder Eltern. Wo der Schwerpunkt bei der direkten Betreuung liegt, richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten. I.d.R. wird dies bei der Förderung oder Behandlung des Kindes liegen. Gerade in familiären Krisensituation kann es jedoch notwendig und effektiver sein, die Begleitung der Eltern – z.B. bei der Verarbeitung der Behinderung ihres Kindes, oder bei der Alltagsbewältigung – in den Vordergrund zu stellen. Es kann in Einzelfällen auch indiziert sein (z.B. bei einem vernachlässigten und stark „verhaltensauffälligem“ Kind), dieses Kind (dessen Verhalten sich mitunter als berechtigter Hilferuf und somit als „normales“ Verhalten deuten ließe) nicht zu einem „therapiebedürftigen“ Kind zu diagnostizieren, sondern die dringend notwendigen Hilfen auf das Umfeld zu konzentrieren. Es ist offensichtlich, dass – gerade in Krisensituation – eine Stunde an direkter Leistung vielfach nicht ausreichend sind. Dem interdisziplinären Team müssen daher Freiräume zur Verfügung stehen, um die Hilfeangebote bei begründetem Bedarf auch in ihrem Umfang flexibel gestalten zu können. Der Bedarf ist jedoch in einer regelmäßigen Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans stets zu hinterfragen.
2. Jeder Kontakt bedarf der Vor- und Nachbereitung. Dies betrifft zum einen kurze Vermerke über den Verlauf der Kontakte, sowohl bzgl. der Elterngespräche mit der Dokumentation klärungsbedürftiger Fragen oder spezifischer Problemstellung als auch insbesondere zur Förderung des Kindes, v.a. Materialauswahl und Förderschwerpunkte. Für die Kinder ist ein hohes Maß an Kontinuität und Verlässlichkeit notwendig, dies bedarf einer kurzfristigen Dokumentationsstruktur. Zur Vor- und Nachbereitung gehören aber auch weitergehende Tätigkeiten wie Materialauswahl, -beschaffung, -pflege, Vorbereitung der Räumlichkeiten etc.
3. Unverzichtbar ist – nicht nur im Rahmen der Eingangsdiagnostik – eine fortlaufende interdisziplinäre Kooperation mit anderen betreuenden Fachkräften. Dies betrifft zum einen die unmittelbar an der Komplexleistung Frühförderung beteiligten Fachkräfte (z.B. eine Kombination von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psy-

chologischen Berufsgruppen), insbesondere jedoch die behandelnden Haus-, Kinder- und sonstige Fachärzte, aber auch die Bezugspersonen in Kindertagesstätten und weitere Fachkräfte, der Sozialpädagogischen Familienhilfe, Erziehungsberatungsstellen etc. Im Interesse einer fachlichen Kontinuität und der Effektivierung der Hilfeleistung muss gewährleistet sein, dass diese in einem vernetzten System ineinandergreifen (i.S. des §10 SGB IX). D.h., die Fachkräfte müssen über die Durchführung und die Inhalte der Leistungen der KollegInnen informiert sein. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Weitervermittlungen (z.B. an eine Schuldnerberatungsstelle, Aufnahmen in Schulen, Kindertagesstätten etc.) abzustimmen und die eigenen Erfahrungen an weiterführende KollegInnen zu vermitteln. Die Folge einer Nicht-Kooperation ist nicht nur eine geringere Fachlichkeit, sondern auch eine hohe Ressourcenverschwendung, da alle Informationen (einschließlich diagnostischer Maßnahmen) neu erhoben und wiederholt werden müssen.

4. Eine Kooperation ist um so effektiver, je besser die wesentlichen Erkenntnisse dokumentiert sind. Hierzu bedarf es eines (nach Möglichkeit PC-gestützten) Dokumentationssystems. Oftmals genügt es bereits, wenn bspw. Kinderärzte eine regelmäßige kurze Notiz über den Betreuungsverlauf für ihre Patientenkarte erhalten, um das Angebot mit der eigenen Fachlichkeit reflektieren zu können und beim nächsten eigenen Kontakt mit Kind und Familie die Untersuchung aus einem anderen Hintergrundwissen heraus durchführen zu können.
5. Im Interesse einer effektiven Bündelung der personellen Ressourcen ist es, wenn die administrativen Tätigkeiten und Schreiarbeiten nicht von den für die Familienbetreuung qualifizierten Fachkräften selbst durchgeführt werden müssen (wie dies in zahlreichen deutschen Frühförderstellen der Fall ist), sondern wenn hierzu auf ausgebildete Sekretariatskräfte zurück gegriffen werden kann. Dies gilt insbesondere für die anfallenden Büro- und Organisationstätigkeiten, die zur Koordinierung der Arbeitsabläufe in einer Einrichtung wie dem Förderungszentrum, aber auch außerhalb der Einrichtung anfallen. Die Ressourcen der spezialisierten Fachkräfte können für weiterführende inhaltliche Aufgaben genutzt werden. Hierzu zählen bspw. das Durchführen von Elternabenden, die Teilnahme an Arbeitskreisen, das Beantworten externer Anfragen, gleichzeitig aber auch fallbezogene Tätigkeiten wie das Einlesen in neue Behinderungsbilder, Hilfsstrukturen (ggf. in Absprache mit spezialisierten Fachkräften innerhalb oder außerhalb des Förderungszentrums).
6. Die regelmäßigen Team- und Dienstbesprechungen sind Kernaufgabe eines interdisziplinären Teams, bei dem das know-how verschiedener Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen zusammenfließt. Sie dienen der fachlichen Absicherung und Verbesserung der konkreten Betreuung der Familien, gleichzeitig aber auch der Kompetenzerweiterung und –festigung der Fachkräfte. Sie beinhalten dadurch am Rande auch stets den Charakter einer fachlichen Weiterqualifikation, gerade wenn es gelingt, externe Fachkräfte zu den Fallbesprechungen hinzu zu ziehen.
7. Darüber hinaus ist es jedoch notwendig, den Fachkräften weitere Reflexionsmöglichkeiten anzubieten. Angesichts

des hochsensiblen Aufgabenfeldes und der Arbeitssituation, die die Fachkräfte im Rahmen einer mobilen Tätigkeit vor Ort vor immer neue unabsehbare Anforderungen stellt, denen sie zunächst allein gegenüber stehen, müssen sie die Möglichkeit haben, ihre Arbeit auch weiterhin durch eine externe Supervision reflektieren zu können. Darüber hinaus bedarf es kontinuierlicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, um die sich schnell entwickelnden fachlichen Ansätze aufnehmen zu können. Eine Freistellung für solche Fortbildungsmaßnahmen (sei es in Form von gezielten Weiterbildungen oder z.B. der Teilnahme an Fachkongressen oder Arbeitskreisen) ist nicht in die Zeitbudgets integriert, sondern wird im Rahmen der Jahresarbeitszeit berücksichtigt.

8. Die Fahrtzeiten im Rahmen einer mobilen Tätigkeit sind ein erheblicher Zeitfaktor für die Fachkräfte, der in vielen Kreisen und kreisfreien Städten gesondert berechnet wird. Dies erscheint in den ländlich strukturierten Landkreisen mit zum Teil bis zu 80 km Anfahrtsweg bis zu der betreuten Familie sinnvoll. Im Interesse einer Verwaltungsvereinfachung bietet es sich jedoch für ein überschaubares Einzugsgebiet wie die Stadt Düsseldorf an, auch diesen Faktor zu pauschalisieren und in den Umfang einer BE zu integrieren. Einen Ansatz von 15 Minuten für die gesamte Fahrtzeit pro Familie lässt sich allerdings nur realisieren, wenn es gelingt, verschiedene Termine zu bündeln – wohlwissend, dass dies zu Lasten der fachlichen Flexibilität geht.

Eine solche Differenzierung einer Modell-BE entspricht den Durchschnittswerten in deutschen Frühförderstellen. Die jüngste Erhebung in Mecklenburg-Vorpommern (Sohns 2001) ergab in den dortigen 18 Kreisen und kreisfreien Städten einen Durchschnittswert von 2,5 Stunden * Fahrtzeiten.

Für das Förderungszentrum bedeutete eine Übernahme solcher Zeitbudgets, dass bei der Durchführung einer familienorientierten Frühförderung die Betreuungskapazität einer Fachkraft deutlich zu beschränken ist, gleichzeitig jedoch flexibler wird, da alle laufenden Aufgabenfelder in die BE-Berechnung einfließen. Für eine Vollzeitkraft mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden und einer 100%igen Auslastung bedeutete dies eine Kapazität von 15,4 BE an mobiler Einzelbetreuung pro Woche.

Für eine ambulante Einzelbetreuung entfielen die Fahrtzeiten und ein geringer Anteil an Vor- und Nachbereitung, da die Spiel- und Therapiematerialien vor Ort vorhanden sind und nicht transportiert werden müssen. Hier kann eine BE mit 130 Minuten angesetzt werden.

Für eine *Gruppenbetreuung* sind ebenfalls eigene Zeitbudgets zu Grunde zu legen, da die hohen Synergieeffekte es nicht legitimieren, für jedes Frühförderkind (oder seine Bezugspersonen, z.B. bei Elterngruppen) eine eigene BE zu berechnen. Andererseits ist der Aufwand für eine Gruppenbetreuung höher als für eine Einzelbetreuung. Es erscheint im Interesse der Rehabilitationsträger an einer qualitativ gesicherten Leistung angemessen, hier Vorgaben für einen Betreuungsschlüssel zu machen, z.B. dergestalt, dass die Gruppen nicht über 7 Personen betragen (Ausnahmen sind bei Elterngruppen sinnvoll) und ab dem 4. Kind eine zweite Betreuungsperson mitwirken muss. Unter der Berücksichtigung, dass sich auch aus einer Gruppenbetreuung Folgeaufgaben ergeben (z.B. Absprachen mit Eltern, anderen Fachkräften oder Dokumentationstätig-

keiten), und aus dem gleichzeitigen Interesse nach einer überschaubaren Berechnungsgrundlage erscheint es angebracht, pro betreutem Kind ½ BE zu berechnen.

In der Konsequenz ist damit die Betreuungskapazität einer Fachkraft auch von der Betreuungsform abhängig. Bei einem hohen Anteil an ambulanter Förderung steigt die Kapazität an zu erbringenden BE. Weitere Spielräume könnten sich auch dann ergeben, wenn die Bezugsperson für viele betreuungsintensive Familien zuständig ist, bei denen mehrere BE pro Woche notwendig sind. Damit sinkt die Zahl der von den Fachkräften betreuten Familien. Gleichzeitig ist jedoch abzuwägen, dass möglicherweise auch Fachkräfte anderer Berufsgruppen diesen Mehrbedarf ergänzend ausfüllen sollten mit der Folge eines vermehrten Koordinierungsbedarfs. Daher ist es nicht sinnvoll, bei einem intensiven Betreuungsbedarf den Umfang einer BE zu kürzen.

Mit der Definition einer BE liegt der Frühförderung ein Instrument zu Grunde, das sich fachlich und verwaltungstechnisch gut handhaben lässt. Gleichwohl sollten auch innerhalb der Durchführung einer BE einrichtungsintern Spielräume möglich sein, die eine erhöhte Fachlichkeit und möglichst flexible Betreuung begünstigen. D.h., eine Bezugsperson sollte die Möglichkeit haben, im Rahmen „ihrer“ Betreuungseinheiten konziliarisch andere Fachkräfte (z.B. eine Ergotherapeutin) zu einem einmaligen Termin hinzu zu ziehen oder zu einem Beratungsgespräch an den Bereich „Sozialarbeit“ zu vermitteln. Hier muss im Einzelfall abgewogen werden, ob die sozialarbeiterische Fachkraft dann eine BE der Bezugsperson übernimmt oder ob es zusätzlicher Kapazitäten bedarf, die vom interdisziplinären Team – im Sinne einer kurzfristigen Erweiterung des Förderplans – zu reflektieren wären.

Zu regeln ist auch der Betreuungsumfang, wenn im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung eine medizinisch-therapeutische Maßnahme (z.B. Physiotherapie) im Vordergrund steht und das Kind lediglich wöchentlich für ½ Stunde ambulant betreut wird. Unabhängig von in größeren Zeitabständen notwendigen zusätzlichen Terminen (zur Elternbegleitung) sollte hier eine BE gemäß beschriebener Definition auf bspw. zwei Wochen aufgeteilt werden können.

Das Instrument BE erlaubt auch, die Kapazitäten der interdisziplinären Frühförderstelle im Rahmen einer Diagnostik zu operationalisieren. Die BAR-Arbeitsgruppe schlägt hierzu einen Gesamtrahmen von bis zu 10 BE vor – ein Umfang der angesichts der Aufgaben und Berufsgruppenvielfalt knapp bemessen ist aber handhabbar scheint.

7.3. Modellrechnung

Angesichts der vielfältigen Aufgabenfelder und fachlicher Ansprüche in unterschiedlichen regionalen Strukturen ist es schwer, Vorgaben für eine Finanzierung der Frühförder- und Beratungsstellen überregional zu vereinbaren. Zu vielfältig sind die gewachsenen regionalen Infrastrukturen, die begründete Anhaltspunkte für unterschiedliche Finanzierungsstrukturen liefern. Dennoch lassen sich auf Grund bundesweiter Erfahrungen und allgemein etablierter fachlicher Grundlagen Kriterien für eine Leistungs- und Entgeltvereinbarung festlegen, die allgemein zu gelten haben. Darüber hinaus bietet die Stadt Düsseldorf spezifische Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind.

Bei einer Finanzierung der Frühförderstelle über eine Einzelabrechnung von geleisteten Betreuungseinheiten lassen sich für eine entsprechende Entgeltberechnung als zentrale Parameter benennen:

- die Definition und Dauer einer BE
- die Flexibilität der Leistung in bezug auf
 - die Häufigkeit einer BE
 - die Wahl zwischen ambulantem und mobilem Angebot
 - die Wahl zwischen Einzel- und Gruppenförderung
- die Qualifikation und Entlohnung der Fachkräfte
- die zu Grunde liegenden Arbeitstage je Vollzeitkraft (abzgl. Ausfallzeiten)
- die Freistellung der Leitung von BE-relevanten Tätigkeiten
- die sächlichen Rahmenbedingungen und damit die Höhe der Sachkosten (einschließlich komplementärer Dienste und Investitionspauschalen)
- der BE-relevante Auslastungsgrad der Einrichtungen

Aus diesen sieben – im Rahmen einer Leistungsvereinbarung – abzusprechenden Parametern lässt sich ohne weitere Verhandlungen eine Entgeltvereinbarung für die interdisziplinären Frühförderstellen errechnen. Entsprechend werden hier die Vorgaben für den Finanzhaushalt der Einrichtung gemacht:

1. Als *Dauer einer BE* werden im Rahmen der mobilen Frühförderung 2,5 Stunden zu Grunde gelegt, von denen mindestens 40% als direkte Leistungen zu erbringen sind. Je nach Betreuungsform werden o.g. Einschränkungen vorgenommen.
2. Die *Flexibilität der Leistungen* wurde vom BSHG (§3, Individualisierungsprinzip) gefordert und wird nun durch das SGB IX weiter gestärkt. Um dies auf fachlich hohem Niveau zu gewährleisten, ist ein interdisziplinäres Team obligatorisch, das die individuellen Bedürftigkeiten erkennen und entsprechende Hilfeangebote konzipieren kann. Gleichzeitig ist hier die Kompetenz, um die vom Gesetzgeber geforderte Mitsprache der Betroffenen zu gewährleisten. Organisatorisch muss die Flexibilität dadurch umsetzbar sein, dass die Einrichtung je nach Bedarf ambulant oder mobil arbeiten kann, d.h. Räumlichkeiten sowohl für eine Einzel- oder Gruppenbetreuung mit entsprechenden Materialien vorhält als auch Dienstfahrzeuge (oder anerkannte Privatfahrzeuge) für eine mobile Tätigkeit. Für die Häufigkeit einer BE lassen sich keine administrativen Vorgaben machen, hier greift eine interdisziplinäre Kontrolle der verschiedenen Fachkräfte, die über eine ausführliche Dokumentation transparent wird. Als Anhaltspunkt für einen Durchschnittswert und damit als Ansatz für betriebswirtschaftliche Hochrechnungen ergab die Studie in Mecklenburg-Vorpommern eine hohe Varianzbreite zwischen einer BE pro Woche bis hin zu in Einzelfällen bis zu 5 BE. 1/3 der Einrichtungen betreuten ihre Familien im Durchschnitt mit 2 BE pro Woche. Im Rahmen der Komplexleistung verändert sich das Angebot dahingehend, dass bisher außerhalb angebotene Kapazitäten an medizinisch-therapeutischer Behandlung in die interdisziplinären Frühförderstellen integriert werden. Beim Förderungszentrum besteht hingegen ein Erweiterungsbedarf an pädagogisch-psychologischen Leistungen. Hier werden Erfahrungswerte zu sammeln sein. Für die Übergangszeit sollte von einer Häufigkeit von durchschnittlich 1,5 BE ausgegangen werden.

3. Als *Qualifikation der Fachkräfte* hat sich bundesweit eine medizinisch-therapeutische Fachausbildung oder eine pädagogisch-psychologische Hochschulausbildung überwiegend etabliert, ihre Notwendigkeit ist in Fachkreisen unbestritten (Sohns 2000, 176ff.), ebenso ihre Eingruppierung analog BAT (mit Bezug zur Bundesvereinigung Lebenshilfe: ebda., 194): Regelgehalt ist demnach BAT Vb/IVb, für psychologische und Leitungskräfte BAT III/II. Angesichts des hohen Anforderungsprofils für eine Komplexleistung, das sich nicht nur auf Förder- und Behandlungsaufgaben beschränkt, ist an dieser Gehaltsstruktur festzuhalten. Entsprechende ist die Berufsgruppe „ErzieherIn“ für interdisziplinäre Frühförderstellen nicht geeignet.
4. Die zugrunde liegenden *Arbeitstage* richten sich nach den jährlichen Arbeitstagen (ca. 252) abzüglich Freistellungen für Fort- und Weiterbildungen, Bildungsurlaub, Sonderurlaub sowie Ausfälle durch Krankheit, Kur, Mutterschutz etc.. Erfahrungswerte sprechen hier von ca. 12 Krankheitstagen (durch den hohen Frauenanteil liegt die Inanspruchnahme von Mutterschutz überdurchschnittlich hoch), 5 Tagen für Fort- und Weiterbildung, Teilnahmen an Fachtagungen oder Arbeitskreisen), 30 Tagen Jahresurlaub. Somit sind 205 *Nettoarbeitstage* abzüglich der Wahrnehmung des gesetzlichen Bildungs- und Sonderurlaubs zu Grunde zu legen.
5. Für die *Freistellung der Leitung* müssen bestimmte Grundtätigkeiten zur Versorgung eines Einzugsgebietes berücksichtigt werden (Öffentlichkeitsarbeit, Tag der offenen Tür, Erstellung von Konzeption, Faltblättern etc.), dazu kommen familienbezogene Tätigkeiten (Erstbetreuung, Kriseninterventionen, interdisziplinäre Fallbesprechungen) und andere Tätigkeiten, die abhängig von der Größe der Einrichtung und damit von der Anzahl der betreuten Familien sind (Personaleinstellung, Dienst- und Teambesprechungen). Es erscheint dadurch legitim und für die Einrichtungen akzeptabel, das Ausmaß der Freistellung von der Größe der Einrichtung abhängig zu machen (bspw. 2,5 Std./Woche/Vollzeitkraft oder 1 Std./Woche/für 5 betreute Familien).
6. Zur Berechnung der *sächlichen Leistungen* können eine Vielzahl von Parametern einzeln verhandelt werden: Material, Fachliteratur, Fahrzeuge, Ausstattung und Unterhaltung der Räumlichkeiten (Therapie- und Büroräume) einschließlich Miete oder Abschreibungen, Reinigung etc. Es bietet sich zur Verwaltungsvereinfachung jedoch an, die einzelnen Parameter pauschal abzugelten und an die Größe der Einrichtung und damit bspw. an die Personalkosten zu koppeln, wobei bei größeren Einrichtungen wie dem Förderungszentrum der Anteil der Sachkosten infolge von Synergieeffekten etwas geringer sein kann. Hier sollte angesichts eines steigenden Personalbedarfs infolge eines verlängerten BE-Umfangs eine Größenordnung von 20% der Personalkosten mittelfristig nicht mehr überschritten werden. In diesen 20% sind alle laufenden Kosten einschließlich Miete, Fahrzeughaltung, Büro- und Materialkosten bis hin zu den Reisekosten und Teilnehmerbeiträgen für Fortbildungen zu integrieren. Dies bedeutet gegenüber dem bisherigen Anteil der Sachkosten an den Gesamtkosten eine erhebliche Einschränkung.
7. Schließlich muss bei der Finanzierung von Frühförderung berücksichtigt werden, dass gerade in der Betreuung von Kindern mit organischen Entwicklungsauffälligkeiten häufig durch Krankheiten ebenso wie psychosozialen Auffälligkeiten die kurzfristige Ausfallrate von BE-relevanten Terminen außerordentlich hoch ist. D.h. die Fachkräfte haben häufig Vorleistungen (Fahrt- und Vorbereitungszeiten sowie vermehrte Absprachen), die nicht durch das Erbringen von BE-Leistungen refinanzierbar sind. Dies ist bei einer Entgeltberechnung so zu berücksichtigen, dass ein bestimmter *Auslastungsgrad* zu Grunde gelegt und auf alle BE-relevanten Leistungen umgelegt wird. Die bisherige Ausfallquote von 26,4% (vgl. Kap. 4.5.) muss jedoch kurzfristig gesteigert werden. Anzustreben und dem folgenden Berechnungsmodell zu Grunde gelegt ist eine Auslastungsquote von 90%.³³

Sind diese Parameter entsprechend vereinbart, lässt sich das Entgelt für eine Betreuungseinheit ohne weiteren Verhandlungsbedarf errechnen. Die Komplexleistung Frühförderung stellt sich entsprechend ihrer Definition als interdisziplinär abgestimmtes Angebot mit der Verknüpfung zwischen den §§ 30 und 56 des SGB IX nicht mehr als unterschiedlich gewichtete Leistung ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, pädagogischer, psychologischer Berufsgruppen dar, sondern bekommt eine einvernehmliche Grundlage. Entsprechend sind die bislang mit den Krankenkassen abgerechneten Kostensätze nicht mehr relevant, isolierte medizinisch-therapeutische Leistungen werden vom Förderungszentrum nicht mehr angeboten. Vielmehr einigen sich die drei beteiligten Rehabilitationsträger auf ein jeweils einvernehmliches Konzept der Komplexleistung in Sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinären Frühförderstellen und auf eine pauschale Aufteilung der Kosten.

Für die Krankenkassen ist angesichts der alleinigen Zuständigkeit für die diagnostischen und die medizinisch-therapeutischen Anteile der Komplexleistung (die unter ärztlicher Gesamtverantwortung stehen) anzustreben, dass ihr Verpflichtungsanspruch zur Finanzierung von Hilfeleistungen innerhalb der Komplexleistung abgedeckt ist. Das bedeutet, dass neben der Komplexleistung für weitere Therapieansprüche für das Kind (etwa mit einem ärztlichen Rezept für Physiotherapie) keine weitere Finanzierungsverpflichtung besteht. Dieses Ziel greift neben den Bestimmungen des SGB V auch in das elterliche Bestimmungsrecht ein, lässt sich allerdings – analog zu anderen Einschränkungen im Leistungskatalog der Krankenkassen und der intensiven Einbeziehung der Eltern in die Planung und Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung – legitimieren.

Im Sinne dieser Zuteilung und im Interesse einer transparenten administrativen Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung bietet es sich an, dass die Gesamtkosten des ambulanten Teils des Förderungszentrum wie folgt übernommen werden:

- 45% Krankenkassen (bei einer personellen Neustrukturierung mit einer Aufwertung von pädagogisch-psychologischen Leistungen könnte dieser Anteil sinken)
- 27,5% kommunaler Jugendhilfeträger
- 27,5% kommunaler Sozialhilfeträger

³³ Die als Beispiel aufgeführten Parameter entsprechen erhobenen Durchschnittswerten oder den vereinbarten Parametern der ersten nach §93 BSHG vereinbarten Leistungsvereinbarung, die nach über einem Jahr intensiver Verhandlungen von Stadt und Kreis Osnabrück mit den vier dortigen Frühförder- und Beratungsstellen abgeschlossen wurde.

7.4. Kostenberechnung

Die Gesamtkosten der Einrichtung sind primär abhängig von der Zahl der betreuungsbedürftigen Kinder. Jede Fachkraft hat eine definierte Betreuungskapazität. Sind die Fachkräfte mit ihren Kapazitäten ausgelastet, muss eine personelle Aufstockung erfolgen, sind sie nicht ausgelastet, kann ein Abbau erfolgen. Dabei sind zwischenzeitliche Übergänge (z.B. saisonal bedingt durch Betreuungseinbrüche nach den Sommerferien mit Einschulungen und Kindertagesstättenaufnahmen) aufzufangen, z.B. durch flexible Arbeitszeiten.

Ausgehend vom jetzigen Betreuungsbedarf im Rahmen der gesetzlich geforderten Pflichtleistungen ergibt sich eine notwendige Betreuungskapazität für 197 Kinder (vgl. Kap. 3.2.). Zur Eingangs- und Verlaufsdagnostik sollte eine Kapazität für 350 Kinder pro Jahr bestehen (inclusive Mehrfachvorstellungen), von denen sich jedoch nur bei einem Teil eine Indikation für die Komplexleistungen Frühförderung ergeben wird.

Bei einer unterstellten Betreuungsintensität von 1,5 BE/Woche ergibt sich für die laufende Förderung und Behandlung ein wöchentlicher Bedarf von ca. 300 BE, das entspricht (durch Ausfallzeiten, die durch Fachkraft bedingt sind, bereinigt) 12.500 BE pro Jahr. Hinzu kommen ca. 3.500 BE für Kinder, bei denen eine Erstdiagnostik durchgeführt wird, so dass das Förderungszentrum für seine Kinder im Vorschulalter in seinem ambulanten Bereich derzeit eine Betreuungskapazität von 16.000 BE vorzuhalten hätte. Der Anteil der Diagnostik an der interdisziplinären Frühförderung beträgt entsprechend 21,9%.

Bei einem Umfang von 2,5 Stunden pro BE und einem Auslastungsgrad von 90% hat eine Fachkraft eine Betreuungskapazität von 13,86 BE pro Woche. Bei zu berechnenden 205 Arbeitstagen entspricht das 586 BE pro Jahr. Um die 16.000 BE pro Jahr leisten zu können werden entsprechend 27,3 Vollzeitkräfte benötigt.

Hinzu kommt zum einen die Freistellung für die Leitungsfachkraft, die bei 197 zu betreuenden Familien mit (1 Std./5 betreute Familien) ausschließlich für den ambulanten Bereich Vollzeit freizustellen ist, unabhängig davon, ob sie selbst BE-relevante Tätigkeiten (z.B. im Bereich der Eingangsdagnostik) übernimmt und dafür nicht BE-relevante Tätigkeiten (z.B. Elternabende im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit) an MitarbeiterInnen delegiert. Es handelt sich bei der Berechnungsgrundlage um Zeitbudgets, die bei entsprechender Qualifikation durch verschiedene Fachkräfte ausgefüllt werden können. Bei einer weiterhin übergreifenden Leitung für ambulanten wie teilstationären Bereich des Förderungszentrum müssen ohnehin Freistellungsanteile an andere Fachkräfte des ambulanten Teams übertragen werden.

Zum anderen ist die Verwaltungs- und Sekretariatstätigkeit zu ergänzen, die mit einer Sekretariatskraft pro 80 betreute Familien, also mit derzeit 2,5 Stellen anzusetzen sind. Weitere notwendige Fachkräfte (z.B. Hausmeistertätigkeiten, Fahrdienste oder Fachkraft für externe Supervision) sind entweder auf Honorarbasis aus dem Sachkostenanteil oder im Rahmen der BE-relevanten Tätigkeiten (z.B. für Vor- und Nachbereitung) abzudecken.

Auch für die weiterführenden Aufgaben (z.B. der Betreuung der Schulkinder oder Kindertagesstättenfachberatung) bietet sich – da sie nach dem gleichen Konzept erbracht werden – eine Quantifizierung in Form von BE an. Die Berechnungsgrundlage für die freiwilligen Leistungen kann entsprechend erweitert werden.

Um die Berechnung der anfallenden Personalkosten von einem Personalwechsel einzelner Bediensteter unabhängig zu berechnen, sind diese auf einer einheitlichen Grundlage unabhängig der individuellen persönlichen Verhältnisse der derzeit Beschäftigten berechnet. Grundlage ist: Tarif 2001, 35 Jahre, verheiratet, 2 Kinder. Als Beispiel die Gehaltsguppe BAT II, öffentlicher Dienst, monatliches Gehalt:

Grundvergütung	2.841,85
Ortszuschlag	643,49
Kinder-Ortszuschlag	173,40
Allgemeine Zulage	109,72
Verm. Leistung	6,65
Kindergeld	308,00
(gesetzliche Abzüge)	
Lohnsteuer A III/2	581,33
Solidaritätszuschlag	17,07
Kirchensteuer (9%)	27,94
Krankenversicherung (14,0% pfl>BG)	241,50
Pflegeversicherung 1,7 1/2	29,33
Rentenversicherung	382,82
Arbeitslosenversicherung	127,61
(sonstige) Abzüge: Zusatzversorgung 0,5%	18,84
Brutto-Verdienst	3.775,11
Auszahl-Betrag	2.656,67
ZV-Umlage Sozialversicherung	121,27
ZV-Umlage Steuer	125,32
Steuerpflichtig	3.900,43
SV/RV-pfl. Entgelt	3.926,38
VBL/ZVK-pflichtig	3.768,46
Arbeitgeber-Ausgaben	4.810,14
AG-Ausgaben pro Jahr (x 12,7)	61.088

Zur Erfüllung der Komplexleistung Frühförderung ergibt damit sich für das Förderungszentrum folgende Berechnungsgrundlage:

Aufgabe	Bedarf	Kosten pro Jahr in €
Psychologische Leitung	BAT II, freigestellt	61.088
Diagnostik		
Ärztliche Diagnostik, 30% von 3.500 BE: 1,66 Stellen	1,66 Stellen x 4.973,75€ x 12,7 Monate	104.857
Psychologische Diagnostik 20% von 3.500 BE, 1.750 Std., 1,1 Stellen BAT II	1,1 Stellen x 4.810,14€ x 12,7 Monate	67.197
Medizinisch-therapeutische Diagnostik 25% von 3.500 BE, 2.187,5 Std., 1,4 Stellen je zur Hälfte BAT Vb/IVb	1,4 Stellen 0,7 x 3.496,29 x 12,7 + 0,7 x 3.777,40 x 12,7	62.812
Pädagogische Diagnostik 25% von 3.500 BE, 2.187,5 Std., 1,4 Stellen je zur Hälfte BAT Vb/IVb	1,4 Stellen 0,7 x 3.496,29 x 12,7 + 0,7 x 3.777,40 x 12,7	62.812
Laufende Förderung	21,3 Stellen BAT IVb (Vb)	983.803 ¹

Sekretariat	2,5 Stellen BAT VIb	94.664 (davon 21,9% für Diagnostik)
Personalkosten	Insgesamt	1.437.233
Sachkosten	20% von 1.437.233	287.447
Kosten insgesamt		1.724.680
Kosten einer BE	1.724.680/ 16.000	107,79 €
Kosten in Komplexleistung Frühförderung	107,79/2,5	43,11 €

Kosten für Diagnostik insgesamt: 382.091€ (= 22,1% der Gesamtkosten)

Legt man die zuvor aufgeführten Argumente und die seinerzeit von der BAR-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Korridor-Finanzierung zu Grunde, ergibt sich daraus folgende Zuordnung der Kosten auf Rehabilitationsträger:

Rehabilitationsträger	Kostenanteil	Aufwand pro Jahr (in €)
Krankenkasse	45,0%	785.106
Jugendamt	27,5%	479.787
Sozialamt	27,5%	479.787
		1.744.680

8. Leistungsvereinbarung

Mit dem beschriebenen Verfahren ist eine hohe Transparenz für eine qualitativ hochwertige Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung möglich, die auch den Anforderungen des §20 SGB IX Rechnung trägt. Den Rehabilitationsträgern obliegt es gemeinsam mit den Leistungsanbietern, die qualitativen Standards und deren Finanzierung gemäß §93 BSHG (deren Grundlagen auch in das SGB IX übernommen wurden) in Leistungs-, Entgelt- und Prüfungsvereinbarungen zu überführen:

§20 Abs. 2 des SGB IX fordert: „Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“. Das entsprechende Instrument hierzu ist der Abschluss einer Leistungsvereinbarung, für die SGB IX §21, Abs. 1 konkretisiert:

„Die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten insbesondere Regelungen über

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
2. Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
4. angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
5. Geheimhaltung personenbezogener Daten sowie

6. die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen.“

Es bietet sich im Interesse einer Transparenz und angesichts der Tatsache, dass das Förderungszentrum lediglich in Trägerschaft eines von zumindest drei Rehabilitationsträgern befindet, an, eine solche Vereinbarung auch für den mobil-ambulanten Bereich des Förderungszentrum zu formulieren.

Die Struktur einer Leistungsvereinbarung gliedert sich – unabhängig von den gesetzlichen Vorgaben – in drei wesentliche Teile.

Als Grundlage für die *inhaltliche Ausgestaltung* werden Vorschläge der „Bundesvereinigung Lebenshilfe“ aufgenommen, die in der Folge in *organisatorische Standards* zur Erfüllung der Komplexleistung Frühförderung überführt werden. Dies beinhaltet auch Vorschläge zu den einzelnen kostenrelevanten Parametern. Da diese in den Entwurf einer Leistungsvereinbarung aufgenommen werden, errechnen sich die Bestandteile einer Entgeltvereinbarung ohne Neuregelungen. Schließlich werden auch Vorschläge für eine Prüfungsvereinbarung unterbreitet, die eine *administrative Kontrolle* der ordnungsgemäßen Durchführung und der Qualität der Leistung ermöglichen sollen. Daraus ergibt sich folgender Vorschlag für eine Leistungsvereinbarung:

§1 Zweck der Vereinbarung

(1) Regelungsgegenstand nachfolgender Vereinbarung ist die fachliche und organisatorische Ausgestaltung der gesetzlichen vorgegebenen Leistungen zur Frühförderung und Früherkennung. Gesetzliche Grundlage sind die Regelungen nach §30 und §55/56 SGB IX sowie die weiteren Regelungen des SGB IX bzgl. deren fachlicher Ausgestaltung. Frühförderung ist entsprechend als Komplexleistung auszugestalten. Diese beginnt mit einer interdisziplinären Eingangsdiagnostik, die bei Bedarf die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes zum Abschluss hat. In diesem wird die Ausgestaltung einer weiteren „ganzheitlichen“ Förderung geregelt.

(2) Eine Abgrenzung zu weiteren teilstationären oder medizinisch-therapeutischen Leistungen (gemäß SGB V), insbesondere ärztlich rezeptierter Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie ist erforderlich. Leistungen der Frühförderung und Früherkennung werden ausschließlich als Komplexleistung erbracht.

§2 Definition von Frühförderung

(1) Unter Frühförderung werden im Rahmen dieser Vereinbarung spezielle Hilfeangebote für Kinder vorwiegend im Vorschulalter mit körperlichen, geistigen oder seelischen Auffälligkeiten verstanden. Die Angebote richten sich gleichermaßen an ihre Bezugspersonen.

(2) Frühförderung sind interdisziplinäre Angebote, die in vielfältiger Art und durch verschiedene Berufsgruppen in der Praxis begründet und entwickelt werden können. Sie haben die Eckpfeiler Prävention, Früherkennung, Förderung und Kooperation mit den Bezugspersonen und sind dabei stets den Grundsätzen Interdisziplinarität, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Hilfe zur Selbsthilfe und sozialer Integration verpflichtet. Sie beziehen das soziale Umfeld des Kindes in ihre Angebote ein.

(3) Frühförderung im Sinne dieser Vereinbarung erfüllt vollständig die vom Bundesgesetzgeber im SGB IX vorgegebenen Anforderungen. Entsprechend handelt es sich um „eine Aufgabe, die

nur in fachübergreifender Zusammenarbeit angemessen erfüllt werden kann. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen sind dabei als unverzichtbare Bestandteile eines ganzheitlichen Konzepts zu sehen, in das die Familie einbezogen ist. ... Frühförderung strebt an, Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen möglichst früh zu erkennen, das Auftreten von Behinderungen zu verhüten, Behinderungen und ihre Folgen zu mildern oder zu beheben. Dadurch sollen dem Kind bestmögliche Chancen für die Entfaltung seiner Persönlichkeit, für die Entwicklung zu selbstbestimmtem Leben und zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe geboten werden“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1999, 5).

(4) Die „Beratung, Anleitung und Stützung der Eltern erfolgt sowohl individuell als auch in Gruppen“ (ebda., 6)

§3 Ziele der Früherkennung und Frühförderung

(1) Vorrangiges Ziel der Frühförderung ist es, Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter möglichst zu vermeiden, bzw. diese möglichst frühzeitig zu erkennen. Weiteres Ziel ist es, *mittels fachlicher und menschlicher Hilfen dazu beizutragen, dem Kind die bestmöglichen Bedingungen zum Aufbau seiner Persönlichkeit und zur Entwicklung seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung zu schaffen. Die Hilfeangebote dienen der Kompetenzsteigerung des Kindes, werden jedoch nicht vom Leistungsstand des einzelnen Kindes oder dessen vermuteten Perspektiven abhängig gemacht.*

(2) Frühförderung ist daher ein wohnortnahes Angebot, das auf der Freiwilligkeit von Eltern als gesetzlichen Vertretern des Kindes beruht. Sie setzt an der Alltagsorientierung des Kindes und seiner Bezugspersonen. Daher besteht sie in der Regel aus einer mobilen Einzelförderung, bei Bedarf erfolgen die Angebote aber auch ambulant in der Einrichtung oder in Form von Gruppenangeboten.

§3 Aufgaben der Frühförderung

(1) Um zur Erfüllung der Ziele bei zu tragen, bedarf es gemäß §3 SGB IX entsprechender präventiver Maßnahmen und einer offenen Anlaufstelle zur Frühdiagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten, an die sich alle Eltern wenden können, die sich bzgl. der Entwicklung ihres Kindes unsicher sind. Im Rahmen der Früherkennung sind v.a. eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit, dezentrale Versorgungsstrukturen, ausgebauten Mediatorenkontakte und unbürokratische Aufnahmeverfahren von Bedeutung. Im Rahmen präventiver Maßnahmen sind gemeinsam mit anderen Diensten stadtbezogene Konzepte zu entwickeln, die der Gesundheitsfürsorge, Elternaufklärung und Vermittlung weiterer Erziehungskompetenzen dienen.

(2) Die Diagnostik der Frühförderstelle erfolgt auf ärztliche Veranlassung interdisziplinär und beinhaltet je nach individueller Fragestellung ärztliche, psychologische, sozial- und heilpädagogische sowie medizinisch-therapeutische Kompetenzen. Die Diagnostik umfasst möglichst viele Faktoren, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen. Sie wird in enger Beteiligung mit den Eltern und sonstigen Bezugspersonen des Kindes durchgeführt.

(3) Die diagnostischen Erkenntnisse werden in einem interdisziplinären Team der Frühförderstelle zusammen getragen. Wird ein weiterer Betreuungsbedarf gesehen, wird in Kooperation mit den Eltern von diesem Team ein individueller Förder- und Behandlungsplan erstellt, der Art, Umfang und Durchführung indizierter Maßnahmen beschreibt. Dieser Förder- und Behandlungsplan dient als Grundlage für die Ausgestaltung der Komplexleis-

tung Frühförderung durch die zuständigen Rehabilitationsträger. Mit ihren Maßnahmen wird der Rechtsanspruch des Kindes bzw. seiner gesetzlichen Vertreter nach den §§ 26/30 und 55/56 SGB IX vollständig erfüllt. Federführend für die erstmalige Erstellung sind die ärztliche Fachkraft des Teams gemeinsam mit der Leitung der Frühförderstelle. Bei einer Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans liegt die Federführung bei der für die Familienbetreuung zuständigen Bezugsperson.

(4) Der Förder- und Behandlungsplan beschreibt sowohl Aufgaben zur Förderung des Kindes als auch zur Begleitung seines Umfeldes, insbesondere seiner Eltern. Hierzu können gehören:

- Gemeinsames Spiel mit dem Kind, um entsprechend der gemachten Beobachtungen Aufschluss über seine Befindlichkeit, Bedürfnisse, Fähigkeit und die Entwicklung und Entwicklungsmöglichkeiten zu gewinnen.
- Die Eltern bei der Auseinandersetzung mit der Beeinträchtigung ihres Kindes zu unterstützen, aber auch die bestehenden Kompetenzen des Kindes erkennen lassen und dabei begleiten, gemeinsam realistische Erwartung zu finden
- Den Eltern zu helfen, auch die Bedürfnisse anderer Familienmitglieder (z.B. auch von Geschwisterkindern) zu erkennen und zu entsprechen.
- Die Eltern ihre eigenen Kompetenzen und Möglichkeiten sowie alltagsbelastende Faktoren erkennen lassen und dabei zu begleiten, entlastende Freiräume zum Leben und Handeln für sich selbst sowie für ihre Kinder zu entwickeln.
- Anregungen zu Spielsituationen mit Kind und Geschwisterkindern mit geeigneten Spielmaterialien zu geben und weitere Erfahrungs- und Handlungsfelder im familiären Bereich zu entwickeln
- Eltern über weitere Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zu informieren und Weitervermittlungen (z.B. in Kindertagesstätte oder Schule). zu begleiten
- gezielte Information zu finanziellen und administrativen Hilfen sowie zu weiteren institutionellen Hilfeangeboten zu geben.

(5) Förder- und Behandlungsmaßnahmen können u.a. folgendes beinhalten:

- medizinisch-therapeutische Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten oder -störungen je nach individuellen Schwerpunkten,
- in der Fördersituation mit dem Kind Freiräume zu schaffen für neue Handlungsfelder und zu deren Ausfüllen zu motivieren,
- Verstärkung von Neugier und Experimentierfreude und einer entwicklungsfördernden Atmosphäre, in der Interesse zum Entdecken alltäglicher Handlungsmöglichkeiten geweckt wird.
- Schaffen von Situationen, in denen das Kind Lebensfreude und Selbstbestätigung erfahren kann.
- Gezielte Förderung nächster Entwicklungsschritte in spielerischer Form, gleichzeitig das Erfahren lassen von Grenzen.
- Stärken von Kommunikations- und Integrationsbereitschaft, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer.

(6) Bei gegebenem Bedarf sind auch dem weiteren Umfeld Angebote zu unterbreiten, z.B. zur Integration in eine Kindertagesstätte, zur Stärkung von Kontaktmöglichkeiten (Netzwerkarbeit, Angebot von Elterngruppen) oder zur Begleitung zu weiteren Hilfen (z.B. zu Kliniken). – Im Zusammenhang mit der Entwicklung präventiver Maßnahmen ist der Arbeit in sozialen Brennpunkten besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Ziel ist auch hier, dem Entstehen von Behinderungen, insbesondere dem Aufnahmebedarf in Sonderschulen, frühzeitig entgegen zu wirken.

(7) Zur Abdeckung des Bedarfs an Beratung durch Fachkräfte der Frühförderung im Rahmen des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (§§ 2, 6) sind in Kooperation mit den Schwangerenkonfliktberatungsstellen Konzepte zu entwickeln und Fachkräfte entsprechend weiter zu bilden.

(8) Ein besonderer Bedarf an Hilfen durch Fachkräfte der Frühförderung zeigt sich im Rahmen der Betreuung von Kindern durch Regelkindertagesstätten. Hier sind die Kooperationsstrukturen auszubauen und in Abstimmung mit den Kindertagesstättenfachberaterinnen eine regelmäßige Betreuung mit einem fachlichen Austausch zu gewährleisten.

§4 Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Komplexleistung Frühförderung wird nach den Gegebenheiten des Einzelfalles als Hausfrühförderung, sonstige mobile Frühförderung oder in der ambulant in der Frühförderstelle oder in der Frühförderstelle durchgeführt. Der Hausfrühförderung ist der Vorzug zu geben.

(2) Umfang, Art, Dauer und Häufigkeit von Frühförderleistungen können nur von der Notwendigkeit des einzelnen Kindes und seiner Familie her bestimmt werden und müssen sich stets nach deren individuellem Bedarf richten. Dieser wird im interdisziplinären Team in enger Kooperation mit den Bezugspersonen des Kindes abgestimmt. Eine Berechnung der Frühförderleistungen erfolgt in Form von Förder- und Betreuungseinheiten (BE).

Die Regel-BE gilt für eine mobile Einzelbetreuung und umfasst jeweils 2,5 Stunden, von denen mindest eine Stunde in unmittelbarem Kontakt mit Kind und/oder Familie zu erbringen ist. Die übrigen Aufgabenfelder unterteilen sich in:

Vor- und Nachbereitung	15 Minuten
Interdisziplinäre Kooperation, Behördenkontakte	10 Minuten
Dokumentation	10 Minuten
Büro und Organisationstätigkeiten	15 Minuten
Teambesprechungen	20 Minuten
Supervision	5 Minuten
Fahrtzeiten	15 Minuten
	90 Minuten

(3) Ausgefallene BE werden nicht berechnet. Zum Ausgleich wird ein Auslastungsgrad von 90% zu Grunde gelegt.

(4) Bei einer ambulanten BE entfallen die Fahrtzeiten sowie 1/3 der Vor- und Nachbereitung. Hier werden 130 Minuten für eine BE berechnet.

(5) Soweit Gruppenangebote wahrgenommen werden, erfolgen diese mit einem Personalschlüssel von 1:2 – 1:3. Die Maßnahmen

umfassen 90-120 Minuten mit Kind oder Eltern. Sie werden mit je 50% einer BE berechnet.

(6) Das Aufgabenfeld der Diagnostik wird ebenfalls über BE-berechnet. Hier stehen pro Diagnostik und Kind 10 BE zur Verfügung. Hieraus müssen die interdisziplinären Leistungen aller Fachkräfte einschließlich der Förder- und Behandlungsplanbesprechung und der Dokumentation gewährleistet werden.

§5 Qualität der Leistungen

(1) Im System der Frühförderung als offenem Hilfesystem kommt der Prozessqualität besondere Bedeutung zu. Die Strukturen einer Frühförderstelle müssen so angelegt sein, dass der Förder- und Behandlungsplan wirksam umgesetzt werden kann. Fundament der fachlichen Qualität der Arbeit bilden die Beziehungen zum Kind und seinen Angehörigen. Diese Qualität der zwischenmenschlichen Prozesse wird in besonderem Maße bestimmt durch Empathie. Die Fachkraft versucht mit „einfühelndem Verstehen“ sich soweit wie möglich in das innere Erleben, Bewerten und Verhalten von Kind und Angehörigen einzufühlen und sich mit Anteilnahme darauf einzustellen. Hierzu sind möglichst viele das Familienleben mit einem behinderten oder entwicklungsauffälligen Kind beeinflussenden Faktoren zu berücksichtigen.

(2) Um eine ganzheitliche Frühförderung in ausreichender Qualität zu gewährleisten bedarf es einer besonderen Qualifikation der betreuenden Fachkräfte, zum einen in der grundständigen Berufsausbildung, zum anderen in der spezifischen Weiterbildung zur Fachkraft für Frühförderung und systemischen Familienbetreuung. Fachkräfte im Sinne dieser Vereinbarung sind:

- Fachärzte für Pädiatrie, Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Diplom-Psychologen
- Diplom-Pädagogen
- Diplom-Sozialpädagogen
- (Diplom-)Heilpädagogen
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Diplom-Motologen und Motopäden

Alle MitarbeiterInnen müssen sich über ihre grundständigen Qualifikationen hinaus weiter qualifizieren.

(3) Für MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung in der Frühförderstelle tätig sind, gilt der Besitzstand. Zur Erfüllung der Aufgaben nach §3 dieser Vereinbarung ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachkräfte sicher zu stellen.

(4) Die Leitung der Frühförderstelle ist einer Fachkraft mit einer mindestens 2jährigen Berufserfahrung in der Frühförderung zu übertragen.

(5) In angemessenem Umfang sind leitende, administrative und organisatorische Aufgaben zu berücksichtigen.

(6) Die sächliche Ausstattung muss den umfangreichen Aufgabenstellungen entsprechen. Insbesondere müssen Möglichkeiten einer ambulanten Betreuung (auch in Gruppen) und mobiler Frühförderung sowie einer effektiven Dokumentation und Verwaltung gewährleistet sein.

(7) Die Frühförderstelle erstellt jeweils zum Jahresende einen umfassenden Jahresbericht, in dem das betreute Klientel und Art und Umfang der Tätigkeiten dargelegt werden. Der Bericht wird den Rehabilitationsträgern innerhalb des I. Quartals des Folgejahres vorgelegt.

§6 Verfahren

(1) Zu Beginn der Komplexleistung Frühförderung steht die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Für sie bedarf es keiner administrativen Voraussetzungen.

(2) Die Diagnostik endet mit einem Abschlussbericht oder der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans durch das interdisziplinäre Team der Frühförderstelle. Dieser enthält eine Zusammenstellung von Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer der benötigten Komplexleistung sowie die hierzu benötigten Fachkräfte. Er wird an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter gegeben.

(3) Das interdisziplinäre Team beschließt seine fachlichen Vorschläge einvernehmlich. §3 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Der Rehabilitationsträger prüft den Förder- und Behandlungsplan und genehmigt ihn mit einer zeitlichen Befristung von höchstens 12 Monaten. Der Förder- und Behandlungsplan ist Grundlage für die Durchführung der Komplexleistung durch die Frühförderstelle.

(5) Der Förder- und Behandlungsplan wird in jedem Einzelfall abgestimmt. Er wird spätestens nach 12 Monaten mit einer erneuten Fallbesprechung fortgeschrieben.

(6) Bei kurzfristigen Veränderungen des Betreuungsbedarfs – z.B. bei einer Stabilisierung oder in Krisensituationen – wird das interdisziplinäre Team informiert. Dieses beschließt eine Veränderung des Förder- und Behandlungsplans, die vom zuständigen Rehabilitationsträger kurzfristig genehmigt wird.

(7) Zuständige Rehabilitationsträger für die Komplexleistung Frühförderung in der Frühförderstelle sind die Krankenkassen, der örtliche Sozialhilfeträger und der örtliche Jugendhilfeträger. Letzterer hat die Federführung bei der Komplexleistung Frühförderung durch interdisziplinäre Frühförderstellen.

§7 Dokumentation und Abrechnung

(1) Die Durchführung der Komplexleistung Frühförderung einschließlich der interdisziplinären Kooperationsleistungen wird federführend von der familienbetreuenden Bezugsperson regelmäßig dokumentiert.

(2) Es wird regelmäßig – mindestens alle 6 Monate – ein Entwicklungsbericht erstellt, der auf Wunsch den Sorgeberechtigten des Kindes und mit deren Zustimmung den mit der Frühförderstelle kooperierenden Fachkräfte – insbesondere den betreuenden Haus- und Kinderärzten – zur Verfügung gestellt wird.

(3) Die Frühförderstelle legt dem Rehabilitationsträger in der Regel vierteljährlich Einzelabrechnungen über die durchgeführten FE vor. Aus den Belegen ist erkennbar:

- die Fachkraft, die die Frühförderleistungen durchgeführt hat,
- Art und Zeitpunkte und Ort der durchgeführten

Maßnahmen,

- Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

§8 Entgelte

(1) Die Rehabilitationsträger zahlen der Frühförderstelle für die dokumentierten Maßnahmen der Komplexleistung Frühförderung ein Entgelt in Form eines vereinbarten Kostensatzes pro dokumentierte und bestätigte FE.

(2) Die Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt gemäß der Bundesverordnung „aus einer Hand“. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt mit dem federführenden Rehabilitationsträger gemäß §6 Abs. 7. Dieser prüft die ordnungsgemäße Durchführung und Abrechnung der Komplexleistung Frühförderung und tritt gegenüber den weiteren zuständigen Rehabilitationsträgern in Vorleistung.

(3) Die Gesamtfinanzierung der Komplexleistung erfolgt über vereinbarte Beteiligungspauschalen der verschiedenen Rehabilitationsträger unabhängig von Art, Ort und durchführender Fachkraft der Komplexleistung Frühförderung.

(4) Die Entgelte werden in einer eigenen Entgeltvereinbarung festgelegt. Sie werden jährlich in gemeinsamen Gesprächen zwischen Rehabilitationsträgern und Frühförderstelle in der Jahresmitte vereinbart. Die Fristen nach §10 dieser Vereinbarung bleiben von diesen Verhandlungen unberührt.

§9 Datenschutz

(1) Die im Zusammenhang mit der Erbringung und Abrechnung von Leistungen erforderlichen Daten dürfen nur im Rahmen von §35 Abs. 1 SGB I erhoben, ausgewertet und verbreitet werden. §21 Abs. 1 Punkt 5 des SGB IX gilt entsprechend.

(2) Die Frühförderstelle verpflichtet sich, den Schutz dieser personenbezogenen Daten im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches sicher zu stellen.

§10 Kündigung

Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Damit wird gleichzeitig die entsprechende Entgeltvereinbarung gekündigt. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§11 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2003 in Kraft.

9. Entgelt- und Prüfungsvereinbarung

Die Entgeltvereinbarung ergänzt die beschriebenen Inhalte der Leistungsvereinbarung. Hier werden die entsprechenden Parameter der Modell- und Kostenberechnung aufgeführt. Die aus fachlicher Sicht vorgeschlagenen Parameter sind im Kap. 7.4. dargelegt.

Die Berechnung der einzelnen Parameter führen – gemäß der Modellrechnung – zu einem Kostensatz für eine FE der mobilen Frühförderung im Umfang von 2,5h von 107,79 €.

Zur Überprüfung der Durchführung der erbrachten Leistung sowie ihrer Qualität und Effektivität unterhält die Frühförderstelle ein entsprechendes Dokumentationssystem. Hierfür sind umfangreiche Vorarbeiten für ein fachlich hohes und administrativ ausreichendes Niveau erbracht (Vgl. Kap. 4.6.). Eine zweite Kon-

trolle und eine hohe Transparenz der Leistungen erfolgt dadurch, dass die Eltern – als Vertreter der Leistungsempfänger – die Erfüllung ihrer Ansprüche quartalsweise bei allen Einzelleistungen (BE) schriftlich bestätigen.

10. Fazit

Insgesamt bietet bereits heute im ambulanten Teil des Förderungszentrums ein qualifiziertes Team interdisziplinäre Frühförderleistungen mit dem Schwerpunkt medizinisch-therapeutischer Leistungen an, die sich in die Düsseldorfer Infrastruktur auf hohem Niveau etabliert haben. Angesichts des SGB IX als neue gesetzliche Grundlage und seiner bevorstehenden Ausgestaltung durch eine entsprechende Verordnung des Bundessozialministeriums ergeben sich für das Förderungszentrum neue fachliche Anforderungen und neue Finanzierungsgrundlagen. Die zuständigen Rehabilitationsträger – Krankenkassen, Sozial- und Jugendhilfeträger – sind gemeinsam für die Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung zuständig, sie müssen eine Definition der Leistung und ihre fachliche und finanzielle Ausgestaltung einvernehmlich abstimmen. Der Gesetzgeber fordert hierbei eine Finanzierung „aus einer Hand“. Die Rehabilitationsträger müssen sich daher auf eine primäre Zuständigkeit und ein (möglichst pauschales) Refinanzierungsverfahren einigen. Der Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation und seine konsequente ärztliche Gesamtverantwortung spricht hierbei für eine Federführung der Krankenkassen bei den Sozialpädiatrischen Zentren. Die Erweiterung des Fokus der Frühförderung über eine Entwicklungsstörung des Kindes hinaus zu den entwicklungsfördernden und –hemmenden Faktoren des Kindes und in seinem Umfeld legt hingegen für die interdisziplinären Frühförderstellen die Zuständigkeit des Jugendamtes nahe. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz stellt als modernes Gesetz das Kindsein und seine individuelle Bedürftigkeit und nicht seine Behinderung oder Funktionsbeeinträchtigung in den Vordergrund. Gestärkt wird diese Ausrichtung durch eine kontinuierliche – bundesweite – Veränderung der Bedürfnisse von Frühförderkindern und ihren Familien: Standen früher „klassische“ geistige- und Körperbehinderungen im Mittelpunkt, sind heute nur noch schätzungsweise 20% der Kinder so eindeutig zuzuordnen. Schwerpunkt werden zunehmend allgemeine – schwer diagnostizierbare – und sogenannte „zivilisationsbedingte“ Entwicklungsauffälligkeiten, die verstärkt in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe tendieren. Hier ist eine partnerschaftliche Kooperation der Bereiche Jugend, Soziales und Gesundheit notwendig.

Für die inhaltliche Ausgestaltung zu einer interdisziplinären Frühförderstelle im Sinne des Gesetzgebers wurden gemäß §20 Abs. 3 Rahmenempfehlungen durch die BAR-Arbeitsgruppe formuliert, die dann mit der Begründung der nicht befriedigend geregelten Finanzierungszuständigkeit zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern scheiterten. Auch wenn die BAR-Formulierungen nicht verbindlich sind, hat die Analyse ergeben, dass es für die Stadt Düsseldorf trotzdem interessant ist, die Umsetzung der detaillierten Empfehlungen in ihrem Einzugsgebiet anzustreben. Entsprechend hat der Gutachterauftrag die dort formulierten Regelungen mit aufgenommen. Die dort vorgeschlagene Korridor-Finanzierung ermöglicht es, die Angebote des Förderungszentrums zum Angebot einer Komplexleistung auszubauen, ohne dass dies für die Kommune mit Mehrkosten verbunden sein muss. Die damit einhergehende Umgestaltung legt für das Förderungszentrum (mittelfristig) eine Umstrukturierung des Personalbestandes nahe (unter Einbeziehung des Bestandsschutzes), bei dem der pädagogisch-psychologische Zweig in Ergänzung des medizinisch-therapeutischen Zweigs zu stärken ist. Dies entspricht der inhaltlichen

Ausrichtung auf eine „ganzheitliche, familienorientierte“ Frühförderung im Sinne des SGB IX unter Wahrung eines umfassenden interdisziplinären Angebotes.

Die Finanzierung eines jährlichen Gesamtbudgets von derzeit über 1 Mio. EURO für den Ambulanzbereich des Förderungszentrums wird schwerpunktmäßig vom Träger selbst (Jugendamt) gewährleistet. Die Jugendhilfe ist auch – inhaltlich wie rechtlich – durch ihren Versorgungsauftrag für Kinder mit seelisch bedingten Auffälligkeiten auch für die Frühförderung (mit) zuständig. Ergänzend kommen pauschale Zuwendungen vom Sozialamt und Erstattungen der Krankenkassen für ärztlich rezeptierte therapeutische Leistungen hinzu. Die entsprechenden Kostensätze werden bei der Ausgestaltung einer „Komplexleistung Frühförderung“ neu zu definieren und aufzuteilen sein.

Insgesamt wird es zu einer Ausweitung der Leistungen kommen, da Leistungen des Rehabilitationsträgers Krankenkasse in die Komplexleistung integriert wurde.

Perspektivisch deutet sich entsprechend eine Verschiebung der Kostenträgerschaften in Richtung einer stärkeren Beteiligung der Krankenkassen (ggf. auch des Sozialamtes) in Form von Refinanzierung durch Pauschalen unter Beibehaltung eines zentralen Kostenträgers als Ansprechpartner für die betreuten Kinder und Familien an. Wesentlich wird für die Zukunft die Abgrenzung der einzelnen Rehabilitationsträger sein, sondern die gemeinsam konzipierte Komplexleistung, die die wohnortnahe Versorgungsstruktur für die hilfebedürftige Bevölkerung konzeptionell und organisatorisch erheblich verbessert.

Linsengericht, 15. April 2003

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Diskussionsentwurf der BAR-Fachgruppe „Früherkennung/Frühförderung“ – Gemeinsame Empfehlung vom 09. April 2002

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Frühförderung, Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1999

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003: Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Entwurf vom 17.01.2003

Familienberichtbericht der Stadt Düsseldorf 2001

Frühförderungszentrum für Kinder der Stadt Düsseldorf : Feinkonzept, 1999

Frühförderungszentrum für Kinder der Stadt Düsseldorf: Rahmenziele 2000-2004

Koch, Katja: Frühfördersystem – Überblick, Analyse und perspektivischer Ausblick. Neuwied/Berlin 1999

Kommunale Gesundheitsberichterstattung in der Landeshauptstadt Düsseldorf: Gesundheitsbericht: „Chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in Düsseldorf“

Leitbild für das Jugendamt Düsseldorf vom 03.05.1999

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hg.): Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg, Stuttgart, 1998

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hg.): Aktionsprogramm des Landes Brandenburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Potsdam 1997

Peterander, Franz und Speck, Otto: Abschlußbericht zum Forschungsprojekt „Strukturelle und inhaltliche Bedingungen der Frühförderung“. München 1993

Schlack, Hans-Georg: „Grundkonzepte der Behandlung. Eine Orientierung in der Vielfalt der Methoden“, in: Schlack, Hans-Georg (Hg.): Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Mainz, Kirchheim 1998, 18-27

Sohns, Armin: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland, Weinheim/Basel 2000

Sohns, Armin: „Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförder- und -beratungsstellen in Mecklenburg-Vorpommern – eine Bestandsaufnahme“, Hg.: Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung/Fachhochschule Neubrandenburg, 2001

Sohns, Armin: Die Komplexeleistung Frühförderung im Rehabilitationsgesetz, in: Frühförderung interdisziplinär 1/2002, S. 50-59

Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.: Qualifikation der Mitarbeiter in der Frühförderung, Hannover, 2000

(Footnotes)

¹ Als tarifliche Bezahlung wird für die medizinisch-therapeutischen Fachkraft BAT Vb, für die pädagogischen Fachkräfte (mit Hochschulabschluss) BAT IVb (nach einem nach 2 Jahren erfolgenden Bewährungsaufstieg von BAT Vb) zu Grunde gelegt. Für alle Fachkräfte der laufenden Frühförderung wird eine Weiterbildung zur Frühförderfachkraft angestrebt, die eine gehaltsmäßige Eingruppierung in BAT IVb nach sich zieht. Ohne diese Qualifikation oder eine Hochschulausbildung wird BAT Vb zu Grunde gelegt. Als Berechnungsgrundlage wird hier (während einer längeren Übergangszeit je zur Hälfte BAT Vb und BAT IVb berechnet. Für alle Fachkräfte wird der pauschale Status 35 Jahre, verheiratet, 2 Kinder berechnet.