

Expertise zum 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung

**Dr. Renate Höfer**

**Prof. Dr. Luise Behringer**

**Interdisziplinäre Frühförderung**

**Angebot und Leistungen**

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

## **Vorwort**

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet (s. unten), die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt,

Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

Alle Expertisen stehen als PDF zum Download auf der Internetseite des DJI zum 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung und können einzeln aufgerufen werden.

München im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

## **Übersicht über die Expertisen**

### **1. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe**

Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?

Petra Kolip: Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention

Bernd Röhrle: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?

Manfred Hintermair: Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

### **2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen**

Tina Friederich: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Renate Höfe / Luise Behringer: Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen

Prof. Dr. Elisabeth Wacker / Dr. Rainer Wetzler / Stefanie Frings: Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

### **3. Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe**

Andreas Hanses / Kirsten Sander: Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit

Knut Lambertin: Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit

Elke Opper / Petra Wagner: Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport

Peter Paulus: Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern

Florian Straus: Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

#### **4. Kinder und Jugendliche in Risikolagen**

Albert Lenz: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe

Michael Kölch: Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

Stephan Sting: Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter

#### **5. Hilfen zur Erziehung und ihre Schnittstellen**

Ulrich Gerth /Klaus Menne: Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

Margret Dörr: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

Jörg M. Fegert / Tanja Besier: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform

**Inhalt**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	7
<b>2</b>	<b>Das System Frühförderung</b> .....	8
2.1	Gesetzliche Grundlagen, Frühförderverordnung, Rahmenempfehlungen bzw. Rahmenvereinbarungen.....	10
2.2	Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen .....	13
2.3	Betreute Kinder .....	18
<b>3</b>	<b>Finanzierung der Frühförderung</b> .....	20
<b>4</b>	<b>Ausbauzustand der Frühförderstellen – die Struktur der Frühförderung nach Bundesländern und die interdisziplinäre Zusammensetzung</b> .....	26
4.1	Struktur der Frühförderung nach Bundesländern.....	26
4.2	Ausbauzustand und interdisziplinäre Stellenbesetzung .....	35
<b>5</b>	<b>Fachliches Profil der Frühförderung</b> .....	38
5.1	Haltung und Arbeitsprinzipien .....	38
5.2	Zentrale Angebotselemente der Frühförderung .....	39
5.3	Kooperationszusammenhänge in der Frühförderung .....	44
<b>6</b>	<b>Die Frühförderung im System der frühen Hilfen</b> .....	50
<b>7</b>	<b>Glossar</b> .....	55
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	55

## 1 Einleitung

„Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist 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 schließt die Bereiche Früherkennung, Frühbehandlung, Früherziehung und Beratung ein. Früherkennung ist eine notwendige Voraussetzung für wirksame Hilfen. Frühförderung wendet sich immer an das Kind und die Familie sowie das weitere Umfeld. Darum soll sie in und mit der Familie stattfinden (Hausfrühförderung). Bei ambulanten Maßnahmen muss sie für die Familie in zumutbarer Zeit erreichbar sein (Wohnortnähe). Frühförderung als ganzheitliches und interdisziplinäres System von Hilfen umfasst folgende Angebote:

- Diagnostik,
- Therapie,
- Pädagogische Förderung,
- Beratung, Anleitung, Stützung der Eltern.

Die Förderung des Kindes umfasst medizinische, pädagogische und psychologische Leistungen. Beratung, Anleitung und Stützung der Eltern erfolgen sowohl individuell als auch in Gruppen. Differenzierte Diagnostik, Therapie und pädagogische Förderung sind in der praktischen Frühförderarbeit nicht voneinander zu trennen, bedingen sich gegenseitig und sind aufeinander bezogen. Eine systematische Entwicklungsförderung darf sich nicht im Training von Einzelfunktionen erschöpfen, sondern muss die Förderung der psychosozialen Entwicklung im Auge haben und Lernfähigkeit, Lernbereitschaft und soziale Kompetenz anbahnen.“

(Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2005, S.1)

Die Aufgabenstellung der Expertise bezieht sich allgemein auf die Frage nach den Angeboten und Leistungen der Frühförderung und der Frage inwieweit diese mit Dienstleistungsangeboten der Jugendhilfe verknüpft sind.

Dazu wird im *ersten Kapitel* beschrieben, welche rechtlichen Grundlagen für die beteiligten Institutionen und für die Rolle der Frühförderung im System der frühen Hilfen geschaffen wurden. Auf dieser Grundlage werden die beteiligten Institutionen sowie deren Kooperationsstrukturen im Verhältnis zueinander beschrieben und der Frage nachgegangen, welche Kinder von der Jugendhilfe betreut werden. Im *zweiten Kapitel* wird die Finanzierung der Frühförderung dargestellt. Diese gestaltet sich trotz vielfältiger Bemühungen in einer Reihe von Bundesländern als schwierig. In einem ersten Schritt werden die existierenden Lösungen kurz dargestellt, um dann in einem zweiten Schritt die Implikationen einer Einzelfallfinanzierung am Beispiel von Bayern zu diskutieren. Die bestehenden Hilfestrukturen in den einzelnen Bundesländern sowie der unterschiedliche Stand in der Umsetzung der Komplexleistung führen zusammengenommen zu einem heterogenen Feld der Frühförderung. Im *dritten Kapitel*

wird der aktuelle Ausbauzustand in den einzelnen Bundesländern, bezogen auf die Struktur und die interdisziplinäre Zusammensetzung der Frühförderung, dargestellt.

Im *vierten Kapitel* geht es um das entwickelte fachliche Profil der Frühförderung (im System der frühen Hilfen). Im Zentrum dieses Kapitels stehen die langjährigen Erfahrungen und Kompetenzen der Frühförderung in der Arbeit mit kleinen Kindern und deren Familien. In diesem Kapitel wird zum einen der Institutionalierungsgrad von Kooperationsprozessen analysiert. Zum anderen werden die Effekte verbindlicher Kooperationszusammenhänge am Beispiel von Vernetzungsprojekten im Frühförderbereich beschrieben.

Abschließend im *fünften Kapitel* wird ein Resümee gezogen und die gestellten Einzelfragen beantwortet.

Die Datenlage zur Frühförderung in Deutschland insgesamt ist relativ eingeschränkt, da entsprechend der föderalen Regelung der Frühförderung Untersuchungen meist auf Länderebene durchgeführt wurden. Diese Untersuchungen stehen beispielhaft für Entwicklungen in der Frühförderung generell oder sie geben den Stand der einzelnen Bundesländer wieder.

## **1 Das System Frühförderung**

Das Eingangszitat umreißt sehr nachdrücklich das Aufgabenspektrum und den Arbeitsansatz der Frühförderung. Ziel der Frühförderung ist es Schädigungen oder Störungen in der körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Im Zentrum der Förderung steht das Kind und seine Entwicklung. Dazu gehören altersmäßige Entwicklungsanregungen (Förderung im Spiel), das Erleben von Selbstwirksamkeit für das Kind, aber auch die Förderung der Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind als sichere Basis für kindliche Entwicklung und Lernen (vgl. Naggl/Thurmaier 2008). Der Begriff der Frühförderung bezeichnet ein komplexes System früher Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt. Frühförderung einschließlich der Sozialpädiatrie ist ein verbindliches Hilfeangebot, das als Rechtsanspruch gesetzlich verankert ist. Seit den 1970er Jahren hat sich dieses Feld als ein besonderes Feld in der sozialen Arbeit weiter entwickelt und ausgedehnt. Entstanden ist das System der Frühförderung in einer Zeit sich stetig ausdifferenzierender unterschiedlicher Hilfesysteme. Dies führte einerseits zu Spezialisierungen, andererseits aber auch zu starken Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Teilsystemen. Wie *Weiß u.a.* (2004) feststellten, führte dies dazu, dass im Bereich der Frühförderung medizinische und pädagogische Angebote zunächst nebeneinander arbeiteten, oder es zu Hierarchisierungen kam: Die Medizin übernahm dabei eine Führungsrolle und wies der Heilpädagogik eine zuarbeitende Funktion zu.

Im Laufe der Zeit kristallisierten sich Interdisziplinarität, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung und Vernetzung als zentrale Arbeitsprinzipien heraus. Die Interdisziplinarität hat sich vor allem aus medizinischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen über die Entwicklung sowie aus der Behandlung und Förderung von behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder entwickelt. Die praktischen Erfahrungen in der frühen Förderung führten zu der Erkenntnis, dass die Komplexität der Aufgaben eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar macht. Diese Entwicklung fand zunächst nur auf einer fachlichen Ebene ohne zugrunde liegenden klarer rechtlicher Strukturen statt. Dies führte u.a. dazu, dass sich sehr unterschiedliche Modelle bzw. Teilsysteme in der Bundesrepublik entwickelten. Heilpädagogische Leistungen waren im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) verankert, medizinische im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und diese den Krankenkassen zugeordnet. Nach der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahr 1990 wurde die Jugendhilfe für einen Teil der Kinder in der Frühförderung zuständig. „Der Gesetzgeber wollte damit eine Differenzierung zwischen Leistungsberechtigten (Kindern) mit körperlichen und geistigen Auffälligkeiten auf der einen Seite (Bundessozialhilfe Gesetz, Neu: SGB IX) und seelischen Auffälligkeiten auf der anderen Seite (Kinder- und Jugendhilfe Gesetz) – wohl wissend, dass es aus fachlicher Sicht zumeist bei Frühförderkindern nicht sinnvoll und meist auch noch gar nicht möglich ist, die Ursachen ihrer Auffälligkeiten entsprechend zu differenzieren.“ (Sohns 2003). Allerdings konnte nach Länderrecht die Zuständigkeit vorrangig bei der Sozialhilfe bleiben. Obwohl acht Bundesländer eine Zuständigkeitsteilung zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe beschlossen hatten, fanden sie für die Kinder verträgliche Regelungen ohne zusätzliche Diagnostikmaßnahmen, meist blieb die Sozialhilfe zuständig (vgl. ebd.).<sup>1</sup>

Seit Inkrafttreten des SGB IX gibt es nicht nur einen fachlichen, sondern auch einen rechtlichen Konsens über die Kooperation und inhaltliche Zusammenarbeit der in der Frühförderung beteiligten Hilfesysteme.

Im Folgenden wird kurz dargestellt, welche rechtlichen Grundlagen für die beteiligten Institutionen und für die Rolle der Frühförderung im System der frühen Hilfen geschaffen wurden. Auf dieser Grundlage werden dann die beteiligten Institutionen und deren Verhältnis zueinander beschrieben.

---

<sup>1</sup> Dies erklärt warum die Frühförder-Stellen in der Kinder- und Jugendhilfestatistik eine geringe Verbreitung aufweisen, da ausschließlich Einrichtungen der Frühförderung in Trägerschaft der Kinder- und Jugendhilfe aufgeführt sind (vgl. Pluto u.a. 2007).

## **1.1 Gesetzliche Grundlagen, Frühförderverordnung, Rahmenempfehlungen bzw. Rahmenvereinbarungen**

Mit dem SGB IX (Sozialgesetzbuch – neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) (SGB IX 2006), das seit dem 1. Juli 2001 in Kraft ist, wurde das komplexe Rehabilitationsrecht vom Gesetzgeber weiterentwickelt. Es stellt eine funktionale Klammer der einzelnen Leistungsgesetze dar und verfolgt insbesondere das Ziel, Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger, – Sozialhilfe, Jugendhilfe und Krankenkassen – zu fördern und (die oben genannten) Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation zu überwinden (vgl. SGB IX, §10 Koordinierung der Leistungen). Dies bedeutet bezüglich des Zugangs zu Leistungen, dass Hilfesuchende künftig wegen Nichtzuständigkeit nicht weiter verwiesen werden können. Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Eltern sollen danach alle Leistungen aus einer Hand und aufeinander abgestimmt erhalten. Die Bereiche der Kassenleistung gemäß SGB V und der Sozial- und Jugendhilfeträger gemäß SGB XII und SGBVIII werden damit in einer rechtlichen Grundlage zusammengefasst. Damit wurde die seit längerer Zeit bestehende faktische Zusammenarbeit zwischen zwei zunächst traditionell völlig verschiedenen Systemen, dem medizinischen und medizinisch-therapeutischen und dem pädagogisch-psychologischen, auf eine rechtliche Basis gestellt.

Die rechtliche Verankerung von „Früherkennung und Frühförderung“ erfolgt in § 30 SGB IX, der dem Unterabschnitt „medizinische Rehabilitation“ zugeordnet ist. Die pädagogischen Leistungen des BSHG sind in „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55f SGB IX) aufgeführt. Diese beiden Leistungen müssen nach dem Gesetzgeber als Komplexleistung erbracht werden (§§ 30 Abs.1 und 56 SGB IX).

- „§ 30 (1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung [...] werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.
- § 30 (2) Sie umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen
- § 4 (1) und ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung des Kindes sowie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ...“

In der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt und sie bildet die Grundlage für Leistungsvereinbarungen vor Ort. Die Komplexleistung wird erbracht durch „fachübergreifend arbeitende Dienste und Einrichtungen“ (§ 30 Abs.1 Satz 1

SGB IX) wie SPZ und „Interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene seelische Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern“ (§ 30 Abs. 2 „SGB IX). Beide, IFF (Interdisziplinäre Frühförderstelle) und SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum), müssen die notwendigen personellen, fachlichen, räumlichen und sachlichen Anforderungen einschließlich eines gemeinsamen Konzeptes erfüllen. Das Konzept der Komplexleistung stellt, so *Jetter (2004)* eine Chance dar, bei der Vielfalt der Beteiligten einen gemeinsamen Standard von Qualität zu erreichen und insbesondere auch die Zusammenarbeit von SPZ und Frühförderstellen zu gestalten. Auch die Vorstellungen der IFF-Stellen und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF e.V.), dass die Förderung und Behandlung eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes auf Grund eines individuellen interdisziplinär erarbeiteten Förder- und Behandlungsplans erfolgen soll, wurde in die Gesetzgebung unter dem Begriff der Komplexleistung aufgenommen. Die Komplexleistung stellt somit auch eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit der Familie und allen anderen an der Frühförderung beteiligten Fachkräften und Systemen dar, auch um Doppelbetreuungen zu vermeiden. „Ohne den Nachweis einer kooperativen Zusammenarbeit kann demnach dem gesetzlichen Anspruch nicht mehr genüge getan werden.“ (Weiß u.a. 2004, S. 73).

### **Frühförderverordnung (FrühV).**

Der Gesetzgeber trug dem föderal gewachsenen System der Frühförderung in den einzelnen Bundesländern Rechnung und wies in § 30 (3) SGB IX darauf hin, dass je nach Landesrecht unterschiedliche Stellen an der Komplexleistung zu beteiligen sind. Das SGB IX enthält keine Angaben zur Ausführung, sondern erwartet von den Rehabilitationsträgern Umsetzungsvorschläge. Da die Bemühungen um eine gemeinsame Empfehlung auf Ebene der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) durch unterschiedliche Interessen der Beteiligten bei den Regelungen zur Zuständigkeit gescheitert waren bzw. nicht fristgerecht vereinbart wurden, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) auf der Grundlage von § 32 Abs.1 SGB IX die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung FrühV 2003) erlassen, die am 24.Juni 2003 in Kraft trat.

Durch die FrühV wurde das Unterfangen der Übernahme und Teilung der Kosten durch die Rehabilitationsträger gemäß § 30 Abs. 3 SGB IX nochmals spezifiziert: § 1 Frühförderungs-

verordnung begrenzt den Anwendungsbereich der Verordnung auf Leistungen nach § 30 Abs.1 und 2 SGB IX für *noch nicht eingeschulte Kinder* in Sozialpädiatrischen Zentren (§ 4 FrühV) und interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3 FrühV). Damit werden die Kostenübernahme zwischen Sozial-Jugendhilfe und Krankenkassen für den Bereich der nicht eingeschul-ten Kinder konkretisiert. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 5 FrühV), die von der Krankenkasse zu übernehmen sind, umfassen

- ärztliche Behandlung, einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
- nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu erkennen bzw. um einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen,
- Heilmittel insbesondere physikalische Therapie, Physio-Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie zu erbringen.

In Abgrenzung dazu stehen heilpädagogische Leistungen (§ 6) welche von der Sozial- bzw. Jugendhilfe (je nach Behinderungsart) übernommen werden. Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung der Kinder und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen.

Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes als ganzheitliche Komplexleistung (§ 8) erbracht. Der Antrag kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger bei dem der Antrag gestellt wurde, unterrichtet unverzüglich die anderen an der Komplexleistung Beteiligten. Diese sprechen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplanes über die Leistung. Vereinbarungen über pauschalierte Kostenersatzung sind zulässig. Bei der Erbringung der Komplexleistung (§ 8) arbeiten IFF-Stellen (Interdisziplinäre Frühförderstellen) und SPZ (sozialpädiatrische Zentren) mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Frühförderung beteiligten Stellen, wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften, der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen, teilnehmen.

Mit der FrühV blieben allerdings wesentliche Aspekte unberücksichtigt, die durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden sollen (§ 2 FrühV). Die Diskussionen um die Umsetzung gestaltete sich in der Folge jedoch so schwierig, dass bislang nicht in allen Bundeslän-

dern Regelungen vereinbart wurden (vgl. Pkt. 2. Finanzierung der Frühförderung/ Einzelfallabrechnungen).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass mit diesem Gesetz endlich Rechtssicherheit auch für den Bereich der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder geschaffen werden sollte. Früherkennung und Frühförderung sollte ausdrücklich als eine Leistung zur Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft deutlich werden. Aber gerade dieser Bereich beinhaltet noch viele Fragen, die der Gesetzestext und auch die ergänzend erlassene Frühförderverordnung nicht beantworten bzw. bewusst offen lassen und in die Zuständigkeit von Ländern und/oder Kommunen stellen. Dies erschwert die Umsetzung der entsprechenden Vorschriften in der Praxis erheblich, da z.B. die wichtige Frage der Finanzierung oft zum Streitpunkt zwischen den potentiellen Kostenträgern wird und somit eine reibungslose Erbringung von Heilmitteln im Sinne der vorgeschriebenen Komplexleistung vereitelt wird (vgl. Brenner 2005). So kommt es auch nicht von ungefähr, dass Ende 2006 nur 13% der Frühförderstellen Komplexleistung nach §30 SGB IX umgesetzt haben bzw. bei weiteren 6% Leistungsvereinbarungen bevorstehen (vgl. ISG 2007).

## **1.2 Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen**

Frühförderung und sozialpädiatrische Angebote haben den Anspruch und die Verpflichtung in einem umfassenden System allen entwicklungsgefährdeten Kindern und Personen aus ihrem Umfeld sowohl Behandlung und Förderung als auch Beratung und Begleitung anzubieten, um sie in ihren Entwicklungsmöglichkeiten zu stärken. Aus den bereits seit langem formulierten fachlichen und nun auch gesetzlich festgelegten gesetzlichen Grundlagen ergeben sich somit spezifische Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen bzw. Systemen, die an der Frühförderung beteiligt sind und die miteinander zur Kooperation verpflichtet sind. Die Institution Frühförderung kann dabei in drei Teilsysteme eingeteilt werden (vgl. Weiß u.a. 2004), die im Folgenden kurz beschrieben werden:

### **Teilsystem A:**

**Allgemeine (regionale) Frühförderstellen** übernehmen die wohnortnahe Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Sie stellen eine gemeinde- und familiennahe Grund- und Flächenversorgung für Kinder von Geburt bis zum Schuleintritt und deren Familien dar. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie keine Behinderungsarten ausschließen. Ihr komplexer Versorgungsauftrag von Diagnostik, Förderung und Beratung bzw. Begleitung bezieht sich auf die Bedürfnisse der Kinder in ihren Familien sowie in anderen Lebenswelten wie beispielsweise Kindertageseinrichtungen. Frühförderstellen arbeiten sowohl mobil als auch ambulant. In Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) – als offenes, niederschwelliges Angebot – können Kinder direkt von ihren Eltern vorgestellt werden, aber auch auf Veranlassung von niedergelassenen ÄrztInnen insbesondere KinderärztInnen sowie auf Empfehlung von TherapeutInnen, PsychologInnen, PädagogInnen. Ergibt sich aus der Erstberatung die

Notwendigkeit einer interdisziplinären Diagnostik, muss diese durch einen Vertragsarzt der Krankenkassen ausgelöst werden. Eine interdisziplinäre Diagnostik muss klären, ob das Ausmaß der Beeinträchtigung eine Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung rechtfertigt. In Kooperation von Arzt/Ärztin und zuständiger Pädagog/inn/en wird der Förder- und Behandlungsplan unterzeichnet. Die Zuordnung zu IFF oder SPZ ergibt sich aus den unterschiedlichen Profilen und Leistungen beider Einrichtungen.

Angebote **spezieller (überregionaler) Frühförderstellen** für blinde und sehbehinderte sowie für gehörlose und hörbehinderte Kinder ergänzen das Angebot der allgemeinen Frühförderstellen. Sie sind häufig an Förder- bzw. Sonderschulen angegliedert und ihr Einzugsgebiet ist in der Regel größer als das der allgemeinen Frühförderstellen.

Ergänzend dazu gibt es noch **spezielle Frühförderdienste, die dem Schulsystem angegliedert sind**, wie z.B. mobile sonderpädagogische Hilfen in Bayern oder sonderschulbezogene Frühberatungsstellen in Baden-Württemberg (vgl. Pkt. 3). Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen sind neben anderen Institutionen und Diensten wie z. B. den Interdisziplinären Frühförderstellen wesentlicher Bestandteil des Systems der frühen Hilfen in Baden-Württemberg. In Bayern fördern die mobilen sonderpädagogische Hilfen Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren in Kindergärten, die im Hinblick auf die Schulreife spezielle sonderpädagogische Anleitung und Unterstützung benötigen und sie beraten Eltern und ErzieherInnen (BayEUG 2002, Art. 22).

### **Teilsystem B:**

**Frei praktizierende bzw. niedergelassene ÄrztInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen und (Heil-)pädagogInnen.** Niedergelassene ÄrztInnen sind wichtige Kooperationspartner/innen, mit denen fast alle Frühförderstellen zusammenarbeiten, auch da die bislang verabschiedeten Landesrahmenempfehlungen die Verordnung bzw. Überweisung eines Vertragsarztes voraussetzen. Die bislang verabschiedeten Landesrahmenempfehlungen nach § 2 FrühV sehen vor, dass die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik als Bestandteil der Komplexleistung durch niedergelassene Kinderärztinnen eingeleitet wird. Dabei sind vier Modelle der Umsetzung möglich:

- eine Festanstellung von ÄrztInnen im Team („*internes Modell*“),
- die enge Zusammenarbeit mit ÄrztInnen eines SPZ („*Delegationsmodell*“)
- mit ÄrztInnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes („*Delegationsmodell ÖGD*“)
- sowie die systematische Zusammenarbeit mit einzelnen niedergelassenen KinderärztInnen, die in der Frühförderstelle tätig werden („*externes Modell*“).

Auch die Zusammenarbeit mit therapeutischen Praxen kann nach diesen vier Modellen erfolgen.

### **Teilsystem C:**

**Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)** sowie spezialisierte Kliniken und Fachabteilungen für Neuro- und Sozialpädiatrie an Kliniken. SPZ sind überregional ausgerichtete Institutionen, die die Arbeit der wohnortnahen Frühförderstellen, der niedergelassenen Kinderärzte und Kinderkliniken in besonders schwierig gelagerten Fällen in Diagnostik und Therapie unterstützen und ergänzen. Sie stehen unter ärztlicher Leitung, betreuen im Gegensatz zu Frühförderstellen, die familiennah ambulant und mobil arbeiten, einen größeren Einzugsbereich (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie 2000). SPZ arbeiten ebenfalls wie die interdisziplinären Frühförderstellen mit einem interdisziplinären Team, allerdings unter ärztlicher Leitung. Sie haben einen über die Frühförderung hinausgehenden Arbeitsauftrag – sie sind zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ermächtigt (§119 Abs. 1 SGB V), wenn sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Die Behandlung ist dabei insbesondere auf Kinder auszurichten, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. SPZ arbeiten vorwiegend ambulant (teilweise stationär) in einem überregionalen Einzugsgebiet. Gemäß gesetzlichem Auftrag (§ 119 - SGB V) sollen die Sozialpädiatrischen Zentren mit den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten. Die Angebote beider Einrichtungsformen sollen

sich gegenseitig ergänzen. In SPZ erfolgt der Zugang über die Überweisung von niedergelassenen ÄrztInnen (KinderärztInnen). Dort wird diagnostisch – interdisziplinär geklärt –, ob das Ausmaß der Beeinträchtigung die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung hinreichend begründet. Es wird mit Zustimmung der Eltern ein Förder- und Behandlungsplan erstellt und geklärt, ob die weitere Förderung und Behandlung durch eine wohnortnahe Frühförderstelle durchgeführt wird. Andere Empfehlungen wie Heilmittelverordnung, heilpädagogische Leistungen, Behandlung in anderen Einrichtungen, sofern sie isolierte Maßnahmen darstellen, fallen nicht in den Bereich der Komplexleistung.

Auch wenn es Unterschiede in den Leistungsprofilen zwischen SPZ und IFF gibt<sup>2</sup>, ist das Verhältnis zwischen beiden weiterhin von Abgrenzungsschwierigkeiten geprägt: So wird von den Praktikern die Beziehung zu den SPZ, die durch den Gesetzgeber entstanden ist, eher als Konkurrenz erlebt (vgl. VIFF Nord e.V. Workshop „Leitlinien in der Frühförderung“) nicht zuletzt auch aufgrund vieler offen gebliebener Fragen.<sup>3</sup> Auch die Überlegungen über die Zusammenarbeit von SPZ und Frühförderstellen in den einzelnen Bundesländern unterscheiden sich. Selbst innerhalb der Ländervereinigung Nord werden verschiedene Formen angestrebt: Beispielsweise beteiligt sich in Niedersachsen der Sozialhilfeträger nicht an den SPZ, so dass hier kein pädagogisches Profil besteht; in Hamburg wurde dagegen eine Quote für den Schwerpunkt pädagogischer Arbeit am SPZ eingerichtet. In Bremen gibt es Überlegungen ob die Erstellung der Gutachten zentral durch das Gesundheitsamt geregelt werden kann. Darüber hinaus gibt es meist noch keine Vertragsabschlüsse über Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern (Krankenkassen und Sozialhilfe). Dies ist verbunden mit Verzögerungen in der Genehmigung von Anträgen, hohem bürokratischen Aufwand sowie Finanzierungslücken, auch bezüglich der unterschiedlich vertretenen Altersgruppen von 0 -18 Jahren im SPZ und den noch nicht schulpflichtigen Kindern in der Frühförderung.

<sup>2</sup>Leistungsprofile SPZ- Vernetzung mit und Abgrenzung von IFF

IFF	SPZ
Pädagogisch/psychologische Leitung	Ärztliche Leitung, Diagnostik, Therapie
Interdisziplinäres Team	Viele Fachgruppen, ärztl. Mitverantwortung
Regionale Zuständigkeit	Überregionale Zuständigkeit
Wohnortnah	Spezialisierte Angebote
niederschwellig	Ärztliche Überweisung
Für Kinder bis zum Schuleintritt	Kindheitslange (Mit-) Behandlung (0-18 Jahre)
Nach SGB IX	Nach SGB V und SGB IX

Nach VIFF Nord 2005

<sup>3</sup>Beispielsweise geht es um die Frage wie mit Kindern umgegangen werden soll, die Leistungen aus beiden Einrichtungen benötigen. Unklar ist inwieweit ein Wechsel zwischen beiden Systemen möglich ist.

Die notwendigen Kooperationsprozesse finden zwischen verschiedenen Systemen mit unterschiedlichen berufsspezifischen professionellen Diskursen, Organisationsstrukturen und Handlungsstrategien statt. Dies stellt für die Verständigungsprozesse zwischen den beteiligten Systemen und Berufsgruppen eine Herausforderung dar, die von den Beteiligten inhaltlich gefüllt und in gemeinsamen Zielabsprachen umgesetzt werden müssen – eine Aufgabe, die gemeinsamer Anstrengungen bedarf (vgl. Behringer/Höfer 2005). Die Zusammenarbeit im System der frühen Hilfen setzt ein klares Angebotsprofil jeder Einrichtung sowie eine Abstimmung der jeweiligen Angebote vor Ort voraus. Die Beteiligten sind gefordert ihre unterschiedlichen Profile und Leistungen zu klären und aufeinander zu beziehen. Zu einer Klärung der Zusammenarbeit müssen die Wege zwischen den einzelnen Einrichtungen, zwischen Landkreisen und Regionen überschaubar und miteinander abgestimmt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit klar über Vertrag geregelt sein.

Die Frühförderstellen sind stark in die jeweiligen örtlichen und überregionalen Netzwerke früher Hilfen eingebunden, ihre Kooperationsbeziehungen zu den an der Komplexleistung beteiligten Systemen sind vielfältig (vgl. Behringer/Höfer 2005, ISG 2007). Die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im System der Frühförderung basiert in der Regel (noch) nicht auf entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen.

Tabelle 1: Kooperationsbeziehungen

Einrichtungen	Kooperieren Sie mit anderen Einrichtungen?			
	Ja, mit Vertrag	Ja, ohne Vertrag	Nein	N
Andere Frühförderstellen	5%	83%	12%	241
Therapeutische Praxen	21%	75%	5%	257
Niedergelassene ÄrztInnen	7%	90%	4%	245
Sozialpädagogische Zentren	7%	87%	7%	246
andere	9%	92%		162

Quelle: ISG 2007, S. 64

Eine länderspezifische Betrachtung zeigt, dass vergleichsweise viele Frühförderstellen in Bayern (66%), Sachsen (43%) und Thüringen (44%) ihre Zusammenarbeit mit medizinisch-therapeutischen Praxen auf eine vertragliche Grundlage gestellt haben, um als IFF anerkannt zu werden. Ebenso ergeben sich durchschnittlich etwas mehr vertraglich gebundene Kooperationen mit SPZ für Frühförderstellen in Bayern (11%), Mecklenburg – Vorpommern (13%) und Hessen (26%). Welchen Inhalt die einzelnen Verträge haben, ist an dieser Stelle nicht darstellbar. Allerdings macht die VIFF Vorschläge über Inhalt der Verträge, Modalitäten der praktischen Durchführung der Zusammenarbeit, der Diagnostik, der Erarbeitung der Förder- und Behandlungspläne, Organisation der Umsetzung der Verlaufs- und Kontrolldiagnostik, Modalitäten der Dokumentation und wechselseitigen Information, Beteiligung an Teamsitzungen und Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildung, Beteiligung an Qualitätsentwicklung und Evaluation (vgl. VIFF 2003).

Frühförderung als etabliertes Hilfesystem verbindet aber nicht nur getrennte Systeme wie das der Gesundheitsversorgung mit pädagogisch-therapeutischen Angeboten sondern auch **Jugendhilfe und Sozialhilfe**. Als interdisziplinäres System haben die Frühförderstellen Beziehungsnetze aufgebaut, die neben den oben dargestellten Netzwerken zu Ärzten, medizinischen Therapeuten, SPZ auch Einrichtungen der Jugendhilfe wie Erziehungsberatungsstellen, Sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt, Kindergärten, Kinderkrippen, Schwangerenberatungsstellen sowie zur Bezirkssozialarbeit und Gesundheitsämtern umfassen (nach ISG erfolgen dabei 9% über Vertrag und 91% ohne Vertrag). Ergebnisse in Bayern (vgl. Höfer/Behringer 2002) ergaben beispielsweise, dass 80% der Fachkräfte in Bayern an mindestens einem Arbeitskreis beteiligt sind, davon mehr als die Hälfte in Vernetzungsgremien, die gemeinsam an spezifischen Themen arbeiten oder in denen lokale Themen behandelt werden

(vgl. Pkt. 4). Umgekehrt geben 82% der Jugendämter an, mit mindestens einer Frühförderstelle zu kooperieren (vgl. Pluto u.a. 2007).

### 1.3 Betreute Kinder

Hier geht es um die Frage des Bedarfs an Frühförderung, aber auch um die Veränderung der „Behandlungsgründe“. Nach SGB IX § 2 (1) wird der leistungsberechtigte Personenkreis wie folgt beschrieben:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Nach der Sozialhilfestatistik haben im gesamten Jahresverlauf 2004 rund 120.855 Kinder heilpädagogische Leistungen seitens der Träger der Sozialhilfe bezogen (vgl. ISG 2007, S.14f). Es gilt festzustellen, dass der Bedarf an Frühförderung in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. So stellt beispielsweise *Sohns* (2003) fest, dass sich die Wahrnehmung von Frühförderleistungen seit den 1980er Jahren vervier- bis verfünffacht habe. Nach der *ISG-Studie* (2007) ist der Anteil an Kindern die heilpädagogische Leistungen der Sozialhilfe erhielten in nur vier Jahren um 21% gestiegen. Die bundesweite Versorgungsquote durch allgemeine Frühförderungsstellen liegt nach einer Hochrechnung bei 1,67% bis 1,91% je nach zugrunde gelegten Annahmen (ISG 2007, S. 83).<sup>4</sup>

In den SPZ wurden nach einer Hochrechnung im Jahr 2005 bundesweit schätzungsweise 91.100 Kinder zwischen 0 und 6 Jahren versorgt, was bei einer Gesamtzahl von etwa 5.176.600 Kindern dieser Altersgruppe einer Versorgungsquote von 1,8% entspricht. Der errechnete Bedarf liegt nach einer Berechnung in Brandenburg allerdings mit etwa 6% deutlich höher (vgl. *Sohns* 2001). Die Einschätzung der regionalen Versorgungssituation durch befragte Frühförderstellen ist unterschiedlich: 44% schätzen die aktuelle regionale Versorgungssituation von Kindern mit Frühförderungsbedarf und deren Eltern als ausreichend ein. Eine knappe Mehrheit von 56% sieht dagegen Defizite in der örtlichen Versorgung. Kritisch wird die Situation in Mecklenburg Vorpommern von 70% bzw. in Thüringen von 82% der Befragten beurteilt. Nur im Saarland, in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wird die Situation von annähernd zwei Drittel bis drei Viertel als ausreichend eingeschätzt (ISG 2007, S. 87).

---

<sup>4</sup> Die in den Ländern Berlin und Rheinland -Pfalz durch sozialpädiatrische Einrichtungen betreuten Kinder sind nicht einbezogen.

Insgesamt werden mehr Jungen (zwei Drittel) als Mädchen (ein Drittel) betreut (vgl. ISG 2007). Bundesweite Zahlen zum Durchschnittsalter der betreuten Kinder sind uns nicht bekannt, allerdings werden, so zeigen Einzeluntersuchungen, deutlich mehr Kinder zwischen drei und sechs als unter drei Jahren betreut (vgl. Klein 2002). In Brandenburg beispielsweise liegt das durchschnittliche Erstdiagnostikalter bei etwa 4,2 Jahren, zwei Jahre zu spät, da in vielen Fällen die betroffenen Kinder nicht mehr optimal gefördert werden können. Auch *Sohns* (2003) konstatiert am Beispiel der Förderschulen ein Früherkennungsproblem: Die Mehrzahl der Kinder an Förderschulen haben keine Hilfen im Vorschulalter erhalten. Da bekannt ist, dass etwa 90% dieser Kinder aus Armutsfamilien stammen, geht *Klein* (2002) davon aus, dass das System der Frühförderung in Bezug auf lernbehinderte oder verhaltensgestörte Kinder sozial selektiv ist, insofern nach SGB IX § 56 auch aufgrund von bestimmten Risikokonstellationen heilpädagogische Leistungen gerechtfertigt sind, allerdings im § 2 SGB IX der leistungsberechtigte Personenkreis nicht nur aufgrund bestimmter Risikolagen, sondern erst durch diagnostizierbare Entwicklungsverzögerungen bestimmt wird. Ähnlich definiert übrigens auch der § 35a des SGB VIII den Anspruchsfall.

Was die Leistungen betrifft gibt es Hinweise, dass sich die Aufgabenstellungen im Rahmen gesellschaftlicher Entwicklungen verändert haben. Nach *Sohns* (2003) machen die klassischen Behinderungsformen (manifeste geistige und körperliche Behinderung), die vor 20 Jahren im Mittelpunkt der Frühförderung standen, inzwischen nicht einmal mehr ein Viertel der Frühförderkinder aus (in Baden Württemberg sogar zusammen nur 14%). An erster Stelle stehen nun allgemeine Entwicklungsauffälligkeiten unklarer Genese gefolgt von psychosozialen Auffälligkeiten, die zusammen drei Viertel aller Frühförderleistungen ausmachen. *Sohns* (2006) stellt beispielsweise für den Landkreis Nordfriesland dramatisch gestiegen Fallzahlen an so genannten Entwicklungsauffälligkeiten fest, die nicht durch klassisch medizinische Ursachen, sondern durch umfeldbedingte Faktoren ausgelöst oder verstärkt werden. Eine Entwicklung, die für fast alle Regionen Deutschlands gilt. Die Anzahl sozial benachteiligter Kinder ist deutlich gestiegen: So zeigt sich in den Jahresberichten einer IFF in einer ländlichen Region Bayerns ein Anstieg von Kindern aus Familien mit mehreren Risiken von 38% im Jahr 2000 auf 57% im Jahr 2003 (SOS-Kinderdorf e.V. 2000/2003).

Da mit gesellschaftlichen Veränderungen auch die Risikofaktoren für Vernachlässigungssituationen gestiegen sind, ergibt sich hier ein klassisches Überschneidungsfeld mit der Jugendhilfe, wenn sich elterliche und kindliche Risikokonstellationen zu massiven Vernachlässi-

gungssituationen verdichten, die nachhaltig sowohl die Gesundheit als auch soziale und leistungsbezogene Verhaltensweisen betreffen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass aufgrund veränderter Bedingungen des Aufwachsens und verbesserter Wissensgrundlage zum Prozess frühkindlicher Sozialisation die Anforderungen an Prävention und Ressourcenorientierung gerade auch für die Frühförderung deutlich gestiegen sind. Für die IFF hat sich neben der „klassischen“ Betreuung von behinderten Kindern damit ein weiteres Aufgabenfeld ergeben. Allein die Risikokonstellationen von benachteiligten Kindern würden unseres Erachtens die Indikationsstellung durch KinderärztInnen rechtfertigen (vgl. Naggl/Thurmair 2008). „Die Auswirkungen von Vernachlässigungstendenzen oder nicht kindgerechte Erziehung beziehen sich auf alle Bereiche kindlicher Entwicklung: von der kognitiven, über die sensorische, motorische, emotionale, soziale Entwicklung bis hin zum Gesundheitszustand des Kindes.“ (Sohns 2006, S. 2). Durch das SGB IX werden zwar in dieser Hinsicht neue fachliche Ansprüche an die Arbeit der Frühförderstellen gestellt, beispielsweise die Stärkung präventiver Angebote (§ 3) und der Vorrang der Integration (§ 4 Abs.3). Allerdings bietet das Gesetz beispielsweise in dem Spannungsfeld zwischen § 56 und § 2 einen Interpretationsspielraum, der aufgrund der Defizitorientierung bei den Kostenträgern und auch den beteiligten Systemen Medizin und Sozialhilfe in der Regel dazu führt, dass Handlungsbedarf erst entsteht, wenn eine Störung diagnostiziert wurde.

## **2 Finanzierung der Frühförderung**

Die gesetzliche Verankerung der interdisziplinären Frühförderung als Komplexleistung im SGB IX war ein wichtiger Schritt zur Sicherung der geschaffenen Strukturen interdisziplinärer Frühförderung. Mit „Komplexleistung“ verband sich im Bereich der Frühförderung zudem die Hoffnung, nun auch bessere finanzielle Bedingungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit zu bekommen.

In der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) wurde die Regelung der Zuständigkeit und Kostenverteilung auf die Rehabilitationsträger nur in Teilbereichen geklärt (vgl. Pkt. 1.1). Sie beziehen sich auf Maßnahmen im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5) und heilpädagogische Leistungen (§ 6), die in interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3) oder Sozialpädiatrischen Zentren (§ 4) erbracht werden. Dabei sah der Gesetzgeber auch die Möglichkeit einer pauschalierten Kostenteilung vor. In § 9 wurde festgeschrieben, dass der Anteil der Leistungen für heilpädagogische Frühförderung in Frühförderstellen 80% und in SPZ 20% nicht

übersteigen darf. Andere wichtige Aspekte wie beispielsweise übergreifende Leistungen, so genannten Overhead- oder Korridorleistungen, Regelungen zur Ermittlung von Leistungsentgelten und Verfahren über die Beantragung von Leistungen sowie Vereinbarungen über Mindeststandards in der personellen Besetzung sollten durch Landesempfehlungen geregelt werden.

Inzwischen liegen in 10 Bundesländern Rahmenempfehlungen (Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt), Rahmenvereinbarungen (Berlin, Hessen, Sachsen, Schleswig-Holstein) und Rahmenverträge (Bayern) vor. Die Entgeltvereinbarungen wurden allerdings bislang nur in Bayern, Sachsen und Berlin landesweit geregelt, in Nordrhein-Westfalen müssen sie auf örtlicher Ebene verhandelt werden. Dort haben einige Interdisziplinäre Frühförderstellen bereits Verträge abgeschlossen, andere befinden sich noch im Verhandlungsstatus. Verfolgt man die aktuellen Nachrichten der VIFF Bundesvereinigung sowie ihrer Landesvereinigungen auf ihrer Homepage ([www.fruehfoerderung-viff.de](http://www.fruehfoerderung-viff.de)), so kann man insgesamt festhalten, dass die zwischen Leistungsträgern und -erbringern vereinbarten bzw. noch in Verhandlung befindlichen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen als unzureichend angesehen werden müssen.

**Leistungs- bzw. Kostenträger** sind in der Regel die Städte und Gemeinden (Landkreise) oder Bezirke für heilpädagogische Leistungen nach dem BSHG und dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Krankenkassenverbände für medizinisch-therapeutische Leistungen. In einigen Bundesländern werden die Kosten für heilpädagogische Leistungen auch vom Land selbst getragen oder Länder beteiligen sich an den Kosten zur Sicherung des interdisziplinären Ansatzes wie z.B. Hessen. Den größten Anteil heilpädagogischer Leistungen trägt die Sozialhilfe, nur ca. 10% der Frühförderstellen erhalten auch Kostenanteile von der Jugendhilfe (vgl. ISG 2007). Es ist anzunehmen, dass es sich dabei um Leistungen nach § 35a SGB VIII handelt, die in einigen Bundesländern in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe fallen (vgl. Pkt. 1). In Brandenburg mit 45% und Sachsen-Anhalt mit 40% ist der Anteil der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vergleichsweise hoch (ISG 2007). Ein vergleichsweise hoher Anteil der Leistungen dürfte sich auch in Rheinland-Pfalz ergeben, wo 40% aller ambulanten Fälle in der Frühförderung nach § 35a SGB VIII in die Kosten der Kinder- und Jugendhilfe fallen (vgl. Moos/ Müller 2003). **Leistungserbringer** sind die Trägerverbände der interdisziplinären Frühförderung, Liga der freien Wohlfahrtspflege, Träger der SPZ

sowie einige private Träger. In Bayern, Hamburg, Saarland und Sachsen haben sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer die Vereinbarungen unterzeichnet, in den anderen Bundesländern lediglich die Leistungsträger. Die Landesrahmenvereinbarungen stimmen in vielen Punkten überein, weisen aber auch entscheidende Unterschiede auf, wie z.B. beim Zugang zur Frühförderung, der personellen Besetzung in Festanstellung oder in Kooperation. Darüber hinaus unterscheiden sie sich auch in den Vergütungsstrukturen. So haben sich einige Länder auf eine pauschalierte Vergütung geeinigt, andere sehen eine Einzelfallabrechnung vor.

Eine **Pauschalfinanzierung** ließ sich nur in wenigen Bundesländern – Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt – durchsetzen, wobei es lediglich für Sachsen-Anhalt eine landesweite Regelung gibt. Danach tragen für Frühförderleistungen in Interdisziplinären Frühförderstellen die Sozialhilfeträger 80% und die gesetzlichen Krankenkassen 20%, in den SPZ ist die Verteilung genau gegenteilig. Die Leistungen der Eingangsdiagnostik tragen zu 80% die gesetzlichen Krankenkassen und zu 20% der Sozialhilfe- bzw. Jugendhilfeträger. In Berlin werden die klinikgebundenen SPZ zu 90% über die Krankenkassen und zu 10% durch das Land finanziert, die mobil, wohnort- und familiennah arbeitenden Kinder- und Jugendambulanzen (KJA)/SPZ zu 30% über Krankenkassen und zu 70% durch das Land Berlin. Die KJA/SPZ haben zudem einen Versorgungsauftrag für mobile Frühförderung in Kindertagesstätten, die als Komplexleistung zu 60% von den örtlichen Sozialhilfeträgern und zu 40% durch die Krankenkassen finanziert werden. Damit werden in Berlin die bestehenden Regelungen beibehalten. In Nordrhein-Westfalen müssen die pauschalierten Entgelte auf örtlicher Ebene vereinbart werden.

Die **Einzelfallabrechnung** in Bayern, Hessen, Sachsen und Schleswig-Holstein erfolgt wie bisher für heilpädagogische Leistungen mit dem Sozialhilfeträger, für medizinisch-therapeutische Leistungen mit den Krankenkassen (dabei wird in der Regel der Heilmittelkatalog zugrunde gelegt). In Bayern wird die Eingangsdiagnostik mit einer finanziellen Pauschale und in Schleswig-Holstein wird die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik als Pauschale vergütet, wenn sich eine Komplexleistung oder eine ausschließlich medizinisch-therapeutische Leistung anschließt.

In Sachsen haben die Frühförderstellen mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Vereinbarung zur Vergütung diagnostischer Leistungen (4 Stunden für Eingangs- und 1,5 Stunden für Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, jeweils ohne ärztliche Leistungen) sowie für die Dauer

der heilpädagogischen Fördereinheit mit 2,5 Stunden (mit regionalen Schwankungen) geschlossen.

Die Erbringung therapeutischer Leistungen orientiert sich nach wie vor am Heilmittelkatalog der Krankenkassen. Für interdisziplinäre Abstimmungsleistungen, Elternberatung und die mobile Frühförderung gibt es bislang keine Finanzierungsgrundlage, was zu einer Gefährdung von über die Jahre gewachsenen Strukturen führt. Die Vereinbarungen zwischen SPZ und Kostenträgern gehen nur sehr schleppend voran.

Die umfangreichsten Erfahrungen mit der Umsetzung der Komplexleistung in Einzelfallabrechnung nach den Rahmenvereinbarungen liegen bislang aus Bayern vor. Hier wurden ca. ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Landesrahmenvertrages mit Entgeltvereinbarungen die Erfahrungen der Frühförderstellen erfasst, auf die wir uns im Folgenden beziehen. In anderen Bundesländern sehen die Rahmenvereinbarungen zwar ähnliche Kostenteilungen vor, allerdings haben sich die Vertragsparteien bislang nicht geeinigt.

In Bayern ist zum 01.08.2006 ein Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Kraft getreten. In diesem werden einheitliche Vergütungsregeln für eine Einzelfallabrechnung vorgegeben. Inzwischen sind alle Frühförderstellen dem Rahmenvertrag beigetreten. Die Komplexleistung umfasst dabei die drei Module „offenes Beratungsangebot“, „Eingangsdagnostik“ und „Förderung und Behandlung“ (vgl. Pkt. 3).

Für die Vergütung der einzelnen Module wurden Entgelte festgelegt, die entsprechend der Leistung in die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger oder Krankenkassen fallen. Das **offene Beratungsangebot** umfasst 2 Behandlungseinheiten (BE) mit je 60 Minuten, für die vom Sozialhilfeträger jeweils 43 Euro vergütet werden. Das Erstgespräch erfüllt eine Schlüsselfunktion für den Kontakt zur Familie und das Kennen lernen der Entwicklungsbedingungen des Kindes. Dabei erfolgt eine Klärung, ob eine Eingangsdagnostik eingeleitet werden soll.

Für die **Eingangsdagnostik** (diagnostische Maßnahmen sowie Förder- und Behandlungsplanung), die im Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt erfolgt, vergütet die Krankenkasse pauschal 195,- Euro, was ca. 4 BE umfasst. Aus der Eingangsdagnostik wird bei festgestelltem Förderbedarf im Sinne einer Komplexleistung ein Förder- und Behandlungsplan interdisziplinär unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern entwickelt und vom behandelnden Arzt sowie der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Es handelt sich dabei um ein Formular, bei dem angekreuzt werden muss, ob eine Behinderung körperlicher, geistiger oder seelischer Art droht oder vorliegt sowie Form und Umfang der Behandlung. Eine Komplexleistung liegt dann vor, wenn ein Kind Leistungen aus dem medizinischen und pädagogischen Bereich erhält, das ist mit der so genannten „Zwei-Kreuzchen-Lösung“ gemeint. Nach der Einreichung bei einem der Rehabilitationsträger muss innerhalb von zwei Wochen über die Bewilligung entschieden werden.

In der **Förderung und Behandlung** umfasst eine BE ebenfalls 60 Minuten, wobei 45 Minuten auf die kind- und elternbezogenen Aufgaben entfallen und 15 Minuten für Vor- und Nachbereitung, externe Besprechungen sowie Dokumentation der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik vorgesehen sind. Die Sätze betragen für heilpädagogische Förderung (auch Psychologie) 43,95 Euro (mobil: 58,95), für medizinisch-therapeutische Förderung 38,48 Euro (mobil 61,57). Grundsätzlich werden pro Jahr im sozial- und heilpädagogischen Bereich bis maximal 72 BE genehmigt, in begründeten Ausnahmefällen auch darüber hinaus. Medizinische Förderung unterliegt der Heilmittelverordnung. Einmal im Monat kann ein Teamgespräch mit 8,20 Euro (Heilpädagogik) bzw. 7,70 Euro (medizinische Therapie) pro

Kind abgerechnet werden. Alles andere, was an „Overhead“ nötig ist, wie Teamstrukturen für Konzeptentwicklung und -fortentwicklung, Arbeitsorganisation, Qualitätssicherung und vor allem die Kooperation mit anderen Institutionen ist in die ohnehin sehr niedrigen Entgeltsätze „eingepreist“ und somit für die Frühförderstellen nicht abrufbar.

Nach einem Jahr Komplexeleistung werden von den Leitungen der Frühförderstellen (vgl. Arbeitsstelle Frühförderung Bayern 2007) trotz positiver Entwicklungen auch eine Reihe von Problemen angesprochen. Positive Entwicklungen betreffen das *offene Beratungsangebot*, das einen ersten niederschweligen Zugang zur Frühförderung ermöglicht. Gleichwohl muss hier betont werden, dass dem niederschweligen Zugang zu einem Erstgespräch doch eine relativ hohe Hürde folgt, wenn Eltern mit der Diagnose bestehender oder drohender Behinderung als Voraussetzung der Frühförderung konfrontiert werden. Auch die Diagnostikpauschale trägt der kompetenten interdisziplinären Diagnostik an Frühförderstellen mehr Rechnung, allerdings besteht ein krasses Missverhältnis zwischen den fachlichen Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Abstimmung des Förder- und Behandlungsplanes und der dafür vergüteten Pauschale. Problematisch sind darüber hinaus weitere Punkte:

- „Die Zwei-Kreuzchen-Lösung“ bzw. die Auslegung der Komplexeleistung als Zwang zu zwei Leistungen ist praxisfern und erschwert bei einem großen Teil der Kinder und Familien ein sachangemessenes und flexibles Handeln. Diese formal-juristische Definition entspricht nicht dem fachlichen Standard von Interdisziplinarität im Sinne einer Zusammenarbeit von Fachkräften unterschiedlicher Disziplin mit dem Ziel, fachspezifisches Wissen und Handeln um Sichtweisen, Ansätze und Erfahrungen anderer Disziplinen zu erweitern. Sie berücksichtigt nicht das „interdisziplinäre Grundrauschen“ einer Stelle, das durch verbindliche Teamstrukturen und regelmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet wird. (Behringer/Thurmair 2007). Pädagogisch-psychologische bzw. medizinisch therapeutische Leistungen in der Arbeit mit dem Kind oder der Familie, die interdisziplinäre Fallbesprechungen und Diagnostik umfassen würden, gehören demnach nicht zum Leistungsumfang der Frühförderstelle. Damit entspricht die bayerische Auslegung der FrüV § 7, wo Komplexeleistung als erforderliche Leistung nach dem individuellen Bedarf definiert wird, nicht dem fachlichen Anspruch an Interdisziplinarität. Denn dies kann auch bedeuten, dass ein Kind nur in einem Leistungsbereich eine Maßnahme erhält, die aber in seiner Durchführung und Überprüfung immer interdisziplinär verläuft. (vgl. Engeln 2006)
- Obwohl durch das SGB IX und die FrüV zur Erbringung der Komplexeleistung eine Kooperation („Zusammenwirken“) der beteiligten Disziplinen jetzt explizit gefordert ist, z.B. in der interdisziplinären Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanung, sehen die Vereinbarungen dafür kaum Ressourcen vor. Eine Komplexeleistung, die nicht nur eine additive Aneinanderreihung der Kenntnisse und Verfahren der einzelnen Berufsgruppen beinhaltet, sondern auf einem integrierten Förderkonzept basiert, in das die Fachbeiträge in komplementärer Form einfließen (Troost 1992), kann damit kaum erbracht werden. Auch für weitere unabdingbare Leistungen in der Frühförderung, wie Fallarbeit, interdisziplinäre Beratungen, Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen und Systemen besteht keine Verfahrenssicherheit für die Finanzierung. Sie ist vielmehr abhängig von der sehr unterschiedlichen Auslegung der kommunalen Kostenträger (AFFBy 2007).
- Interdisziplinarität kann in Bayern, wie auch in anderen Bundesländern über Kooperation mit niedergelassenen medizinischen Therapeutinnen gewährleistet werden. Allerdings müssen diese dann in den Räumen der Frühförderstellen tätig werden, selbst wenn die Praxis in der Nachbarschaft einer betreuten Familie wäre. Diese rigiden Festlegungen unterhöheln die Familiennähe und führen, weil häufig nicht vermittelbar, dazu, dass Frühförderung nicht in Anspruch genommen wird.
- Mobile Frühförderung als spezifisches und niederschwelliges Angebot insbesondere für belastete Familien und Familien in großen Flächenlandkreisen muss jetzt spezifisch oder medizinisch begründet werden und wird nur in Einzelfällen bewilligt, was zu einem tendenziellen Abbau führt. Dies gilt auch für Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Gerade dieses Angebot ist entschei-

dend, wenn Familien in prekären Situationen erreicht werden sollen, die Termine in Einrichtungen „vergessen“ oder nur unregelmäßig wahrnehmen. Dies umso mehr, da kurzfristig wegen Krankheit oder sonstigen Gründen ausgefallene Termine voll zu Lasten der Einrichtung gehen und von diesen auf Dauer nicht kompensiert werden können. Leidtragende sind Kinder, die in prekären familiären Bedingungen aufwachsen, wenn sich Frühförderstellen diese Zielgruppe nicht mehr leisten kann.

- Darüber hinaus wird es den Frühförderstellen erschwert bis unmöglich gemacht, behinderte oder entwicklungsgefährdete Kinder zu betreuen, die einen integrativen Kindergarten besuchen und dort z.B. heilpädagogische Hilfen erhalten. Alle anderen therapeutischen Hilfen für das Kind mit Behinderung und notwendige Beratungen der Erzieherinnen, die von der Frühförderstelle erbracht werden könnten, dürfen von ihr nicht mehr wahrgenommen werden, da sie nach der Lesart der Kostenträger keine Komplexleistung mehr darstellen. Die Kinder erhalten dann keine bedarfsgerechte Förderung, die Eltern und Erzieherinnen nicht die notwendige Beratung und Unterstützung.
- Insgesamt sind die bürokratischen Anforderungen immens angewachsen. Die meisten bayerischen Frühförderstellen sind finanziell gesehen in ernsthaften Schwierigkeiten.

Die mit der Einführung der „Komplexleistung“ verknüpften Hoffnungen an bessere finanzielle Bedingungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit, wurden enttäuscht. Von fachlicher Seite her erwartete man dabei vor allem Strukturen, die eine gute Interdisziplinarität überhaupt erst ermöglichen. Eine interdisziplinäre Frühförderstelle wäre demnach:

- mit einer entsprechenden Personalausstattung im heil- und sozialpädagogischen, psychologischen und medizinisch-therapeutischen Bereich
- und mit Strukturen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die eine gute fallbezogene und fallübergreifende Kooperation ermöglicht, ausgestattet.

Für eine Umsetzung der Komplexleistung, die sowohl die direkte Arbeit mit dem Kind und/oder seinen Bezugspersonen als auch eine interdisziplinäre Kooperation der beteiligten Fachkräfte zur Planung und Abstimmung der Maßnahmen berücksichtigt, erschien von fachlicher Seite eine Finanzierung mit einer pauschalierenden Kostenteilung für beide Kostenträger (Sozialhilfe und Krankenkassen) am besten geeignet. Denn dadurch wäre ein flexibles Eingehen auf die spezifischen Erfordernisse im Förder-/Behandlungsverlauf am ehesten gewährleistet gewesen.

Sowohl die Entwicklung in Bayern als auch die Empfehlungen und Vereinbarungen in den anderen Bundesländern, in denen die Entgeltverhandlungen noch schleppend vorangehen lassen keine wesentlich besseren Rahmenbedingungen erwarten, so dass das System der Frühförderung bundesweit substantiell gefährdet scheint. Die Frage ist, ob man es sich leisten kann, ein gut funktionierendes und etabliertes System wie die Frühförderung zu gefährden und gleichzeitig eine neue Struktur der frühen Hilfen aufzubauen. Denn den oben genannten

Rahmenbedingungen stehen Kompetenzen gegenüber, die ein zentraler Baustein der frühen Hilfen sind, auch und gerade unter dem Blickwinkel der Prävention von Entwicklungsstörungen und Gefährdungen für das Kindeswohl. Darüber hinaus kann gerade die Frühförderung dazu beitragen, den Blick auf Ressourcen und die Stärkung von Kompetenzen in Familien zu legen, die in der Diskussion um Frühwarnsysteme und frühe Hilfen unseres Erachtens zu kurz kommen.

### **3 Ausbauzustand der Frühförderstellen – die Struktur der Frühförderung nach Bundesländern und die interdisziplinäre Zusammensetzung**

Da bei der Frühförderverordnung (FrühV) wesentliche Aspekte wie u.a. Vereinbarungen über Mindeststandards, Zulassungsfragen als Frühförderstellen, Regelung zur Ermittlung von Leistungsentgelten und Verfahren über die Beantragung von Leistungen offen bleiben, ist in § 2 Früh V vorgesehen, dass Näheres zu den Anforderungen an IFF und SPZ durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden kann. Damit sollten auch die unterschiedlichen Organisations- und Angebotsformen in den einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden. Vorgesehen ist, dass örtliche Leistungsverträge zwischen IFF-Stellen und SPZ mit den Rehabilitationsträgern (Kreise, kreisfreie Städte und Landesverbände der Krankenkassen) abgeschlossen und dabei Entgelte vereinbart werden. Diese müssen Aussagen treffen über Mindeststandards und Zulassungsfragen der IFF-Stellen sowie Regelungen zur Ermittlung von Leistungsentgelten und Verfahren über die Beantragung von Leistungen. Aufgrund der teilweise noch laufenden Diskussionen ist auch hier die Datenlage schwierig.

#### **3.1 Struktur der Frühförderung nach Bundesländern**

Der folgende Länderüberblick schildert von daher kurz den Ausgangspunkt im jeweiligen Bundesland und soweit bereits vorhanden, Angaben zur Umsetzung der Komplexleistung. Da sich im System der Frühförderung ein gewisses Nord- Südgefälle im Hinblick auf die Umsetzung des Arbeitsprinzips Interdisziplinarität abzeichnet – alle Berufsgruppen unter einem Dach bzw. über Kooperationen mit niedergelassenen TherapeutInnen –, werden die Länder nach Regionen zusammengefasst dargestellt (vgl. ISG 2007, 19ff).

Im **Süden** Deutschlands (Baden-Württemberg, Bayern) gab es bereits vor Inkrafttreten des SGB IX eine Entwicklung allgemeine Frühförderstellen interdisziplinär zu besetzen.

Das System **in Baden Württemberg** zeichnet sich u.a dadurch aus, dass neben den allgemeinen IFF-Stellen 354 Sonderpädagogische Beratungsstellen (SPB) insbesondere an Sonderschulen bestehen. Diese fallen nicht in den Anwendungsbereich der Frühförderverordnung. Es

ist auch nicht geplant diese interdisziplinär zu besetzen. Für die IFF maßgebend ist derzeit noch die Rahmenkonzeption Frühförderung von 1998 bzw. die Übergangsvereinbarung von 2004 (vgl. Rahmenkonzeption Baden-Württemberg 1998). Demnach umfasst das Angebot des Frühfördersystems in Baden-Württemberg, je nach individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles,

- die Behandlung durch niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen,
- die Behandlung in Kinderkliniken, anderen Fachkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren,
- die Frühförderung in sonderpädagogischen Beratungsstellen (SPB)
- und/ oder die Frühförderung durch interdisziplinäre Frühförderstellen.

Seit Anfang 2008 wird dieses System ergänzt durch das Modellprojekt „Bildungshaus für Drei- bis Zehnjährige“, in dem die Kindergärten und Grundschulen zu einer durchgängigen Bildungseinrichtung für Drei- bis Zehnjährige verzahnt werden (vgl. Modellprojekt Bildungshaus 2008). Als Ansprechpartner für Eltern und Institutionen steht bei jedem Amt für Schule und Bildung ein pädagogischer Berater für Frühförderung zur Verfügung. Der Zugang zu den interdisziplinär besetzten Frühförderstellen ist wohnortnah, niederschwellig und mobil. Als Besonderheit in Baden-Württemberg existiert eine regionale bzw. überregionale Netzwerkstruktur. In der Rahmenkonzeption von 1996 ist festgeschrieben, dass die Voraussetzung der Bezuschussung der interdisziplinären Frühförderstellen eine Zusammenarbeit mit allen Einrichtungen, Stellen, Organisationen, Selbsthilfevereinigungen, die sich auf örtlicher und Kreisebene mit der Förderung und Betreuung behinderter Kinder befassen, ist. Diese Vorgaben wurden in die Konzeptionen der IFF aufgenommen. Es gibt auf regionaler Ebene einen Kooperationsverbund in dem SPB, IFF, Klinik, SPZ, Gesundheitsämter, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sowie niedergelassene ÄrztInnen und medizinische und heilpädagogische TherapeutInnen vertreten sind, sowie eine Kreisarbeitsgemeinschaft unter der Federführung der Kommune. Ergänzt werden diese durch (überregionale) Fachgremien und Arbeitskreise, einem Kooperationsverbund innerhalb der SPB und eine Interdisziplinäre Praxisbegleitung (IPF) die durch Landesmittel gefördert wird (vgl. überregionale Frühförderstellen Baden-Württemberg 2003).

**Das System der interdisziplinären Frühförderung (Bayern):** Bayern begann bereits relativ früh, die Frühförderstellen interdisziplinär auszubauen. Neben dem flächendeckenden Netz von allgemeinen Frühfördereinrichtungen gibt es spezielle Frühförderstellen und SPZ, die überregional auf Bezirksebene organisiert sind sowie heilpädagogische Fachdienste, die mehrheitlich allgemeinen Frühförderstellen angeschlossen sind. Diese arbeiten mit den Kin-

dertageseinrichtungen zusammen und beraten die Fachkräfte bzw. die Eltern. Darüber hinaus gibt es mobile sonderpädagogische Hilfen, die den Sonderschulen zugeordnet sind. Diese betreuen Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf und werden über die allgemeinen Frühförderstellen eingesetzt. (Hier beteiligt sich das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus an den Kosten). In Bayern ist zum 01.08.2006 ein Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Kraft getreten (Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder 19.05.2006). In diesem werden einheitliche Vergütungsregeln vorgegeben. Die Komplexleistung umfasst dabei drei Module:

- Ein offenes Beratungsangebot, das den Sozialhilfeträgern zugeordnet ist und das die Eltern ohne ärztliche Überweisung aufsuchen können. Das Erstgespräch hilft klären ob etwas getan werden muss und erfüllt eine Schlüsselfunktion für den Kontakt zu Familie und das Kennen lernen der Entwicklungsbedingungen des Kindes.
- Eine Eingangsdagnostik, die zu Lasten der Krankenkassen geht und die geeignet scheint, den Standard der interdisziplinären Diagnostik, der in den Leitlinien gesetzt ist auch praktisch umsetzen zu können (vgl. VIFF LV Bayern (2007) Rundbrief NR. 14)
- Die Förderung und Behandlung, in der die erforderlichen Leistungen handlungs- und alltagsorientiert in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder wesentlichen Bezugspersonen des Kindes erbracht werden und je nach Art den Sozialhilfeträgern bzw. den Krankenkassen zugeordnet werden.

Der Zugang zur Komplexleistung erfolgt über den Förder- und Behandlungsplan, der vom behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft erstellt und unterzeichnet werden muss. Der Förder- und Behandlungsplan muss mindestens je eine Leistung aus dem Bereich SGB XII (pädagogisch und/oder psychologisch) und dem Bereich des SGB V (medizinisch-therapeutisch) ausweisen, um als Komplexleistung gemäß des Bayerischen Rahmenvertrags zu gelten („Zwei Kreuzchen Lösung“). Die Komplexleistung kann dabei entweder als Doppelförderung (z.B. Heilpädagogik und Physiotherapie) oder zeitlich versetzt in Blöcken erfolgen (zuerst Heilpädagogik, dann Physiotherapie) bzw. mit einem Schwerpunkt (z.B. Heilpädagogik mit sechs BE pro Monat und Physiotherapie mit einer BE). Von der Stellenbesetzung wird eine Festanstellung der Leitung erwartet sowie jeweils ein/eine Vertreter/in aus dem medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen und psychologischen Bereich. Kooperationen mit Niedergelassenen müssen in der Einrichtung der IFF erfolgen. Dies führte in Bayern dazu, dass im letzten Jahr eine Reihe von Außenstellen mit eigener IK-Nummer (Institutionskennzeichen) eröffnet wurden, um den Klienten keine zu weiten Anfahrtswege zuzumuten. Mobile Leistungserbringung muss eigens begründet werden.

Im **Westen Deutschlands** – Nordrhein-Westfalen, Hessen, Saarland, Rheinland-Pfalz – ergibt sich ein ambivalentes Bild. In Nordrhein-Westfalen und Hessen ist etwa ein Drittel bis die Hälfte der Frühförderstellen interdisziplinär, die übrigen heilpädagogisch besetzt. Letztere arbeiten aber mit niedergelassenen Therapeuten interdisziplinär zusammen.

Die Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 vom 1. Januar 2006 in **Hessen** wurde weiter verhandelt um zu klären, ob und unter welchen Bedingungen die rein pädagogisch besetzten Frühförderstellen (FF), die etwas mehr als die Hälfte der gesamten Stellen in Hessen ausmachen, eine Zulassung als Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) erhalten sollen. Seit 01.01.2008 sind diese Empfehlungen in Kraft gesetzt. Um die Anerkennung zu bekommen müssen die Einrichtungen entweder entsprechend besetzt sein (drei festangestellte Fachkräfte sind vorzuhalten) oder sie müssen für jedes Kind mit komplexem Förderbedarf Kooperationsverträge mit medizinischen TherapeutInnen in niedergelassenen Praxen abschließen und einen gemeinsam unter Mitwirkung eines Arztes erstellten Förder- und Behandlungsplan erarbeiten, der mindestens einmal jährlich fortzuschreiben ist. Die niedergelassenen Praxen müssen eine Sonder IK-Nummer bei den Krankenkassen beantragen, um Therapieleistungen von Kindern mit komplexem Bedarf abrechnen zu können. Nach Auskunft der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen konnte das bisherige System somit zwar erhalten bleiben, allerdings unter einem organisatorischen Mehraufwand für die in freier Praxis Tätigen, der nicht entsprechend vergütet wird. Die Berufsverbände als Standesvertreter der niedergelassenen medizinischen TherapeutInnen reagieren darauf bislang zögerlich. Des Weiteren sind Frühförderstellen als offene Anlaufstellen so konzipiert, dass sowohl ratsuchende Eltern als auch Fachkräfte ohne bürokratischen Aufwand fachliche Beratung wahrnehmen können. (Dafür stehen seit 2005 Landesmittel zur Verfügung, die seit 2007 den Kommunen überlassen wurden). Darüber hinaus bieten FF-Stellen „heilpädagogische Fachberatung“ an, die von ErzieherInnen in Integrationsgruppen nachgefragt werden können.

In **Nordrhein-Westfalen** gibt es seit dem 1. April 2005 eine Landesrahmenempfehlung, die Vertragsverhandlungen auf örtlicher Ebene vorsieht. (vgl. BKK Landesverband NRW 2003). Nach § 4 Abs. 2 handelt es sich immer dann um eine Komplexleistung i.S. dieser Vereinbarung, „wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (Förderzeitraum) von in der Regel mindestens einem Jahr Leistungen sowohl aus den Bereichen der medizinisch-therapeutischen als auch der heilpädagogischen Maßnahmen **am Kind** notwendig sind, um das übergreifend

formulierte Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen“. Dies wird von der *VIFF Nordrhein-Westfalen* (2007) kritisiert, da eine Trennung von kind- und elternzentrierten Leistungen fachlich nicht zu vertreten ist – auch die Arbeit mit den Eltern muss als „direkte Leistung“ im Rahmen der Komplexleistung anerkannt werden. Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) benötigen zur Anerkennung einen festangestellten Personalstamm, allerdings ohne Angabe der Anzahl. Verbindliche Kooperationsverträge zur Sicherstellung der Leistungsvielfalt sind grundsätzlich möglich, die ausführenden Fachkräfte sind regelmäßig in die Teamarbeit und Fallbesprechungen mit einzubeziehen. Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik in der IFF wird als Bestandteil der Komplexleistung durch einen Vertragsarzt im Sinne der Krankenkasse veranlasst und das Ergebnis im Förder- und Behandlungsplan dokumentiert. Die IFF-Stellen sind offen für alle Eltern und Kinder.

Im **Saarland** sind die Frühförderstellen pädagogisch ausgerichtet und legen ihren Schwerpunkt auf eine mobile, aufsuchende Arbeit. Die Landesrahmenregelung vom 01.04.2006 richtet sich nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR), die drei Festangestellte aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich vorsieht. Als Besonderheit stellt sich der **Fachausschuss** unter ärztlicher Verantwortung dar. In ihm sind die Disziplinen der Frühförderung und der überörtliche Träger der Sozialhilfe vertreten. Aufgrund der vom Vertragsarzt einer IFF-Stelle veranlassten interdisziplinären Eingangsdiagnostik, schlägt der Fachausschuss die notwendigen Maßnahmen vor und entscheidet darüber welche Einrichtung (IFF oder SPZ) die Maßnahme durchführen soll. Die IFF bieten ein offenes Beratungsangebot an, in dem geklärt wird ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik angezeigt oder ob Einzelmaßnahmen ausreichend sind.

In **Rheinland - Pfalz** hat sich ein rein sozialpädiatrisches Versorgungssystem, wie in Berlin, etabliert. Es gibt acht Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), in denen die Kinder auf ärztliche Überweisung vorgestellt und diagnostiziert und von dort gegebenenfalls zur Behandlung an eine der 30 Außenstellen überwiesen werden. Nach Meldung der Landesregierung von 2007 ist die Finanzierung der SPZ auch weiterhin gesichert. Die Fälle der Frühförderung im Bereich der seelischen Behinderung verbleiben im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern in der Zuständigkeit der Jugendhilfe, da dort nicht von der Landesrechtregelung Gebrauch gemacht wird (vgl. Moos/ Müller 2003). Körperlich und geistig behinderte Kinder fallen weiter in den Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe. Die Zuordnung von mehrfach behinderten Kindern richtet sich nach dem Schwerpunkt ihrer Behinderung, was oftmals schwierig zu entscheiden ist. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche hat sich

in Rheinland-Pfalz mit Blick auf Fallzahlen und Kosten zu einem relevanten Arbeitsfeld innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt (pro 1000 Kinder erhielten 5,2 der 0 bis unter 21-Jährigen eine Eingliederungshilfe (vgl. ebd.). Die Eingliederungshilfen nach § 35a werden fast ausschließlich ambulant erbracht. Dabei kommt der Frühförderung eine zentrale Rolle zu. Etwa 40% aller ambulanten Hilfen werden von den Frühförderzentren geleistet und richten sich an Kinder im nichtschulpflichtigen Alter. „Dem Jugendamt kommt dabei unter einer präventiven Perspektive eine wichtige Rolle zu, wenn über eine qualifizierte Hilfeplanung Unterstützungssysteme aufgebaut werden, die weitere Ausgrenzungen und Benachteiligungen vermeiden.“ (ebd., S. 55) Die Zuordnung der Fälle bleibt, auch nach mehr als acht Jahren Erfahrung mit der Neuregelung des § 35a SGB VIII, schwierig. Entsprechende Auslegung der rechtlichen Grundlagen und etablierte Arbeitsroutinen haben nicht dazu geführt, dass Zuständigkeitsfragen und Abgrenzungsprobleme zu anderen Leistungsbereichen gut geklärt werden konnten (vgl. ebd., S. 55). Die Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe läuft dann besonders gut, wenn die Verantwortung unter einem Dach vereint ist bzw. in einer Hand liegt.

Der **Norden** Deutschlands – Niedersachsen, Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein: Hier ergibt sich ein relativ hoher Anteil an heilpädagogisch besetzten Stellen. Insbesondere in den Flächenländern hat die mobil-aufsuchende Arbeit einen hohen Stellenwert.

In **Niedersachsen** werden die heilpädagogisch besetzten allgemeinen Frühförderstellen durch 17 „**Beratungs- und Früherkennungsteams**“ ergänzt, die seit den 1990er Jahren als Koordinierungsmodell in der Frühförderung eingerichtet wurden. Sie bieten eine vernetzte Hilfe von Frühförderung, Erziehungsberatung und kinderärztlicher Betreuung für junge Familien mit kleinen Kindern bis zu vier Jahren an und sprechen nach Vorstellung der Kinder Förder- bzw. Therapieempfehlungen aus. (Fit-Früh Interventions Team 2008). Da sie nicht flächendeckend eingerichtet sind, liegt die Früherkennung ansonsten ausschließlich bei den niedergelassenen KinderärztInnen. Das Nebeneinander von pädagogischer Frühförderung und interdisziplinär arbeitenden Teams sollen auf Empfehlung des Niedersächsischen Sozialministeriums beibehalten werden, aber flächendeckend auf 40 Teams ausgebaut werden. Dies stieß auf Kritik auf Seiten der freien Wohlfahrtspflege (vgl. VIFF Niedersachsen).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Bisher scheinen aber sowohl die Vertreter der Krankenkassen als auch der Kommunen weitere substantielle Verhandlungen abgelehnt zu haben. Es soll nach ihren Vorstellungen bei dem so genannten Vermittlungsvorschlag des Sozialministeriums bleiben. Es ist keine Einigung in Sicht (Der PARITÄTische Medien-Service 2008)

In **Hamburg** haben die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) eine starke Stellung und eine hohe Versorgungsdichte mit medizinisch-therapeutischen Leistungen und einer noch nicht voll entwickelten heilpädagogisch ausgerichteten mobilen Frühförderung. Die Frühförderung von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern **ab drei Jahren** erfolgt dann in integrativen Tageseinrichtungen. Es gab bisher keine Anlaufstelle für eine interdisziplinäre Frühförderung und keine aufsuchende pädagogische Frühförderung. Aufgrund der Landesrahmenempfehlung sollen zukünftig interdisziplinäre Stellen mit drei Fachkräften unterschiedlicher Disziplin besetzt sein. Für die Einbindung nicht festangestellter Fachkräfte in die Frühförderungsteams sind verschiedene Modelle der Kooperation vorgesehen, die allerdings verbindlich und vertraglich geregelt sein sollen. Der Zugang erfolgt über Vertragsarzt/-ärztin bzw. Arzt/Ärztin des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bisher wird eine Komplexleistung nicht angeboten.

In **Bremen** besteht seit 25 Jahren ein „*integratives System der Frühförderung*“ in Tagesbetreuungseinrichtungen sowie vier allgemeine heilpädagogisch ausgerichtete Frühförderstellen für Kinder von 0 bis drei Jahren. Geplant sind „Kompetenzzentren“ da die Finanzierung der bisherigen Struktur durch Krankenkassen und Sozialhilfeträger nicht mehr sichergestellt ist. Die Arbeit der zukünftigen Frühförderstellen soll mit entsprechend korrespondierenden Schwerpunktsetzungen der Kindertagesbetreuung für integrative Frühförderung verknüpft werden. In ihnen sollen sowohl Komplexleistungen als auch heilpädagogische Einzelleistungen in den Schwerpunkteinrichtungen erbracht werden, die auf vertraglicher Basis systematisch mit den Frühförderstellen zusammenarbeiten und räumlich vernetzt sind.

In **Schleswig-Holstein** erfolgt die Frühförderung vor allem über freie Träger und private Anbieter. Sie sind vorwiegend heilpädagogisch ausgerichtet. Die Leistungen erfolgten bisher örtlich sehr unterschiedlich – teilweise nur für Kinder bis drei Jahre, während für über Dreijährige heilpädagogische Leistungen im Rahmen von (Einzel-) Integrationsmaßnahmen in Kindergärten durch dort tätige HeilpädagogInnen erbracht wurden. Aufgrund der Landesrahmenempfehlungen vom 01.04.2007 sind interdisziplinäre Frühförderstellen geplant, die, wie in Bayern, die Eltern zunächst über offene Angebote beraten können. Der Zugang bzw. die Inanspruchnahme der Komplexleistung erfolgt über eine (fach-)ärztliche Überweisung. Eine IFF muss mindestens drei festangestellte medizinisch-therapeutische Fachkräfte in Vollzeit und eine Fachkraft aus dem heilpädagogischen Bereich beschäftigen. Mittlerweile wurden

---

zwischen Sozialhilfe und Kassen Landes-Rahmen-Leistungsvereinbarungen ausgehandelt, an denen die Wohlfahrtsträger nicht beteiligt waren.

Das System der Frühförderung im **Osten** Deutschlands (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin) ist, ähnlich wie im Norden, heilpädagogisch ausgerichtet, mit einem hohen mobilen Anteil. Und es ist traditionell stark an die Kindertageseinrichtungen angebunden. Bis auf Sachsen-Anhalt haben sich im Zeitverlauf eine Reihe interdisziplinär besetzter Stellen etabliert.

In **Brandenburg** liegt eine Landesrahmenvereinbarung vor, allerdings bisher ohne Kostenvereinbarungen. Nach stockenden Verhandlungen haben Krankenkassenverbände 2007 beschlossen selbst Verhandlungen mit einzelnen Kreisen aufzunehmen. Es ist offensichtlich geplant, die Fördereinheit um über die Hälfte der Zeit zu reduzieren. Viele Stellen sind bereits interdisziplinär besetzt. Die Rahmenvereinbarung verlangt als Mindestausstattung für eine IFF-Stelle zwei fest angestellte TherapeutInnen sowie drei HeilpädagogInnen und einen Arzt/eine Ärztin in Kooperation. Mobile Arbeit muss begründet werden (MASG Brandenburg 2008).

In **Sachsen** ist seit dem 01.10.2005 eine Landesrahmenempfehlung in Kraft getreten, die keine Mindestanzahl festangestellter Kräfte vorsieht. Die Interdisziplinarität kann auch über Kooperationen realisiert werden, wobei nicht ausdrücklich gefordert wird, dass diese aufgrund vertraglicher Regelungen erfolgen. Eine Umsetzung der Komplexleistung hat begonnen. Kritisiert wird von der VIFF-Sachsen (vgl. ISG 2007), dass die Finanzierung der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik im Gegensatz zur Eingangsdiagnostik nur bei einer Komplexleistung erfolgt. Auch für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderliche Leistungen, so genannte „Korridorleistungen“ sowie das in der Rahmenvereinbarung offene Angebot für einen niederschweligen Zugang hat keine finanzielle Basis. Auch die traditionell enge Zusammenarbeit zwischen SPZ und Frühförderung ist in Frage gestellt, da Parallelbehandlungen in der Rahmenvereinbarung ausgeschlossen werden.

In **Sachsen-Anhalt** existiert seit dem 15.05.2007 eine Landesrahmenempfehlung, die den Zugang zur Komplexleistung in SPZ wie auch in IFF durch Überweisung von Haus- bzw. KinderärztInnen bzw. ÄrztInnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) vorsieht.

In dem sich daran anschließenden Erstgespräch im SPZ oder IFF wird geklärt ob eine weitere interdisziplinäre Diagnostik eingeleitet werden soll. IFF-Stellen müssen mindestens drei fest-

angestellte Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen vorhalten, weitere Fachkräfte sind vertraglich zu binden.

In **Thüringen** wurde von 1991 bis 2004 der Aufbau von Frühförderstellen und SPZ durch Mittel des Sozialministeriums gefördert. Mit Verabschiedung des Familienförderungsgesetzes wurden allen Kreisen und kreisfreien Städten rund 60 Tsd. Euro pro Jahr zur Förderung von Kindern mit erhöhtem Förderbedarf zur Verfügung gestellt. Dabei wird nach dem Bericht der *VIFF Thüringen* (2008) dieses Geld in einigen Kreisen der Frühförderung überlassen, in anderen wurden völlig neue Dienste geschaffen und gleichzeitig die Frühfördermittel gekürzt. In einem Kreis wurde der Aufgabenbereich der Frühförderung auf die Beratungsfunktion in Kindertagesstätten reduziert, so dass es hier keine ambulante Frühförderung mehr gibt. In Weimar wurde 2006 ein Projekt mit richtungweisendem Modellcharakter für die ganze Region ins Leben gerufen, in dem ein integrativer Kindergarten mit ambulanten Angeboten der Frühförderung „unter einem Dach“ zusammengefasst worden sind. Die *VIFF Thüringen* (ebd.) merkt an, dass die Landesrahmenvereinbarung (*LRV Frühförderung*) nur ein additives Leistungsangebot abbildet. Regelungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit werden zwar erwähnt (§ 4 Abs. 4) bleiben jedoch in der praktischen Umsetzung offen. Frühförderung wird im Gegensatz zu anderen Ländern nicht als offenes Angebot konzipiert.

In **Mecklenburg-Vorpommern** trat zum 01.05.2005 eine Landesrahmenempfehlung (LRE MV) in Kraft, die jeweils drei festangestellte pädagogische und medizinisch-therapeutische Fachkräfte in Voll- oder Teilzeit vorsieht. Nach einer Erstberatung in der interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) wird die interdisziplinäre Eingangsdagnostik durch einen Vertragsärztin/-arzt bzw. eine Ärztin/einen Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖDG) eingeleitet und von diesem durchgeführt. Mit Stand Juni 2007 waren vier Stellen als interdisziplinär anerkannt (ISG 2007). In einer Stellungnahme auf Grund der ersten praktischen Erfahrungen im Jahr 2007 weist die *VIFF-Nord* (2008) daraufhin, dass die LRE MV nicht den fachlichen Qualitätsanforderungen der FrühV entspricht. So gefährdet die Einschränkung der aufsuchenden Arbeit zugunsten ambulanter Frühförderung insbesondere durch die Sozialämter, die Niedrigschwelligkeit und den Alltagsbezug. Der finanzielle und zeitliche Spielraum für interdisziplinäre Absprachen wurde, bei gestiegenem Anspruch, gekürzt. Zum anderen wird nur die ärztliche Diagnostik über die Krankenkassen finanziert.

Die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung werden in **Berlin** grundsätzlich von sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht, von denen gemäß § 119 SGB V Kinder von 0 bis

18 Jahren behandelt werden, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Diese sind an Kliniken angebunden. Den SPZ an Krankenhäusern soll schwerpunktmäßig die besonders spezialisierte Versorgung obliegen. Die ebenfalls als sozialpädiatrische Zentren ermächtigten Kinder- und Jugendambulanzen (KJA/SPZ) sollen wohnort- und familiennah arbeiten und die regelmäßige Komplexversorgung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder einschließlich der mobilen Heilmittelversorgung in Kindertagesstätten oder der Familie erbringen: Die personelle Ausstattung von KJA/SPZ soll ein festes interdisziplinäres Team sein, das folgende Berufsgruppen umfasst: FachärztIn für Kinderheilkunde/Jugendmedizin, PsychologIn, ArzthelferIn, Physio-, ErgotherapeutIn, LogopädIn, HeilpädagogIn, MusiktherapeutIn sowie SozialarbeiterIn und SozialpädagogIn.

### 3.2 Ausbauzustand und interdisziplinäre Stellenbesetzung

Insgesamt ist das System der Frühförderung in Deutschland flächendeckend ausgebaut, allerdings ist die Dichte in den einzelnen Bundesländern sehr verschieden (vgl. Klein 2002). Im Adressverzeichnis des *Bundesministeriums für Arbeit und Soziales* (2005) sind rd. 1000 Einrichtungen der Frühförderung in der Bundesrepublik aufgeführt. In einer bundesweiten Befragung allgemeiner Frühförderstellen wurde diese Adressdatei überprüft und überarbeitet (ISG 2007, S. 43). Es wurden zum Jahresende 2006 bundesweit insgesamt 635 allgemeine Frühförderstellen (Haupt- und Nebenstellen) sowie 108 spezielle Frühförderstellen ermittelt.

Als Organisationsziel ist eine Stelle pro Landkreis genannt. „Sozialgeographisch gesehen haben sie sich [die IFF-Stellen] in vielen Bundesländern an den „zentralen Orten“ einer Region angesiedelt, dort wo der Kinderarzt und der Lebensmitteldiscounter zu finden ist.“ (Naggl/Thurmair, 2008, S. 7)

Tabelle 2: Überblick Frühfördereinrichtungen nach Bundesländern<sup>6</sup>

Land	Allgemeine FFstellen	Spezielle FFstellen	SPZ	Sonstiges
Baden-Württemberg	36 (37) IFF	–	15 (16)	332 (354) SPB
Bayern	129	13 (20)	13 (19)	19 heilpädagogische Fachdienste

<sup>6</sup> Die Angaben zum Länderüberblick beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf den ISG- Zwischenbericht (ISG 2007, S. 19 ff). Sie geben den Stand von 2006 wieder. Falls es neuere Angaben gibt, stehen diese in Klammern. Die Angaben zur Gesamtanzahl von IFF und SPZ stimmt nicht mit den Angaben zu den einzelnen Bundesländern überein.

Nordrhein-Westfalen	107	16	33	
Hessen	44 (davon 14 IFF)	12 (pädagog. orientiert)	7	Heilpädagog. Fachberatung in KIGA
Saarland	10	2	1	
Rheinland-Pfalz	–	4	8 + 30 Außenstellen	Vereinzelt heilpädagogische FF freier Träger
Niedersachsen	74	4	9	17 interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams
Hamburg	6 (0 bis 3 Jahre)	4	2	Ab 3 Jahren FF in integrativen Tageseinrichtungen
Bremen	4 (0 bis 3 Jahre)	–	1	Ab 3 Jahren integrative FF in Kindertagesstätten
Schleswig-Holstein	35 bzw. 60 <sup>7</sup>	2	2	
Brandenburg	44	7	4	
Sachsen	40	2 (5)	6	1 audiologisch-phoniatrisches Zentrum
Sachsen-Anhalt	22	4	2	
Thüringen	32	5	4	
Mecklenburg-Vorpommern	28 (34 davon 4 IFF)	3 (davon 2 IFF)	2	
Berlin	–	–	5	14 KJA

Die Anzahl der Sozialpädiatrischen Zentren beläuft sich auf 137 Einrichtungen bundesweit.<sup>8</sup> Die Anzahl variiert stark zwischen den Bundesländern, was auch auf die unterschiedliche Größe und Bevölkerungsdichte zurückzuführen ist. Bei angenommener gleichmäßiger Verteilung in den Ländern läge die Entfernung zwischen Wohnort und SPZ bei maximal 30 km. Danach zeigt sich, dass Nordrhein-Westfalen mit einem durchschnittlichen Radius von 18 km über ein dichtes Netz verfügt. In Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Hessen und Sachsen liegt der Radius im Durchschnitt bei ca. 33 km, während er in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt bei 51 km liegt. Die anderen Bundesländer liegen dazwischen: In Niedersachsen sind es 41 km, in Bayern 42 km und in Brandenburg 48 km. Legt man die Kriterien der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* zugrunde so zeigt sich, dass zwar der Ausbau der Interdisziplinarität, bezogen auf die Stellenbesetzung, relativ weit gediehen ist, dass allerdings aufgrund der historisch unterschiedlich verlaufenen Entwicklung in den einzelnen Bundesländern noch relativ große Unterschiede existieren. Nach einer bundesweiten Untersuchung (ISG 2007, S. 52) ergibt sich folgendes Bild (Stand Januar 2007): Insgesamt sind 61% der Frühförderstellen

<sup>7</sup> Die Angaben über die Anzahl der Einrichtungen sind widersprüchlich.

<sup>8</sup> Adressverzeichnis der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

interdisziplinär besetzt, d.h. an der Einrichtung sind fest angestellte Fachkräfte aus dem pädagogisch-psychologischen und dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Davon sind

- 21% vollständig interdisziplinär, d.h. alle therapeutischen Fachrichtungen sind fest in das Team eingebunden (Sprach-, Ergo- und PhysiotherapeutInnen) und
- 40% teilweise interdisziplinär, d.h. es sind ein bis zwei der therapeutischen Fachrichtungen vertreten.

39% der Frühförderstellen sind nach wie vor rein heilpädagogisch besetzt. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind dabei noch relativ hoch.

Eine überdurchschnittliche Anzahl interdisziplinär besetzter Stellen erreichen:

- Baden-Württemberg mit 95%,
- Bayern mit 87%,
- Mecklenburg-Vorpommern mit 70%.

Einen durchschnittlichen Anteil erreichen

- Sachsen mit 64%,
- Schleswig-Holstein mit 63%,
- Thüringen mit 59% und
- Brandenburg mit 57%.

Unter dem Durchschnitt liegen

- Bremen mit 50%,
- Hamburg mit 50%,
- Hessen mit 50%,
- Niedersachsen mit 50%,
- Nordrhein-Westfalen mit 46%,
- Saarland mit 38% und
- Sachsen-Anhalt mit 20%.

Aufgrund der bisher noch nicht überall erfolgten Leistungsvereinbarungen ist die Umsetzung der Komplexleistung noch kaum erfolgt (vgl. ISG 2007, S. 53ff). Zum Befragungszeitpunkt am Jahresende 2006 setzten 34 von 265 befragten allgemeinen Frühförderstellen (13%) die Komplexleistung Frühförderung vor Ort um. Diese Einrichtungen sind als IFF anerkannt, 29 aus Bayern und 5 aus Sachsen. Sie fördern Kinder mit einem komplexen Bedarf sowohl an heilpädagogischen als auch medizinisch-therapeutischen Leistungen auf der Grundlage von Förder- und Behandlungsplänen und Verträgen mit den Leistungsträgern.

Nach den Ergebnissen der Befragung (vgl. ebd., S. 53) gaben weitere 15 Stellen (6%) an, dass ihre Vertragsverhandlungen mit den Leistungsträgern soweit abgeschlossen seien, dass sie in der ersten Jahreshälfte 2008 die Komplexeleistung anbieten werden (5 Stellen aus Bayern, 2 aus Sachsen, jeweils 4 aus Nordrhein-Westfalen und dem Saarland).

Nach den Befragungsergebnissen erscheinen Landesrahmenempfehlungen für die Umsetzung als eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine Umsetzung vor Ort, da einige Frühförderstellen trotz Landesrahmenempfehlungen offenbar keine Anerkennung als interdisziplinäre Frühförderstellen erhalten haben. Inzwischen sind in Bayern alle, in Sachsen fast alle und in Nordrhein-Westfalen einige Frühförderstellen den Rahmenverträgen beigetreten und als Interdisziplinäre Frühförderstelle anerkannt (VIFF 2007). Die anderen Bundesländer befinden sich noch im Verhandlungsstatus.

## 4 Fachliches Profil der Frühförderung

In den jahrelangen Auseinandersetzungen zur Umsetzung der Komplexeleistung Frühförderung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern rückte die fachliche Diskussion zunehmend in den Hintergrund. Dabei hat die Frühförderung ein differenziertes Angebotsprofil aufzuweisen, das gesellschaftliche Entwicklungen berücksichtigt und in das neue wissenschaftliche sowie fachliche Erkenntnisse einfließen.

### 4.1 Haltung und Arbeitsprinzipien

Neue Erkenntnisse zur kindlichen Entwicklung allgemein sowie zur Behandlung und Förderung behinderter und/oder von Behinderung bedrohter Kinder im Besonderen, verbunden mit einem praktischem Erfahrungswissen aus 30 Jahren Frühförderung, liegen der Haltung gegenüber den Kindern und Eltern in der Frühförderung zugrunde:

- Respekt vor der **Autonomie** des Kindes und der Familie. Das bedeutet zum einen ein Verständnis von Entwicklung, wonach Kinder – auch mit schweren Behinderungen – in aktivem Austausch mit ihrer Lebensumwelt Gestalter ihrer Entwicklung sind. Zum anderen bedeutet diese Haltung Achtung und Wertschätzung gegenüber elterlicher Kompetenzen in der Interaktion und Förderung ihrer Kinder. Eltern werden heute als autonom agierende Größe und wichtigste Bezugspersonen des Kindes aktiv in die Frühförderung einbezogen. Sie werden als kompetente Partner in der Zusammenarbeit geschätzt und/oder in ihren Kompetenzen gestärkt.
- Ganzheitliche Orientierung an den **Ressourcen** des Kindes und der Familie. Das Kind ist nicht als Träger einzelner Funktionen (Defizite), sondern in seiner Ganzheit mit all seinen Fähigkeiten und Problemen, seinen Stärken und Schwächen in seiner lebensweltlichen Einbindung zu sehen (Speck 1995). Die Frühförderung setzt an den Kompetenzen an und hat eine individuell bestmögliche, keine „normale“ Entwicklung zum Ziel.

Im frühen Lebensabschnitt eines Kindes stehen die verschiedenen Entwicklungsbereiche in besonders intensiver **Wechselwirkung** zueinander. Jede isolierte Einzelbehandlung kann sich fördernd, aber auch hindernd auf die übrigen Entwicklungsbereiche auswirken. Entwicklung ist ein hochkomplexes Geschehen, das eine Berufsgruppe allein nicht überblicken kann und das interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht (VIFF 2008).

Daraus lassen sich die zentralen *Arbeitsprinzipien der Frühförderung* ableiten, die sich in den Angeboten und Strukturen der Frühförderung widerspiegeln:

- *Interdisziplinarität* – in der Frühförderung arbeiten Fachkräfte aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Bereich zusammen.
- *Ganzheitlichkeit* – im Fokus steht das Kind mit seinen Defiziten und Stärken in seiner lebensweltlichen Einbindung.
- *Familienorientierung* – Frühförderung arbeitet wohnort- und familiennah, am Alltag der Familien orientiert. Frühförderung funktioniert nur in der Kooperation mit den Eltern, mit denen gemeinsam der Förder- und Behandlungsplan aufgestellt wird.
- *Vernetzung* – Frühförderung findet statt in Kooperation mit Einrichtungen und Diensten für Kinder und Familien, um zu einer Verbesserung der Situation von Familien beizutragen.

#### **4.2 Zentrale Angebotselemente der Frühförderung**

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Frühförderung als Komplexleistung aus rechtlicher Perspektive umfasst die Verbindung medizinischer und heilpädagogischer Leistungen, um eine ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung des Kindes sowie seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern (vgl. Pkt. 1.1). Aus fachlicher Perspektive bedeutet die Verbindung mehr als die Addition dieser Einzelleistungen, sondern vielmehr ein Zusammenwirken der Fachkräfte, um ein möglichst umfassendes Bild des Kindes und seiner Familie zu erhalten sowie ein maßgeschneidertes Förder- und Behandlungskonzept entwickeln zu können, in das die unterschiedlichen Fachbeiträge einfließen. Zentrales Moment von Interdisziplinarität ist die Zusammenlegung von Ressourcen und Kompetenzen, die als notwendig erachtet werden, um die Ganzheitlichkeit der Hilfen zu gewährleisten und um der Komplexität der Problemlagen Rechnung tragen zu können. Gefordert ist damit eine neue Qualität von Wissenstransfer und Kompetenzerweiterung.

Die Frühförderstellen haben zum Teil differenzierte Teamstrukturen entwickelt, um diesen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Höfer/Behringer 2002), um die „fachlichen und persönlichen Kompetenzen verschiedener Personen unterschiedlicher beruflicher Herkunft in der fallbezogenen und fallübergreifenden Zusammenarbeit im Team einer Frühförderstelle für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien nutzbar zu machen.“

(Karmann/Kottmann 2004, S. 93)<sup>9</sup> Durch regelmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit und nicht nur additive Aneinanderreihung der Maßnahmen wird zudem die in der Literatur angesprochene Kluft zwischen pädagogisch-psychologischem und medizinischem Denken und Sprache deutlich reduziert.

**Früherkennung – Entwicklungsdiagnostik:** Der Fokus der Frühförderung liegt auf der Entwicklung und den Entwicklungsbedingungen des Kindes. Sie legt ihren Blick auf die Entwicklungsprobleme und -kräfte des Kindes. Eine differenzierte Entwicklungsdiagnostik und Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen ist die Grundlage für die Planung und Durchführung der Förderung und Behandlung. Frühförderstellen arbeiten in der Früherkennung eng mit niedergelassenen ÄrztInnen und KinderärztInnen zusammen. Wenn sich in den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Anhaltspunkte für eine Entwicklungsgefährdung ergeben, vermitteln die ÄrztInnen die Familien zur spezifischeren Diagnostik und Abklärung an die Frühförderstellen<sup>10</sup>. Der Anspruch von fachlicher Seite an eine interdisziplinäre Diagnostik beruht auf einem mehrdimensionalen Diagnoseschema, wie z.B. der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit) und dem Leitfaden Interdisziplinäre Frühdiagnostik, dass das Kind in seinem Entwicklungsstand und seinen Entwicklungsbedingungen erfasst (vgl. Thurmair/Naggl 2007). Die Entwicklungsdiagnostik ist interdisziplinär angelegt, es fließt das Wissen über die Entwicklung des Kindes aus verschiedenen Fachdisziplinen ein und ermöglicht ein umfassendes Bild des Kindes. Sie fokussiert auf Defizite und auf Ressourcen des Kindes und seiner Familie. In der Durchführung der Diagnostik zeigt sich jedoch ein sehr unterschiedlicher Standard interdisziplinärer Beteiligung (vgl. Höfer/Behringer 2002).

Für die Einleitung einer Frühfördermaßnahme muss beim Kind bereits eine Auffälligkeit vorliegen. Das alleinige Vorliegen von Risikofaktoren im familiären Umfeld, die in der Diagnostik auch erfasst werden und deren Auswirkungen zu Entwicklungsstörungen führen, findet, wie *Klein* (2002) kritisch anmerkt, bislang zu wenig Berücksichtigung, denn das Selbstverständnis der Kostenträger sieht primäre Prävention nicht vor. Befunde aus der Risiko- und Resilienzforschung messen jedoch psychosozialen Risikofaktoren für die Gefährdung der kindlichen Entwicklung eine enorme Bedeutung bei. Dazu zählen nach *Schone u.a.* (1997)

---

<sup>9</sup> Die Rahmenvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern sehen zur Sicherung der Interdisziplinarität eine multiprofessionelle Ausstattung vor (vgl. Abs. 2.3), allerdings kaum finanzielle und zeitliche Rahmenbedingungen, um auch interdisziplinär tätig werden zu können.

<sup>10</sup> Da die ärztlichen U-Untersuchungen wenig sensitiv für Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern sind, empfehlen Naggl & Thurmair (2008) darüber hinaus die Anwendung der Elternfragebögen ELFRA 1 und ELFRA 2, die als Screening verlässlich sind.

neben der persönlichen Belastung des Kindes, wie Krankheitsanfälligkeit, Behinderung oder schwieriges Verhalten, die persönliche Belastung der Eltern, wie ungewollte Schwangerschaft, eigene Deprivationserfahrungen, geringe psychische Belastbarkeit, Sucht oder eine familiäre Belastung, wie Familienkonflikte, fehlender Zusammenhalt, Einelternfamilien. Hinzu kommen materielle Belastung in Form von Schulden, Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsengpass sowie soziale Belastungen wie soziale Isolation und fehlende Unterstützung. In einem kontextorientierten Ansatz seien deshalb deprivierende Lebens- und Sozialisationsbedingungen unabhängig von „am Kind“ festzustellenden Auffälligkeiten ein Indikationsgrund für die Einleitung von Frühfördermaßnahmen (vgl. Klein 2002).

Früherkennung wurde in der Frühförderverordnung (FrühV) und in den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) explizit als Aufgabe der Frühförderung aufgenommen. Angesichts der zunehmenden Zahl von Kindern aus sozial benachteiligten Familien und dem hohen Kooperationsbedarf mit anderen Einrichtungen und Diensten, insbesondere der Jugendhilfe muss eine finanzielle Grundlage geschaffen werden, die sich nicht nur an direkt „am Kind“ oder den Eltern erbrachten Behandlungseinheiten orientiert.

**Förderung und Behandlung gemeinsam mit den Eltern:** Im Mittelpunkt der Frühförderung stehen das Kind und seine Entwicklung. Dazu gehören altersgemäße spielerische Entwicklungsanregungen in der heilpädagogischen Förderung oder medizinisch-therapeutischen Behandlung sowie die Gestaltung seines Umfeldes, damit es Selbstwirksamkeit erleben kann (vgl. Naggl/Thurmair 2008). Die Kooperation mit den Eltern ist dabei ein integraler Bestandteil der Frühförderung. Die Wirksamkeit der Frühförderung ist in hohem Maße davon abhängig, inwieweit es gelingt, die Eltern mit ins Boot zu holen und deren entwicklungsförderlichen Ressourcen zu aktivieren und zu stärken. Dazu bedarf es einer Haltung, die die Eltern als Hauptbezugspersonen ihres Kindes wahrnehmen und wertschätzen, auch dann, wenn die Eltern große Probleme im Umgang mit ihrem Kind haben. Dabei wird davon ausgegangen, dass es die Eltern sind, die ihr Kind und dessen Lebenswelt am besten kennen (vgl. Weiß u.a. 2004). Bei der gemeinsamen Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes wird sichergestellt, dass die Fragen und Probleme der Eltern berücksichtigt werden (vgl. Thurmair/Naggl 2007). Die Eltern, in den häufigsten Fällen sind dies die Mütter, sind in den Förderstunden in der Regel dabei und für sie ist die Frühförderin/der Frühförderer meist mehr als die Therapeutin/der Therapeut ihres Kindes. In der Zusammenarbeit zum Wohl des Kindes entsteht eine Beziehung, in der neben fachlicher Beratung zur Förderung des Kindes auch Raum für persönliche Fragen und Probleme der Mütter gegeben ist. Im Begriff der eltern- und kindbezogenen

nen Leistung wird dies mitberücksichtigt. Die Dreiecksbeziehung Kind – Eltern – Frühförderin birgt aber auch Konfliktpotentiale, da die Ansichten der Eltern und Fachkräfte über die Bedürfnisse und Fördermöglichkeiten des Kindes auseinander gehen können. Es entstehen nicht selten Spannungszustände, die in einem verständigungsorientierten Austausch auch produktiv wirksam werden können, aber eine hohe Professionalität der Fachkräfte erfordern (vgl. Höfer/Behringer 2004).

**Familienorientierung in der Frühförderung:** Frühförderung versteht sich immer schon als Hilfe für die ganze Familie, da die Behinderung eines Kindes immer die gesamte Familie betrifft, bzw. risikoreiche familiäre Konstellationen sich immer auch auf die Entwicklung eines Kindes auswirken. Vor allem in der mobilen Frühförderung, bei den Familien zuhause, kommen die FrühförderInnen mit dem Alltag, den Sorgen und Nöten der Eltern unmittelbar in Berührung. Aus dieser Erfahrung wuchs die Erkenntnis, dass Frühförderung mehr umfassen muss als die Arbeit mit dem Kind (vgl. Thurmair/Naggl 2007). Damit hat sich deshalb zum Hilfebedarf der Familien ein differenziertes Angebot entwickelt, das über spezifische Informationen zur Behinderung, der Unterstützung und Begleitung in der Bewältigung der Behinderung sowie der Anleitung der Eltern weit hinausgeht. Dazu zählen:

- Stärken der elterlichen Entscheidungskompetenz
- Erziehungsberatung zur Reflexion von erziehungsbezogenen Einstellungen
- Entwicklungsberatung über Entwicklungsnormen und Reflexion elterlicher Erwartungen
- Familienberatung und Familientherapie zur Stärkung des Familiensystems.

In den letzten Jahren kam mit der videogestützten Beratung ein weiterer Ansatz dazu, um die Eltern präventiv in der Beziehungsentwicklung zu ihrem Kind zu unterstützen. Gerade in Familien mit einem behinderten, frühgeborenen oder risikogeborenen Kind oder in Familien mit hohen psychosozialen Risiken (z.B. Armut, psychische Erkrankung der Eltern, Sucht) ist der Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind häufig gefährdet. Vor allem die Kumulation und Wechselwirkung von Risiken stellt eine Gefährdung der weiteren kindlichen Entwicklung dar.

Seit einigen Jahren bilden Frühförderstellen systematisch ihre Fachkräfte auch in *Entwicklungspsychologischer Beratung* aus, einem bindungsorientierten präventiven Beratungsansatz zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Ziegenhain u.a. 2004). Mit diesem ressourcenorientierten Ansatz werden vor allem auch sozial benachteiligte Familien gut erreicht, weil durch ihn an den Kompetenzen und Ressourcen der Familie angesetzt werden kann. Zugleich

können auch Gefährdungslagen der Kinder erfasst werden. Die Qualifizierung in Entwicklungspsychologischer Beratung ist Bestandteil des Modellprojekts „*Guter Start ins Kinderleben*“, das in vier Bundesländern an acht Standorten durchgeführt wird und an dem die dortigen Frühförderstellen beteiligt sind. In Bayern, Thüringen, Hessen, Nordrhein-Westfalen bestehen davon unabhängig bereits Weiterbildungsangebote für die Fachkräfte der Frühförderung. In Bayern (ca. 70 Fachkräfte) und Thüringen (ca. 80 Fachkräfte) wird dieses Angebot inzwischen fast flächendeckend vorgehalten. Die Wiederaufnahme dieser Weiterbildung in der Frühförderung wurde am 12.12.2006 vom Kabinett des Freistaats Thüringen als Maßnahme zur Stärkung des Kinderschutzes beschlossen (vgl. MSFG Thüringen 2006).

Thurmair/Naggl (2007) fassen die Palette von sehr divergenten Angeboten für den vielfachen Hilfebedarf von Familien in der Frühförderung in dem Begriff „*Kombipackung*“ zusammen. Das setzt zum einen eine gute Aufgabenteilung der Fachkräfte sowie die Auftragsklärung und ein Arbeitsbündnis mit den Eltern innerhalb der interdisziplinären Frühförderung voraus, zum anderen auch die Wahrnehmung von Grenzen in der Frühförderung und damit einer Kooperation mit anderen Institutionen.

**Frühförderung als ambulante oder mobile Leistung:** Frühförderung findet ambulant in der Einrichtung oder mobil bei den Familien zuhause oder in der Integrationsgruppe eines Kindergartens statt. Die zugehende Frühfördertätigkeit oder Hausfrühförderung soll hier hervorgehoben werden, weil sie ein Leistungsmerkmal ist, das die Frühförderung in besonderem Maße auszeichnet und neben dem offenen Beratungsangebot zur Niederschwelligkeit der Frühförderung beiträgt. Die mobile Frühförderung entstand aus der Notwendigkeit, Familien mit einem behinderten Kind, die ohnehin hoch belastet durch die Pflege- und Versorgungsaufgaben sind, den Zugang zur Frühförderung zu erleichtern und damit häufig erst zu ermöglichen. Kinder mit manifesten biologischen Schädigungen machen heute nur mehr knapp ein Viertel der Kinder aus. Zahlenmäßig bedeutender sind Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten oder psychosozialen Auffälligkeiten mit schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen (vgl. Pkt. 1.3). Soziale Benachteiligung und daraus resultierende Entwicklungsgefährdungen rücken damit immer stärker in den Fokus der fachlichen Diskussion in der Frühförderung. Sozial benachteiligte Familien sind häufig über eine Komm-Struktur nicht erreichbar. Aus verschiedenen Gründen (Probleme in der Alltagsorganisation, Mobilität, ...) nehmen sie ambulante Termine nicht oder nur sehr unzuverlässig wahr. Zudem ist gerade bei diesen Familien pädagogische und therapeutische Anleitung vor Ort oder eine frühe Förderung und Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion im häuslichen Umfeld sehr wirkungsvoll. Zahlen

aus München belegen eindrucksvoll, dass sozial benachteiligte Familien vor allem über die Hausfrühförderung erreicht werden. Im Ballungsraum München schätzen Frühförderstellen, die überwiegend mobil arbeiten, den Anteil an belasteten Familien ihrer Klientel auf gut 60% ein, während eine ambulant arbeitende Stelle den Anteil auf unter 20% schätzt (vgl. Naggl/Thurmair 2008).

**Hilfe zur Selbsthilfe:** Aufgabe der Frühförderung ist es, neben der Förderung der Entwicklung auch die Förderung der Integration von Kindern und ihren Familien, ihre Teilhabe an der Gesellschaft zu unterstützen. Dazu wird auf professioneller Ebene durch Vernetzung mit anderen Diensten und Einrichtungen für Kinder und Familien die Zugangsschwelle für Familien gesenkt. Darüber hinaus werden Eltern durch gruppenbezogene Angebote im Sinne des Empowermentansatzes in ihren Partizipations- und Selbsthilfekräften gestärkt, um bessere Bedingungen für ihre Kinder und sich selbst zu erwirken. Laut *Engelbert* (1999) wird durch den Kontakt mit Gleichbetroffenen die Informationslage verbessert und es werden Kompetenzen für Orientierungen im Hilfesystem vermittelt.

In allen genannten Angebotsselementen spielt die Kooperation zwischen den Fachkräften, wie mit den Eltern eine herausragende Rolle. Da die Kooperation zentraler Prozess in interdisziplinären und vernetzten Arbeitszusammenhängen ist, werden wir im folgenden Abschnitt noch einmal gesondert darauf eingehen.

### 4.3 Kooperationszusammenhänge in der Frühförderung

**Kooperation mit dem medizinischen System (ÄrztInnen und medizinische TherapeutInnen):** ÄrztInnen stellen nach Peterander/Speck (1993) einen der wichtigsten KooperationspartnerInnen der Frühförderstellen dar. Dazu zählen niedergelassene KinderärztInnen (KÄ), aber auch Allgemein- und FachärztInnen sowie KlinikärztInnen bzw. ÄrztInnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Neben fachlichen Gründen, wie organische Schädigungen der Kinder spielt hier v.a. die Verordnungskompetenz und Verantwortung der ÄrztInnen für die Frühförderung eine Rolle. Dementsprechend erfolgt die Zuweisung zur Frühförderung in den alten Bundesländern in erster Linie durch niedergelassene KinderärztInnen sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dabei werden heilpädagogische Leistungen zu 32% durch KinderärztInnen und 44% durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst angewiesen, während medizinisch-therapeutische Leistungen zu 87% von KinderärztInnen und 4% durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst angewiesen werden. (ISG 2007).

In Bayern geben annähernd alle Frühförderstellen (97,2%) an, mit KinderärztInnen bzw. KlinikärztInnen (89,7%) zu kooperieren. In der Quantität (Häufigkeit und Regelmäßigkeit) und Qualität (Intensität und Gegenseitigkeit sowie der Kooperation an Schlüsselprozessen) der Zusammenarbeit mit den verschiedenen ÄrztInnen gibt es jedoch große Unterschiede sowohl zwischen den Frühförderstellen als auch innerhalb einer Frühförderstelle. Die Regelungen der Zusammenarbeit reichen von situativer Zusammenarbeit, je nach Erfordernis eines Falles, bis zu umfassend abgestimmter Zusammenarbeit, bei der fallübergreifend Zielvorstellungen gemeinsam entwickelt werden. Inhaltlich orientiert sich die Zusammenarbeit an den Schlüsselprozessen Diagnostik, Förderplanerstellung und Förderung/Therapie. Im idealen Fall sind KinderärztInnen bei der Diagnostik, bei den Absprachen zu Förder- und Behandlungsplänen sowie Absprachen über Fallgespräche, Helfer- und Fallkonferenzen in die Arbeit der Frühförderstellen eingebunden. Dies geschieht in Team- oder Fallbesprechungen im direkten Kontakt sowie in regelmäßig erfolgenden telefonischen und schriftlichen Kontakten zu formalen Abklärungen, Nachfragen oder Berichten. Intensive Kooperationsbeziehungen können jedoch nur zu einzelnen KinderärztInnen in der Region aufrechterhalten werden. Je enger und regelmäßiger die Zusammenarbeit stattfindet, desto mehr profitieren beide Seiten vom Wissen der anderen und desto mehr werden Statusunterschiede aufgehoben (Höfer/ Behringer 2002).

In Mecklenburg-Vorpommern dagegen geben nur gut die Hälfte (56%) der Frühförderstellen an, in fachlichem Austausch mit niedergelassenen KinderärztInnen zu stehen, hier werden auch lediglich 20% der Kinder von KinderärztInnen vermittelt (Sohns 2001).

Die Kooperation mit medizinischen TherapeutInnen wird in den Rahmenvereinbarungen zur Komplexleistung ausdrücklich gefordert, um damit die Interdisziplinarität sicher stellen zu können. Die externen TherapeutInnen müssen durch Kooperationsverträge in die Arbeit eingebunden werden. Im Jahr 2007 unterhielten 21% der Frühförderstellen bundesweit vertraglich gebundene Kooperationen mit niedergelassenen medizinischen TherapeutInnen. In Bayern (66%), Sachsen (43%) und Thüringen (44%) war der Anteil am höchsten (ISG 2007). Gibt es hierbei keine finanziellen Mittel für Kooperation, z.B. für Teamgespräche, so wird es für die Frühförderstellen sehr schwer, KooperationspartnerInnen ins Boot zu holen, wie z.B. in Hessen (vgl. Pkt 2). In der Untersuchung zur Kooperation in Bayern, vor der Umsetzung der Komplexleistung, zeigte sich, dass gute Kooperationen stark vom Engagement der einzelnen Fachkraft abhängig waren, wenn keine verbindlichen zeitlichen und finanziellen Strukturen vorhanden waren (Höfer/Behringer 2002). Ein weiterer Hinweis für Kooperation ist hier die Zuweisungsrate aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich an die Frühförderung, die

in Mecklenburg-Vorpommern mehr als ein Drittel (37%) der betreuten Kinder betrifft (Sohns 2001).

**Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe:** Zur Kooperation der Frühförderung mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe allgemein liegen Zahlen nur aus den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vor. In der aktuellen Untersuchung des ISG (2007) gaben 86% der SPZ an, dass sie regelmäßig mit Einrichtungen der Jugendhilfe kooperieren und 97% mit dem Jugendamt. Für die Frühförderung liegen keine vergleichbaren Zahlen vor, doch finden sich dazu Hinweise in einer Untersuchung von *Pluto u.a.* (2007), bei der 82% der befragten Jugendhilfeeinrichtungen angaben, mit der Frühförderung zusammenzuarbeiten.

Eine zentrale Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe stellen die Kindergärten dar. Kinderkrippen und Kindergärten sind die ersten Institutionen, in denen Kinder einen großen Teil ihrer Zeit außerhalb der Familie verbringen und zum ersten Mal ein Vergleich mit Gleichaltrigen stattfindet. Damit kommt den Kindertagesstätten eine Bedeutung in der Früherkennung zu, bei der sie zur diagnostischen Abklärung auf kompetente Fachkräfte angewiesen sind. Erste Ansprechpartner/innen für sie sind häufig die Fachkräfte aus der Frühförderung, da lebensweltorientierte Frühförderung seit Beginn an auch im Kindergarten stattfindet. In Bremen und Hamburg findet die Frühförderung ab dem dritten Lebensjahr ausschließlich in Kindertagesstätten statt. In einigen Bundesländern (Bayern, Hessen IFF, Baden-Württemberg SPB) wurden spezifische heilpädagogische Fachdienste aufgebaut, die von Erzieherinnen bei konkreten Problemen und Fragen bezüglich Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten angefragt werden können. Die Mitarbeiterinnen des Fachdienstes beobachten die Kinder, beraten die Erzieherinnen und zeigen den Eltern Wege zur weiteren diagnostischen Abklärung und Förderung auf. Damit trägt die Frühförderung entscheidend zu einer Erhöhung der Kompetenzen der Erzieherinnen, einer Veränderung der Sichtweise der Eltern sowie einer Verbesserung der Früherkennung von Entwicklungsrisiken bei. In Bayern handelt es sich in 44,5% der Fälle, bei denen der Fachdienst der Frühförderung in Anspruch genommen wird, um Kinder mit psychosozialen Risiko- und Belastungsfaktoren (Mirbach u.a. 2007). In einer Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern (Sohns 2001) gaben alle Frühförderstellen an, dass sie intensiv mit Kindertagesstätten zusammenarbeiten<sup>11</sup>. Dementsprechend am höchsten ist hier mit 38%

---

<sup>11</sup> In den neuen Bundesländern mit einem gut ausgebauten System der Kindertagesstätten besteht nach *Sohns* (2001) traditionell die intensivste Kooperation zwischen Frühförderung und Kindertagesstätten.

die Zugangsrate zur Frühförderung über die Kindergärten. Über das System Jugendhilfe insgesamt werden 47% der Kinder an die Frühförderung vermittelt.

Ein weiterer Kooperationspartner aus dem System Jugendhilfe ist das Jugendamt (Allgemeiner Sozialdienst ASD bzw. bei einer Aufteilung in Sozialräume die Bezirkssozialarbeit BSA), mit dem die Frühförderung seit ihren Anfängen in Kooperation steht. Diese ergibt sich aus den Problemlagen der Eltern selbst (beispielsweise Armut, alleinerziehend, psychische Erkrankung u.a.m.), die sich massiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken, deren Bearbeitung jedoch nicht unmittelbarer Auftrag der Frühförderung ist. Die Hinzuziehung anderer Fachdienste in derartigen Fällen wird als weiterer wichtiger Baustein der Arbeit einer Frühförderstelle erachtet: „Kontakte zum Jugendamt sind zwangsläufig da und auch relativ eng.“ (Leitung einer Frühförderstelle in Höfer/Behringer 2002). Die Kooperationen sind überwiegend fallbezogen, doch nicht selten fühlen sich Frühförderstellen auch vom Jugendamt allein gelassen, wenn die Kinder dort angebunden sind. Deshalb ergreifen Frühförderstellen durchaus auch die Initiative zu fallübergreifender Kooperation (vgl. Höfer/Behringer 2002). In diesem Zusammenhang betonen Frühförderstellen auch ihre Funktion als Knotenpunkt im System der frühen Hilfen, was z.B. daran deutlich wird, dass bei Bedarf die Eltern nicht ans Jugendamt weiter geschickt werden, sondern die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter des Jugendamtes zum Gespräch mit den Eltern in die Frühförderstelle eingeladen wird.

In Mecklenburg-Vorpommern geben 50% der Einrichtungen an, mit Ämtern, insbesondere Jugendämtern zu kooperieren, mit denen sie durchwegs positive Erfahrungen machen. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Befund, wonach Fachkräfte der Frühförderung auf die Frage, welche Institutionen sie als wichtig für Familien erachten, die sie weitervermitteln wollen, unter den ersten drei Angeboten die Jugendhilfe nennen (vgl. Sohns 2001).

**Weitere Vernetzung und Kooperation:** Regionale Arbeitskreise oder Vernetzungsgremien sind wichtige Aktivitäten, um die Angebote vor Ort kennen zu lernen und zu koordinieren bzw. auf den Bedarf abzustimmen. Es geht um die Zusammenarbeit und gegenseitige Abstimmung von Hilfemaßnahmen. Persönliche Kenntnis über anderer Fachdienste bzw. persönliche Kontakte zu deren Vertreter/innen erleichtert den an der Komplexleistung Frühförderung Beteiligten zum einen die weitergehende Hilfestellung für Familien, denn durch die Vernetzung können weitere Maßnahmen bei anderen Fachdiensten gezielter auf die spezifische Problemlage der Familien hin ausgesucht werden und es werden Zugangsschwellen gesenkt. Zum anderen schaffen die darin angelegten Kommunikationsmöglichkeiten wichtige

Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation. So kommen Gehres u.a. (2001) in ihrer Untersuchung der *Kooperationen von Frühförderstellen mit anderen Einrichtungen* zu dem Schluss, dass sich bei den regelmäßig an der Gremienarbeit beteiligten Einrichtungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Planungsprozesse und die Einbeziehung der Eltern verbessert haben, Entscheidungsprozeduren effektiver und transparenter gestaltet wurden und dadurch auch die Zufriedenheit aller Beteiligten gestiegen ist.

Obwohl immer wieder festgestellt wird, dass die Systeme Gesundheitswesen, Sozialhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe nicht über ihre Grenzen blicken und sich gegenseitig nicht wahrnehmen (vgl. Naggl/Thurmair 2008), zeigte sich in der Untersuchung zur Kooperation in der Frühförderung in Bayern ein hoher Vernetzungsgrad. Über die Hälfte der bayerischen Frühförderstellen gaben an, in systemübergreifenden Vernetzungsgremien eingebunden zu sein, in denen es um Zusammenarbeit und gegenseitige Abstimmung von Hilfemaßnahmen ging (vgl. Höfer/Behringer 2002).

**Neue Ansätze projektformiger Kooperation an Beispielen:** Neben Vernetzungsgremien, die bestehende Angebote zusammenführen und koordinieren, finden wir im Bereich der Frühförderung auch spezifische Arbeitskreise zur Verbesserung bestehender Strukturen sowie Vernetzungsprojekte, aus denen zusätzlich neue Angebotsstrukturen entstehen. Diese haben häufig zum Ziel, Brüche die an den Schnittstellen zwischen Einrichtungen entstehen, durch Nachsorge- oder Übergangsangebote aufzufangen. Eine dieser Schnittstellen ist der Übergang von der Klinik nach Hause. Frühförderung beginnt in der Mehrzahl der Fälle immer noch jenseits des dritten Lebensjahres (Das Verhältnis der Kinder 0–3 Jahre zu 3–6 Jahre beträgt 1:2; Weiß u.a. 2004, vgl. auch Pkt. 1.3). Inzwischen gibt es verschiedene Nachsorgeprojekte, wie z.B. das Modell des Bunten Kreises (Porz/Erhardt 2003), das nach der Methode des Case-Management die Netze für eine Familie mit einem früh- oder risikogeborenen Kind für die Zeit nach der Klinikentlassung knüpft.

Abschließend werden im Folgenden Vernetzungsgremien und –projekte beispielhaft aufgeführt, an denen die Frühförderung direkt beteiligt ist.

**Arbeitskreis Gewalt gegen Kinder und Jugendliche:** Der Arbeitskreis in Dillingen/Bayern entstand aus einer konkreten Erfahrungen von (fehlender) Zusammenarbeit zwischen Frühförderung und Jugendamt, bezogen auf eine Familie, bei der die Frühförderung auf die Herausnahme der Kinder drängte und die schließlich damit endete, dass der Vater die Mutter schwer verletzte, Polizei und Gericht eingeschaltet und die Kinder in ein Heim gegeben wur-

den. Im Arbeitskreis (IFF, KinderärztInnen, Jugendamt, Erziehungsberatung, Polizei, Gericht) wurden Kriterien entwickelt, um in Zukunft koordinierter und kooperativer vorgehen zu können, damit die unterschiedlichen Ansätze zusammenspielen können, um Kindern und Eltern effektiver helfen zu können. Weitere Auswirkungen waren regelmäßige Fallbesprechungen mit der Frühförderstelle sowie kooperatives Vorgehen im Förderprozess, wenn sich in Familien Anzeichen von Vernachlässigung zeigen (Finkel 1999).

**Nachsorgeprojekt Harlekin-Frühchen:** Ein Vernetzungsprojekt, in dem systematisch Frühförderung mit der Klinik verknüpft wird, ist das Harlekin Vernetzungsprojekt in Bayern. Ziel dieses Projektes ist es, bereits bestehende Betreuungsangebote für Familien mit Säuglingen, die eine hohe perinatale Belastung erfahren haben, niederschwellig und frühzeitig zu vernetzen. Dazu zählen z.B. die niedergelassenen KinderärztInnen, interdisziplinäre Frühförderstellen, aber auch zuständige Ämter und Behörden. Durch eine engmaschige Begleitung des Übergangs soll der Verunsicherung und ggf. Überforderung der Eltern durch die alleinige Zuständigkeit für ihr Kind zu Hause, ohne ÄrztInnen und Krankenschwestern, begegnet werden. Dadurch können die Kinder frühzeitig aus der Klinik entlassen und eine Wiederaufnahme kann eher verhindert werden. Der mobile Dienst der Frühförderung hat hier die Aufgabe bereits in der Klinik mit den Eltern Kontakt aufzunehmen, sie in der Entwicklung der Beziehung zu ihrem Kind zu unterstützen und den Übergang in die Frühförderung anzubahnen (Höck 2005).

**Erwachsenenpsychiatrie – Frühförderung:** Ein weiteres Beispiel für gelungene Vernetzung von Frühförderung mit dem Medizinischen Bereich finden wir in der Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik Alteburger Straße in Köln mit dem Frühförderzentrum Köln. Die Kooperation mit dem örtlichen Frühförderzentrum, von dem wöchentlich zwei Therapeutinnen auf die Station kommen, hat sich dort zu einem integralen Bestandteil des Konzepts der Mutter-Kind-Station entwickelt. Dabei gibt es ein spezifisches Angebot für Kinder bis zu 2 Jahren und für Kinder über 2 Jahre, mit dem Schwerpunkt, die Eltern im Umgang mit ihrem Kind zu stärken und ihr Verständnis von Entwicklung des Kindes zu verbessern. Da viele Eltern das Angebot des Frühförderzentrums auch nach ihrer Entlassung wahrnehmen, ist es zu einem wichtigen Baustein der psychiatrischen Nachsorge geworden (Arens/Görgen 2006).

**Unter anderen Umständen schwanger:** In diesem Praxisprojekt der Schwangerenberatungsstellen von Donum Vitae in Kooperation mit den Frühförderstellen der Lebenshilfe und dem

Verband Körper- und Mehrfachbehinderter sowie niedergelassener GynäkologInnen und Kliniken in Bayern wurde ein Netzwerk geschaffen, das Familien, die ein behindertes Kind erwarten, unterstützt. Ziel des Projektes ist es, Eltern stark zu machen, damit sie sich für ein behindertes Kind entscheiden können und sie auch nach der Entscheidung begleitet (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2006).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die interdisziplinäre Frühförderung über ein spezifisches Profil für die Arbeit mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern von der Geburt bis zur Einschulung verfügt, das sowohl kindbezogene als auch elternbezogene Leistungen beinhaltet, die in enger Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen erbracht werden. Hervorzuheben sind ihre Kompetenzen in der Früherkennung und Frühförderung, die mobile Arbeitsweise, um belastete Familien alltagsnah unterstützen zu können, der enge Kontakt zu KinderärztInnen und Kindertagesstätten sowie die Vernetzung mit weiteren Einrichtungen und Diensten.

## **5 Die Frühförderung im System der frühen Hilfen**

Abschließend wird ein Resümee gezogen, das sich mit folgenden Fragen beschäftigt:

1. Inwiefern hat sich die Frühförderung zu einem eigenständigen Versorgungssystem entwickelt
2. Welche Rolle spielen Kinder mit seelischer Behinderung?
3. Konkurriert sie mit der Pädiatrie oder Maßnahmen der Jugendhilfe oder ist sie ein Synergie erzeugender Netzwerkknoten, der das Jugendhilfe- und Medizinsystem zielgruppenspezifisch zusammenführt?
4. Wie könnten Angebote der Frühförderung in ein kommunales Netz von Hilfen für Familien mit einem spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf einbezogen werden?

1. Die Frühförderung hat seit ihren Anfängen in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts inzwischen einen Ausbaustand erreicht, mit dem eine flächendeckende Versorgung von Familien mit Kindern, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, von der Geburt bis zur Einschulung ermöglicht wird (vgl. Pkt 3). Zu ihren Aufgaben gehört die Früherkennung von Entwicklungsstörungen oder -gefährdungen, die ganzheitliche und familienorientierte Förderung und Begleitung sowie die Vernetzung mit anderen Einrichtungen und sozialen Diensten, um die Situation der Kinder und Familien zu verbessern. Sie umfasst drei Teilsysteme – die Frühförderstellen, ÄrztInnen und Therapeutinnen in freier Praxis sowie die Sozialpädiatrischen Zentren. Die wohnortnahen Frühförderstellen werden in besonders schwierig gelagerten

Fällen in Diagnostik und Therapie durch überregional ausgerichtete Sozialpädiatrische Zentren ergänzt. Dabei ist nicht eindeutig geklärt, ob in diesen Fällen beide Institutionen in Kooperation tätig werden dürfen, was in einigen Regionen auch zu Konkurrenz und einer Gefährdung bestehender Kooperationszusammenhänge führt. Wie die interdisziplinäre Frühförderung in den einzelnen Bundesländern ausgestaltet wird, wird auf Länderebene geregelt (vgl. Pkt 3). Hier ergibt sich (teilweise) noch ein erheblicher Regelungsbedarf, auch um die fachlichen Standards weiterhin realisieren zu können.

Mit der Bereitstellung der Hilfen in möglichst frühem Alter kommt der Frühförderung eine präventive Aufgabe im Sinne sekundärer Prävention zu. Durch die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsstörungen sollen diese gelindert bzw. weitere Verfestigungen von Auffälligkeiten oder sekundäre Entwicklungsstörungen und damit eine Behinderung verhindert werden. Die Frühförderung greift in der Regel aber erst ein, wenn bereits Auffälligkeiten bestehen. Der Zugang für Kinder, die aufgrund sozialer Risikokonstellationen in ihrer Entwicklung gefährdet sind, ist bislang nur eingeschränkt möglich (vgl. Pkt. 1.3/ 4.2).

2. Bei drei Viertel der Kinder lautet die Indikationen zur Einleitung von Frühförderung: Entwicklungsstörungen mit unklarer Genese und Verhaltensauffälligkeiten. Dazu gehören auch Kinder, die von seelischer Behinderung bedroht sind und damit nach § 35a SGB VIII in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe fallen. Da in der frühen Kindheit das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Entwicklungsbereiche eine Differenzierung in kognitive, sensorische, motorische, emotionale und soziale Entwicklung bzw. deren Gefährdung nicht sinnvoll und meist auch nicht möglich ist, wurde auf Länderebene die Zuständigkeit entweder bei der Sozialhilfe belassen oder die Kostenträger haben sich trotz der Aufteilung der Zuständigkeit auf verträgliche Lösungen geeinigt, um den Kindern zusätzliche diagnostische Maßnahmen zu ersparen. Meist bleibt die Sozialhilfe zuständig. Auf Ebene der Leistungserbringer wird die Zuständigkeit für Familien mit Kindern im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter oftmals in regionalen Absprachen zwischen der Erziehungsberatung und der Frühförderung geregelt. In der Regel bleiben bis zur Einschulung die Frühförderstellen zuständig. Damit führt die Frühförderung nicht nur Aufgaben und Leistungen des Gesundheitswesens und der Sozialhilfe, sondern auch der Jugendhilfe zusammen, verhindert Doppelstrukturen, in denen die Familien zwischen den Kostenträgern hin und her geschoben werden und führt zu Syner-

gieeffekten in dem Sinne, dass das Kind in seiner Ganzheit körperlicher, geistiger und seelischer Entwicklung wahrgenommen wird und nicht nur in seinen einzelnen Funktionen.

3. Frühförderung ist in vielfältige Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten eingebunden, die sich ergänzen und zu einer differenzierten Angebotsstruktur für Familien mit kleinen Kindern beitragen. Mit dem medizinischen System bestehen Kooperationsbeziehungen mit KinderärztInnen in freier Praxis, die für die Verordnung von Frühförderleistungen unerlässlich sind. Hierarchien und Konkurrenzen, die aufgrund der jeweiligen Ausbildung sowie unterschiedlicher Sichtweisen und fachlicher Diskurse zu Beginn einer Zusammenarbeit gegeben sind, lösen sich durch verbindliche und regelmäßige Kooperationen zunehmend auf. Inzwischen gibt es „einen direkten Draht von den KinderärztInnen und ÄrztInnen zur Frühförderung“ (Naggl/Thurmair 2008, S. 4) Zum anderen bestehen Kooperationsstrukturen zwischen IFF und den ÄrztInnen im SPZ, die allerdings durch Unklarheiten in den Landesrahmenvereinbarungen gefährdet werden könnten (siehe Pkt.1.1 Frühförderverordnung).

Kooperationen zur Kinder- und Jugendhilfe bestehen sowohl im Einzelfall als auch fallübergreifend. Dabei stehen zwei Bereiche im Vordergrund, die Kindertagesstätten und das Jugendamt bzw. die Bezirkssozialarbeit. Zu den Kindertagesstätten gibt es ebenfalls einen direkten Draht, denn Frühförderung findet auch dort mobil statt und die Hilfestellung erfolgt entweder direkt in der Arbeit mit dem Kind oder vermittelnd über die Beratung von Erzieherinnen. Aus einzelfallbezogener Kooperation mit dem Jugendamt, vor allem in der Arbeit mit Kindern aus sozial benachteiligten Familien, entwickelten sich über die Jahre tragfähige Kontakte zum Jugendamt, die sich teilweise zu verbindlichen Kooperationsbeziehungen verfestigten (vgl. Pkt. 4.3).

Die Frühförderung als System mit ihrer intensiven Verzahnung der Leistungen aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Bereich einerseits, sowie ihren Kooperationsbeziehungen zur Kinder- und Jugendhilfe andererseits, kann damit auf Erfahrungen und Strukturen zurückgreifen, die aktuell in den Projekten früher Hilfen erst aufgebaut und implementiert werden müssen.

Zusammenfassend betrachtet, stellt die Frühförderung ein Versorgungssystem dar, das durchaus als Knotenpunkt zwischen den Systemen Pädiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden kann, da hier die Fäden zu beiden Systemen zusammenlaufen. Frühförderstellen unterhalten vielfältige Kooperationen zu den an der Komplexleistung beteiligten Systeme-

men einerseits sowie zu Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen sozialen Diensten andererseits. Nach Thurmair/Naggl (2007) kommt ihr unter dem Gesichtspunkt der Vernetzung und der Vielfalt systemischer Bezüge, in denen Familien mit (behinderten) Kindern agieren, eine „Drehscheiben-“ oder „Case-Management“-Funktion zu (ebd., S. 33). Sollen die Frühförderstellen diese Funktion weiterhin wahrnehmen, was im Sinne der Kinder und ihrer Familien dringend anzuraten wäre, so bedarf es allerdings finanzieller Regelungen, die Kooperation als genuinen Bestandteil eltern- und kindbezogener Leistungen anerkennt.

4. Bei der abschließenden Frage, wie Angebote der Frühförderung in ein kommunales Netz von Hilfen einbezogen werden könnten, ist zunächst festzustellen, dass der interdisziplinären Frühförderung in ihrem Selbstverständnis dabei eine zentrale Rolle zukommt, die offensichtlich in krassem Missverhältnis zur Wahrnehmung durch die Kinder- und Jugendhilfe steht. So wurde beispielsweise in der VIFF-Landesvereinigung Baden-Württemberg (2007) Erstaunen und Verärgerung zum Ausdruck gebracht, dass die jahrzehntelange Arbeit der Frühförderung in den regionalen Planungen der frühen Hilfen (unter Federführung der Kinder- und Jugendhilfe) keinen Eingang finden, bestehende Hilfenetze und Frühförderkonzepte nicht genutzt werden und die Frühförderkompetenzen außen vor bleiben. Ähnliche Erfahrungen gibt es in Bayern, wo sich Frühförderstellen zu Runden Tischen, die vom Jugendamt koordiniert wurden, selbst einladen mussten (Naggl/Thurmair 2008).

Mit ihren Arbeitsprinzipien Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Interdisziplinarität und Vernetzung kann Frühförderung nach unserer Meinung in einem kommunalen Netz von Hilfen für Familien mit einem spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf eine zentrale Stellung einnehmen. Als flächendeckend ausgebautes System mit ihren spezifischen und vielfältigen Kompetenzen in der Früherkennung und Frühförderung sowie der Zusammenarbeit mit den Eltern, der Kooperation mit niedergelassenen KinderärztInnen, ErzieherInnen in Kindertagesstätten und weiteren Fachkräften der Jugendhilfe sowie anderen sozialen Diensten, leistet die Frühförderung einen wichtigen Beitrag, um die Jugendhilfe in ihrem Auftrag der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention im frühen Kindesalter zu unterstützen. Zum ersten ist sie die Anlaufstelle für Früherkennung und Frühförderung für Familien mit kleinen Kindern, die aufgrund biologischer und/oder sozialer Risikokonstellationen in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Dafür bedarf es allerdings zuallererst einer Sicherstellung bestehender Strukturen, damit sie ihre Grundaufgaben erfüllen, ihren fachlichen Standard

interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie mobiler Arbeitsweise weiterführen und Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben im Feld der frühen Hilfen ausgestalten kann. Zum zweiten könnte sie dann eine Anlaufstelle für Familien mit spezifischem Hilfe- und Unterstützungsbedarf sein, wenn familiäre Risikokonstellationen als Indikationsgrund für Frühförderung anerkannt werden, bevor die Kinder bereits auffällig geworden sind. Aufgrund ihrer Kompetenzen in der Früherkennung und Frühförderung ab dem Säuglingsalter hat sie die fachlichen Voraussetzungen dafür. Für eine in diesem Sinne präventiven Aufgabe bedarf es einer Weiterentwicklung der Frühförderung.

## 6 Glossar

ASTFFBY	Arbeitsstelle Frühförderung Bayern
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BE	Behandlungseinheit
FrühV	Frühförderungsverordnung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
IK-Nummer	Institutionskennzeichen (für die Abrechnung mit den Kostenträgern der Rehabilitation)
IPF	Interdisziplinäre Praxisbegleitung
KJA	Kinder- u. Jugendambulanzen
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LRV	Landesrahmenvereinbarung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SPB	Sonderpädagogische Beratungsstellen
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
VIFF	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.

## 7 Literaturverzeichnis

- Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (AFFBy) (2007): Ein Jahr Bayerischer Rahmenvertrag Frühförderung: Probleme, Lösungen, Perspektiven. URL: [http://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/PDFs/Rahmenvereinbarg/AK\\_FF\\_6\\_10\\_07\\_-\\_Abschlussdokument.pdf](http://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/PDFs/Rahmenvereinbarg/AK_FF_6_10_07_-_Abschlussdokument.pdf) 26.01.2008
- Arens, D./ Görgen, E. (2006): Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BayEUG (2002): Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen
- Behringer, L./ Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München, Basel: Reinhardt
- Behringer, L./ Thurmair, M. (2007): „Früher – mei früher ....“ Vortrag auf dem 14. Symposium Frühförderung der VIFF in Hamburg

- BKK Landesverband NRW (2003): Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) URL: <http://www.bkk.nrw.de/gesundheit/service/download/rahmenempfehlung.pdf/24.06.2003>
- Brenner, S. (2005): Bundesangestelltenkommission BAK. URL: <http://www.dbl-ev.de/10.04.08>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2005): Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: Juni 2005. URL: [http://www.bmas.de/coremedia/generator/3138/property=pdf/einrichtungen\\_\\_und\\_\\_stellen\\_\\_der\\_\\_391.pdf](http://www.bmas.de/coremedia/generator/3138/property=pdf/einrichtungen__und__stellen__der__391.pdf) (2005)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (2006): Unter anderen Umständen schwanger. URL: [http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus\\_fachlicher\\_sicht/artikel/unter-umstaenden.php?listLink=1](http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/unter-umstaenden.php?listLink=1) 26.01.08
- Fit – Früh Interventions Team. URL: <http://www.caritas-sozialwerk.de/25452.html> (25.3.2008)
- Der PARITÄTische Medien-Service (Ausgabe 03/08): Spitzengespräch zur Frühförderung bringt keine Einigung. URL: <http://www.paritytischer.de/LvPNWeb.nsf/LvPNIFDocSchluessel/49C0D92527DAD8AAC12573CA0031CD3C?OpenDocument/> 12.02.08
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. u.a. (2000): Memorandum zur Regelung der „Früherkennung und Frühförderung“ im geplanten Sozialgesetzbuch – neuntes Buch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).
- Engelbert, A. (1999): Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Weinheim, München: Juventa
- Engeln, S.: Komplexleistung in Verbindung mit isolierter Leistung. Offener Brief an den Bayerischen Städtetag, den Bayerischen Landkreistag und die Krankenkassen vom 27.11.2006. URL: <http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/bundesvereinigung/komplexleistung-in-verbinding-mit-isolierter-leistung/> 26.01.2008
- Finkel, F. (1999): Die interdisziplinäre Kooperation bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche aus Sicht der Kinderärzte. URL: [http://www.anti-kinderporno.de/seite/studie\\_v\\_finkel.php](http://www.anti-kinderporno.de/seite/studie_v_finkel.php) 11.03.2005
- FrühV (2003): Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. [www.bmgs.de](http://www.bmgs.de) 11.03.05
- Gehres, W./ Müller, B./ Siegler, M. (2001): Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Kooperation bei der Frühförderung. Einige empirische Ergebnisse. In: Gemeinsam leben 9, S. 21-24
- Höck, S. (2005): Projekt „Harlekin-Frühchen“. In: Frühförderung interdisziplinär, 24. Jg., S. 28-32
- Höfer, R./ Behringer, L. (2002): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Zur Kooperation zwischen psychologisch-pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen in der Frühförderung Bayern“. München
- Höfer, R./ Behringer, L. (2004): Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung – Verwirklichung von Interdisziplinarität in der Kooperation. In: J. Kühl (Hrsg.) Frühförderung

- und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 79 - 90
- ISG (2007): ISG-Zwischenbericht: Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung. Köln, URL: <http://news.eformation.de/v3/client/media/193/data/6558.pdf> 26.01.2008
- Jetter, K. (2004): Komplexeleistung Früherkennung und Frühförderung: Ein neuer Standard? In: J. Kühl (Hrsg.) Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. München, Basel Reinhardt, S. 15-21
- Karmann, P./ Kottmann, G. (2004): Der steinige Weg der Interdisziplinarität – Vom Prinzip zur Praxis. In: J. Kühl: Frühförderung und SGB IX. München, Basel: Reinhardt, S. 91-98
- Klein, G. (2002): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken. Stuttgart: Kohlhammer
- Mirbach, B./ Thurmair, M./ Vahle, M. (2007): Fachdienste von Frühförderstellen für Kindertagesstätten. Systementwicklung und aktueller Stand. In: Frühförderung interdisziplinär, 26. Jg., 15-22
- Modellprojekt Bildungshaus (2008). URL: <http://www.km-bw.de/servlet/PB/-s/2lkee3nh9z5g4azhy5qb5w78s403t/menu/1182956/index.html> /24.01.08
- Moos, M./ Müller, H. (2003): Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) in Rheinlandpfalz. Expertise. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Schriftenreihe: Erziehungshilfen in Rheinland-Pfalz: Mainz
- MASG Brandenburg (2008) URL: [http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=lbm1.c.388720.de&\\_siteid=8](http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=lbm1.c.388720.de&_siteid=8)
- MSFG Thüringen (2006): Maßnahmekatalog zur Fortentwicklung des Kinderschutzes in Thüringen. URL: [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung4/ref34/kinderschutz\\_ma\\_\\_nahmekatalog.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung4/ref34/kinderschutz_ma__nahmekatalog.pdf)
- Naggl, M./ Thurmair, M. (2008): Kindeswohl und „frühe Hilfen“: Der Beitrag der Frühförderung. Erscheint in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.
- Peterander, F./ Speck, O. (1993): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Strukturelle und inhaltliche Bedingungen der Frühförderung“. München
- Pluto, L./ Gragert, N./ van Santen, E./ Seckinger, M. (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Porz, F./ Erhardt, H. (Hg.) (2003): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Stuttgart: Thieme
- Rahmenkonzeption Baden-Württemberg (1998). URL: <http://www.gesundheitsforum-bw.de/servlet/PB/show/1241833/Rahmenkonzeption-Fr%FChf%F6rderung-BW-1998.pdf>
- Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19.05.2006. URL: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/heilberufe/vertraege/fruehfoerderung> 26.01.2008
- Schone, R./ Gintzel, U./ Jordan, E./ Kalscheuer/ M., Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Weinheim/München: Juventa
- SGB IX (2006): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. München: dtv

- Sohns, A. (2001): Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern – eine Bestandsaufnahme, Neubrandenburg 2001. URL: <http://www.fh-nordhausen.de/uploads/media/RahmenbedingungenQualitaetsstandardsFruehfoerderstellenMV.pdf>/ 26.01.2008
- Sohns, A. (2003): Frühförderung als Aufgabe der Jugendhilfe. URL: [http://www.fh-nordhausen.de/uploads/media/Fruehfoerderung\\_als\\_Aufgabe\\_der\\_Jugendhilfe.pdf](http://www.fh-nordhausen.de/uploads/media/Fruehfoerderung_als_Aufgabe_der_Jugendhilfe.pdf) 25.01.08
- Sohns, A. (2006). Betr.: Etablierung eines Konzeptes zur ganzheitlichen Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern in Nordfriesland. Wiss. Begleitung. Büro für Sozialwissenschaften: Nordhausen
- SOS-Kinderdorf e.V. Entwicklungsdiagnostische Beratungsstelle Landsberg: Jahresberichte 2000 und 2003
- Speck, O. (1995): Wandel der Konzepte in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär. 14. Jg., S.116-130
- Thurmair, M./ Naggl, M. (2007): Praxis der Frühförderung. München, Basel: Reinhardt, 3. Auflage
- Trost, R. (1992): Frühförderung in Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.). Stuttgart
- Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg (2003): Interdisziplinäre Frühförderung Baden-Württemberg. 10 Jahre Rahmenkonzeption. URL: [http://www.landesgesundheitsamt.de/servlet/PB/show/1200209/fruehfoerderung\\_symposium221003.pdf](http://www.landesgesundheitsamt.de/servlet/PB/show/1200209/fruehfoerderung_symposium221003.pdf)
- Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Guter Start ins Kinerleben. Projektbeschreibung. URL: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben/projektbeschreibung.html> 26.01.08
- VIFF (2003): Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX. URL: <http://www.fruehfoerderung-viff.de/serviceangebot/literatur/handreichungen-zu-leistungsvereinbarungen-gemaess-sgb-ix-2003/>
- VIFF (2007): Mitgliederrundbrief Nr. 7. Dezember 2007
- VIFF (2008): Stellungnahme zur Komplexeleistung 2008. URL: [www.fruehfoerderung-viff.de](http://www.fruehfoerderung-viff.de) 28.03.2008
- VIFF Baden-Württemberg . URL: (<http://www.fruehfoerderung-viff.de/ueberdieviff/baden-wuerttemberg/>)
- VIFF LV Bayern (2007): Rundbrief Nr. 14. URL:[http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/Druckvorl14%20\(2\).pdf](http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/Druckvorl14%20(2).pdf)/27.06.07
- VIFF- Niedersachsen. URL: <http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/norddeutschland/keine-einigung-bei-fruehen-hilfen-fuer-behinderte-kinder-in-niedersachsen-i/> 22.01.08

VIFF-Nord e.V.. URL:<http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/norddeutschland/stellungnahme-der-viff-nord-ev-zur-landesrahmenempfehlung-in-mecklenburg-vo/> 15.02.08

VIFF Nord: Leistungsprofile SPZ. URL: [http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/VIFF-Workshop2005\\_AG\\_IV.pdf](http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/VIFF-Workshop2005_AG_IV.pdf)

VIFF-Nordrhein-Westfalen. URL: [http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/nordrhein\\_westfalen/stellungnahme-der-viff-nrw-ev-zur-komplexleistung-vom-10012007/](http://www.fruehfoerderung-viff.de/aktuelles/nordrhein_westfalen/stellungnahme-der-viff-nrw-ev-zur-komplexleistung-vom-10012007/) 21.03.07

VIFF Thüringen URL: [http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/TH-Stellungnahme-LRV2008\\_060208.pdf](http://www.fruehfoerderung-viff.de/media/pdf/TH-Stellungnahme-LRV2008_060208.pdf) 11.02.08

Weiß, H/ Neuhäuser, G./ Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München, Basel: Reinhardt

Ziegenhain, U. u.a. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa

Dr. Renate Höfer ist am Institut für Praxisforschung und Projektberatung München (IPP) tätig

Prof. Dr. Luise Behringer ist Professorin an der Katholischen Stiftungshochschule München, Abt. Benediktbeuern