

Dokumentation

Inklusive Frühförderung – Wirksamkeit im Fokus!

Veranstaltung des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis.

Inklusionsgerechte Kommune – Gestaltungsperspektiven im Rahmen des KJSG“,
gefördert vom BMFSFJ, 13./14. Mai 2024 (online)

In dieser Veranstaltung standen Überlegungen im Mittelpunkt, wie die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Frühförderung aktuell aussieht und was Gelingensbedingungen für eine bessere systemische Zusammenarbeit sind. Frühförderung ist kein neues Themenfeld, in Theorie und Praxis liegen vielfältige Forschungsergebnisse und praktische Kenntnisse und Erfahrungen vor. Mit der Gestaltung einer immer inklusiveren Kinder- und Jugendhilfe rücken jedoch insbesondere Fragen von Schnittstellen und Kooperation, u.a. mit dem Gesundheitsbereich, den Krankenkassen, der Erziehungsberatung und den Kitas, stärker in den Vordergrund der Zusammenarbeit. Dabei geht es darum, frühzeitig Bedarfe bei Kindern und ihren Familien zu entdecken und auf dieser Basis gute Angebote zu entwickeln, als wichtigen Baustein einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe. Wie das gut gelingen kann, wurde anhand von Impulsbeiträgen und Praxisbeispielen diskutiert

Zum Thema „**Inklusive Frühförderung: Was steckt alles drin?**“ referierte Prof. Dr. Armin Sohns, Professor für Heilpädagogik und Transdisziplinäre Frühförderung, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung, Hochschule Nordhausen (siehe Präsentation). (Fußnote PPPs)

Der Referent erläuterte, dass sich die Frühförderung im Spannungsfeld der Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren bewegt. Das Pädagogische System ist dabei in der Zuständigkeit der Kommunalen „Rehabilitationsträger“ verortet, das interdisziplinär-ambulante System Sozialpädiatrischer Zentren in Zuständigkeit der Krankenversicherung. Die Zusammenführen der verschiedenen Systeme und Zuständigkeiten zu einem gemeinsamen Gesamtsystem ergebe die sog. „Komplexleistung“. Diese Komplexleistung ist ein interdisziplinäres System, in dem die Eingliederungshilfe, die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen zusammenwirken. Pädagogik, Medizin und Therapie sind die wesentlichen Bestandteile.

Er führte u.a. weiter aus, dass bei den meisten Kinder mit Förderbedarf der Erstkontakt mit einer Frühförderstelle im Alter von 4 Jahren erfolgt. Dies erfordere von den Eltern zumeist mehr Initiative („Kommstruktur“) als sich ein Rezept beim Arzt ausstellen zu lassen („Gehstruktur“).

Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes 2016 gibt es als Bestandteil der Komplexleistung ein offenes Beratungsangebot für alle Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten. Im KJSG wurde 2021 geregelt, dass 2028 eine Zuständigkeitsverlagerung in die Kinder- und Jugendhilfe erfolgen soll. Was bedeutet mit Blick darauf „inklusive Lösung“ tatsächlich und welche Zielgruppen umfasst diese? Für alle Kinder und Jugendlichen, um (auch präventiv) Entwicklungsrisiken vorzubeugen oder zuvorderst diejenigen, die „behindert oder von Behinderung bedroht“ sind? Fragen, die mit Veröffentlichung des Referentenentwurfs sicher bald transparenter geklärt werden können.

Die bisherige fachliche Grundhaltung der Frühförderung ist neben der Elternberatung durch die direkte Förderung des Kindes charakterisiert, mit einer Fokussierung auf dessen Defizite in Wechselwirkung mit den daraus resultierenden Teilhabebedarfen und festgelegten sogenannten Fördereinheiten. Viele Rehaträger möchten gern an einer symptomorientierten Diagnostik festhalten. Was also braucht Frühförderung, damit sie nicht überfordert ist und der UN Konvention Rechnung trägt?

Laut Prof. Sohns müssen „wir“ responsiv, umfeldorientiert und v.a. früher ansetzen, wenn mehr Chancengleichheit angestrebt wird. Im Gegensatz dazu gibt es aber wachsende Fallzahlen und Frühförderstellen mit langen Wartelisten, im Zweifel bis zum Schuleintritt, wo die klassische Frühförderung endet. Zudem gebe es vielfältige ungeklärte Schnittstellen und auch der Übergang Kita – Schule sollte - im besten Fall – also auch von der Frühförderung begleitet werden können. Eine besondere Schnittstelle sind die Sozialpädiatrischen Zentren, von denen 50% eng mit den Frühförderstellen zusammenarbeiten, andere hingegen gar nicht. Durch die Existenz von Parallelsystemen ergibt sich ein Spannungsfeld, da beide nebeneinander finanziert werden.

Als Beispiele für ein erfolgreiches integriertes Zusammenwirken der Hilfesysteme nannte Prof. Sohns den Landkreis Nordfriesland mit einem hohen Anteil fallunspezifischer Arbeit und dem Landkreis Göttingen mit der Aussetzung aller Antragsverfahren und damit einem Verzicht auf jedwede Zuschreibung von Behinderung bei Kindern und insgesamt der Stärkung der Eltern.

Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung des **Modellprojekts „Inklusive Frühförderung im Landkreis Göttingen“** wurden differenziert von Jana Urbanek, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung, Hochschule Nordhausen, vorgestellt (siehe Präsentation). Insbesondere die Bildung interdisziplinärer Teams (I-Teams) haben einen sehr positiven Effekt auf die Kommunikation, das Kennenlernen und die Zusammenarbeit der beteiligten Partner.

Im Landkreis Göttingen wurden alle Pläne in einem Instrument zusammengefasst und die im jeweiligen Sozialraum vorhandenen Kompetenzen gebündelt. Es sei für die Familie nicht wichtig, welche Institution zuständig ist, sondern welche passende Fachkraft im jeweiligen Sozialraum vorhanden ist. Die Einbeziehung der Eltern in alle Gespräche ist ein besonders wichtige Gelingensbedingung. Übergeordnete Ziele sind, Zugänge zu schwer erreichbaren Familien zu finden, niedrigschwelliger Angebote zu machen (Kita, Kinderarzt, Familienzentrum etc.), Fachkräfte als Vertrauenspersonen zu etablieren, Wartezeiten abzubauen und Familien zu stärken.

Nach einer **Diskussion in Kleingruppen** konnten im Anschluß Fragen an die beiden Referent*innen gestellt werden, die Antworten und Kommentare werden zusammengefasst hier wieder gegeben.

Fragen zu Diagnostik, Fördermaßnahmen und interdisziplinärer Diagnostik:

- Es gibt keine Zweit- oder Wiederholungsdiagnostik, sondern eine Bündelung aller bereits vorliegenden Informationen.
- Entwicklungsberichte/ Diagnosen etc. haben prominenten Stellenwert, sind jedoch ausschließlich defizitorientiert. Hier besteht Entwicklungsbedarf.
- Die direkte Förderung „am Kind“ wird zunehmend systemischer mit Elternarbeit verknüpft.
- Therapeut*innen werden über Honorare einbezogen und finanziert, obwohl es eigentlich Aufgabe der Krankenkassen wäre.

- Die I-Teams im Sozialraum sind ein „Bezugspersonensystem“, d.h. jede Familie hat eine Bezugsperson aus dem Team der Frühförderung und koordiniert alle anderen relevanten Personen. Die Einbeziehung der Kinderärzte bleibt schwierig, da es hierfür keine abrechnungsrelevanten Möglichkeiten gibt und viel auf Eigeninitiative beruht.

Fragen zu Fachkräftemangel und Finanzierung:

- Im Hinblick auf die Umsetzung von Integrationsmaßnahmen „schwieriger Kinder“ und dem Personalmangel sind insbesondere Kitas betroffen. Hier gibt es teilweise unzumutbar lange Wartezeiten auf „I-Plätze“.
- Eine nachhaltige Finanzierung (nach Auslauf der Projektmittel) ist angestrebt. Hierzu wurden die laufenden Ausgaben im Projekt sukzessive erhöht, da Prävention mittel- und langfristig kostensenkend wirkt.
- Die Frühförderungsstelle hatte zur Finanzierung des Projektes und zur Umsetzung des Gesamtplans ein Budget zur Verfügung, aus dem alles finanziert wurde wie z.B. ein inklusiver Kitaplatz.
- Die Fachkraft konnte auf Grundlage eines politischen Beschlusses von S 8 auf S 11 hochgestuft werden. Im Konzept ist ein Akademisierungsgebot verankert inklusive Bestandsschutz.
- Die Einbeziehung der Krankenkassen in die Finanzierung der Komplexleistung gestaltet sich bisher sehr schwierig. Es gibt bislang leider eine konsequente Verweigerung, auch im Rahmen des Präventionsgesetzes. : Verknüpfungskonzept ist nicht in ihrem Sinne

Fragen und Anmerkungen zum „Inklusiven SGB VIII“:

Es besteht die große Hoffnung, das ein inklusives SGB VIII dazu beitragen kann, die inklusive Frühförderung weiter zu entwickeln und dass das Jugendamt als Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX seine Rolle kreativ umsetzt. In diesem Kontext stehen die Fragen: Wie Ämter motiviert werden können, neue Schritte in der Zusammenarbeit zu gehen? Wie eine defizitäre Sicht auf Kinder verhindert werden kann? Wie Eltern motiviert werden können, besser mit dem Jugendamt zusammen zu arbeiten und dies nicht als problematisch zu betrachten?

Frühförderung als Komplexleistung anhand von Fallbeispielen: Was ist aus Sicht der Medizin wichtig und zielführend?

Ludger Kämmerling, Kinder- und Jugendarzt, Ärztlicher Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Westmünsterland, Christophorus Kliniken (siehe Präsentation).

Im Gegensatz zur Frühförderung werden in den SPZ Kinder nicht nur bis zum Übergang in die Schule, sondern von der Geburt bis in das Jugendalter in Kooperation mit vielfältigen Institutionen, Professionen und Helfersystemen betreut.

Der Zugang zur Interdisziplinären Frühförderung werde von ihm als niedrighschwellig eingestuft und nicht als „hoch“ interpretiert, so wie es der Vorredner erklärte. Es gebe viele Schnittstellen zwischen den beteiligten Systemen. Für eine gute Versorgung von Kindern sei ein hinreichendes Wissen erforderlich, um die Lebenswelten von betroffenen Familien zu verstehen und die Notwendigkeit spezieller Unterstützung abschätzen zu können. Hierzu nannte er konkrete Fallbeispiele. Verfahrenslotsen könnten hier wertvolle Partner bei der Bildung von Netzwerken und Weitergabe von Erfahrungen sein. Wege der Zusammenarbeit müssen entwickelt werden.

Praxisbeispiel: Interdisziplinäre Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanung in Kooperation mit der verantwortlichen Arztpraxis

Eva Klein, Leiterin der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle Regionalteam Stadt/ Westkreis, Offenbach (siehe Präsentation) schilderte die Verfahrensabläufe in ihrer Frühförderstelle als offene Anlaufstelle in Kooperation mit Ärzten. Ein interdisziplinäres Team aus 25 Personen kümmert sich um eine ICF-orientierte Diagnostik. Dies sei ein großer Gewinn, da unterschiedliche Ausprägungen von Behinderung bzw. Störungsbilder zu unterschiedlichen Maßnahmen führen. Für diese Art Kooperation braucht es ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen. Die Organisation von Kooperation ist also ein wesentliches Moment für frühzeitige und bedarfsgerechte Hilfen.

Auf **Nachfragen** erklärt Frau Klein, dass der oben formulierte inhaltliche Anspruch landesweit gilt und die Frühförderung Wege auch zu anderen Unterstützungsstrukturen bzw. Akteuren aufzeige, wie z.B. den Familienhebammen. Es gebe Raum auch für verfahrensunabhängige Beratung. Die Frühförderung sei ein freiwilliges Angebot.

In der Diskussion betont Herr Kämmerling noch einmal, wie wichtig Verfahrenslotsen für die Vernetzungsarbeit sind. Ein teilnehmender Verfahrenslotse bestätigt dies und berichtet über seine Bemühungen um Vernetzung mit der Frühförderstelle der Nachbarkommune, mit Ärzten und anderen relevanten Akteuren. Herr Kämmerling plädiert für eine stärkere Vernetzung der Verfahrenslots*innen untereinander, da diese zwar im Jugendamt angestellt sind, aber in eigenständigen Strukturen arbeiten und sich daher dort kaum kritisch austauschen können.

Beschrieben wird in der Diskussion das Dilemma zwischen der Aufforderung, inklusiver arbeiten zu sollen und den engen (finanziellen) Rahmenbedingungen. In diesem Zusammenhang wird für ein offenes Beratungsangebot und ein bedarfsgerechtes Vorhalten aller Angebote als Pflichtleistung plädiert, mit einem dem entsprechenden Selbstverständnis der Fachkräfte. Es sei wichtig zu wissen, wohin die Lotsen lotsen (können). Es brauche aufsuchende Arbeit und gute infrastrukturelle Angebote, um sich im „Leistungsdschungel“ eines so ausdifferenzierten Hilfesystems zurecht zu finden.

Frühförderung als Komplexleistung: Wie arbeitet die Praxis? Wie gelingt eine gute Bedarfsermittlung?

Gitta Hüttmann, Leiterin, Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg, Potsdam (siehe Präsentation) berichtet über den Regionalen Arbeitskreis Frühförderung, dessen Aufgabe es ist, dauerhafte Kooperationsstrukturen im Frühfördergesamtsystem im Land Brandenburg aufzubauen und auszugestalten. Hier wurde die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung mit allen Akteur*innen unter Beachtung der regionalen Besonderheiten vorbereitet. Inzwischen gibt es eine Handreichung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung für das Land Brandenburg (www.ffbra.de)

Zugangsvoraussetzung zur Komplexleistung ist eine Behinderung oder drohende Behinderung des Kindes sowie ein daraus resultierender Teilhabebedarf. Zuständige/r Ärztin/Arzt und Pädagogin/Pädagoge unterzeichnen den Förder- und Behandlungsplan unter Einbeziehung der Eltern (§ 7 FrühV). Dort festgehalten Leistungen und Hilfen können nacheinander, zeitversetzt oder in unterschiedlicher Intensität erbracht werden. Im Land Brandenburg gibt es aktuell sechs hochspezialisierte Frühförderstellen, bei denen vor der Antragstellung auf eine Hilfe durch die Eltern eine interdisziplinäre Diagnostik bei ihrem Kind erfolgt. Dies werde sehr befürwortet und soll in anderen Regionen ebenfalls ausgebaut werden, da Erziehungsberechtigte und ihre Kinder darauf einen Rechtsanspruch haben. Niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte seien jedoch bisher eher „Zuweiser“ als „Mitgestalter“ der Hilfeprozesse, da aktuell die Kinderärztinnen und Kinderärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) überwiegend die interdisziplinäre Diagnostik mit durchführen.

In der Diskussion im Plenum weist Herr Kämmerling darauf hin, dass in der Lebensspanne von Betroffenen verschiedene Unterstützungssysteme benötigt werden und dass Frühförderung nur einen kleinen Zeitraum hiervon abdeckt. Es stelle sich daher die Frage, wer die relevanten Akteure im späteren Verlauf des Lebens von Betroffenen koordiniert.

Danach gefragt, wie lange die Eingangsdiagnostik dauert, nennt Frau Hüttmann einen Erfahrungswert von rund 10 Stunden, wobei viele Rahmenbedingungen wie Finanzierungsmodalitäten noch nicht geklärt sind. Die Wartezeit zwischen Erstgespräch und Eingangsdiagnostik beträgt in der Regel maximal vier bis sechs Wochen.

Modellprojekt „Schulstarthelfer“ – Übergangsbegleitung vom Kindergarten in die Schule“

Norbert Hanke, Leiter Frühförderung und Philip Minkenberg, Schulstarthelfer, Lebenshilfe Nürnberger Land (siehe Präsentation), beschreiben das Modellprojekt als ein Qualitätsinstrument, in dessen Mittelpunkt die Übergangsbegleitung von Kindern aus bildungsschwachen Familien steht. Schulstarthelfer werden bereits vor dem Schuleintritt von der Frühförderung oder den Kitas aktiviert, wenn individueller Hilfebedarf bei Kindern beim Übergang von der Kita in die Schule besteht und unterstützen die Familie in den ersten sechs Monaten nach Schuleintritt. Sie haben eine Brückenfunktion und öffnen die Schule für die Frühförderung. Wirksamkeitskriterien für die Eltern sind die Ermittlung des Hilfebedarfs durch gemeinsame Gespräche, die Erstellung eines Plans, ggf. die Einbeziehung von Fachdiensten und einem Abschlußgespräch mit Überprüfung der Zielerreichung. Aus Sicht der Schule sind das der Erstkontakt durch den Schulstarthelfer und weitere Gespräche mit dem Klassenlehrer. Nach sechs Monaten sei in aller Regel eine Teilhabeperspektive absehbar und es könne abgeschätzt werden, ob die Unterstützung endet oder andere Hilfen erforderlich sind. Als schwierig wurde eingeschätzt, wenn ein Kind ein Schulstarthelfer und einen Schulbegleiter an der Seite habe, da dann noch mehr Erwachsene im Klassenraum sind. Positiv sei, dass der Schulstarthelfer auch die Familie insgesamt berät und ggf. in weitere Hilfen vermittelt.

In der nachfolgenden **Diskussion im Plenum wurde gefragt, warum es nur neun Standorte bei mehr als 250 Frühförderungsstellen in Bayern gibt.** Diese Limitationen sind auf Finanzierungsgrenzen zurückzuführen, obwohl das Projekt vom Land gefördert. Es konnte den „Projektstatus“ noch nicht verlassen und wird daher (noch) nicht regelfinanziert. Im Moment wird das Projekt durch eine Universität evaluiert.

Von Interesse sind auch die Vernetzungsmöglichkeiten mit der Schulbegleitung und damit dem Jugendamt. Die Referenten weisen darauf hin, dass Schulstarthelfer die Schulbegleitung nicht „ersetzen“ sollen. Beide Funktionen sind notwendig, zumal der Schulstarthelfer auch über den Kreis der Schule hinauswirkt, in erster Linie in die Familien hinein, allerdings nur in der Anfangszeit bis zum ersten Zeugnis und einer Teilhabeprognose, die ggf. weitere Unterstützungsstrukturen erfordert.

Der Förder- und Behandlungsplan als Teilhabeplan – (Wie) Geht das?

Kim-Caroline Rache, Leiterin Eingliederungshilfe, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie, Stadt Braunschweig (siehe Präsentation) erläutert eingangs die rechtlichen Grundlagen und begann ihr Referat mit einem klaren Statement. Der Förder- und Behandlungsplan als Teilhabeplan:

- **Ja, das geht! ABER:** Der Förder- und Behandlungsplan lässt den Träger der Eingliederungshilfe vermissen. Dieser wird nicht beteiligt, soll aber am Ende den Plan umsetzen und die Teilhabe sichern.

- **Wie geht das? NUR** unter Einbeziehung der Eingliederungshilfe (pädagogisches Fachpersonal und Fachkräfte aus der Verwaltung) und des Trägers der medizinischen Rehabilitation (Medizinisches Fachpersonal und gesetzliche Krankenkassen).

In Braunschweig sei das KJSG in großen Teilen bereits umgesetzt und es werde in einem interdisziplinär abgestimmten System und in multiprofessionellen Teams gearbeitet, in enger Kooperation mit den Sozialpädiatrischen Zentren und dem KJÄD. Die Eingliederungshilfe sei bereits im Jugendamt verankert und bewillige Leistungen aus dem SGB VIII und dem SGB IX. Dieses Vorgehen habe sich schon sehr bewährt.

In der Plenumsdiskussion weist ein Teilnehmer auf die Frühförderverordnung (§ 7) hin, in der die Einbeziehung des Trägers der Eingliederungshilfe von Anfang an geregelt ist. In Braunschweig ist die inklusive Lösung bereits umgesetzt, so dass der Kinderschutzauftrag inklusiver Bestandteil auch der Eingliederungshilfe sei. Abschließend weist Frau Hüttmann auf den allgemeinen Rechtsanspruch Komplexleistung hin.

Praxiskommentar: Erfahrungen aus dem Land Brandenburg im Bereich Frühförderung

Ulf Voigt, Referat 24 – Behindertenpolitik, Hilfe zur Pflege, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Potsdam, referiert über den aktuellen Stand zur „Komplexleistung Frühförderung“ im Land Brandenburg nimmt dabei auch Bezug auf Stolpersteine in der Verständigung mit dem Gesundheitswesen. 2018 wurde über eine Rahmenvereinbarung „Komplexleistung Frühförderung“ verhandelt, die aber letztlich nicht abgeschlossen, da Uneinigkeit bei Abrechnung und Entgelten bestand. Statt dessen wurde eine Rechtsverordnung durch das zuständige Ministerium erlassen, die allerdings keine Sanktionsmöglichkeiten enthält.

Der interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplan ist das wichtigste Instrument, Bestandteile der Brandenburgischen Frühförderungs-Ersatzverordnung (BbgFrühErsV) und gilt im Land Brandenburg als Teilhabeplan für alle Leistungen für Kinder ab Geburt bis Einschulung. Rehaträger sind von Beginn an in den Prozess zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung mit eingebunden. Die sachliche Zuständigkeit liegt auf kommunaler Ebene. Schwierig gestaltet sich Kooperation, wenn es keine Kostenverteilungsvereinbarung gibt. Die Eingliederungshilfe will natürlich nicht die Kosten der Krankenkassen bezahlen. Eine Kostenteilung und die gemeinsame Steuerung der Finanzierungsströme ist erforderlich. Mit Blick darauf ist eine Handreichung entstanden, in der Qualitätsstandards hinterlegt sind, die an die o.g. Rechtsverordnung „angedockt“ sind.

Bei der Diskussion im Plenum wird angemerkt, dass sich eine Rechtsverordnung auf Strukturmaßnahmen, aber nicht auf Entgelte bezieht. Gibt es hierfür eine Lösung? Der Referent antwortet, dass Förderhöhen nicht vorgegeben sind und die Preise die örtlichen Träger in den Kommunen vorgeben. Weiterhin besteht die Sorge, dass die Krankenkassen nicht hinreichend kooperieren.

Praxisbeispiel: Frühförderung als Pauschalfinanzierung

Helmut Benner, Jugendamtsleiter, Jugendamt Landkreis Vogelsbergkreis (siehe Präsentation) eröffnete seinen Beitrag mit einem kurzen Überblick über inklusiv ausgerichtete Projekte in seinem Verantwortungsbereich.

Schulalltagsbegleiter gibt es nicht pro Kind, sondern diese werden infrastrukturell vorgehalten und nach Bedarf eingesetzt. Auch in den Kitas gibt es keine Antragsverfahren für Hilfebedarfe, sondern es wird konsequent inklusiv gearbeitet. Kinder, die Bedarf haben, erhalten diese im Regelalltag.

Die Frühförderung wurde 2023 auf eine infrastrukturelle Förderung umgestellt. D.h., es müssen keine Anträge mehr gestellt werden, da es ein Budget für heilpädagogische Leistungen gibt, festgelegten Fördereinheiten pro Kind entfallen damit. Eltern können sich bei der Frühförderstelle melden, es erfolgt ein Clearing/Bedarfsfeststellung, ein ICF-basierter Förder- und Behandlungsplan wird erstellt und die Frühfördermaßnahme kann beginnen. Auf dieser Basis gab es in der zurückliegenden Zeit bis zu 20% mehr Erstkontakte. Ein Vorteil der pauschalierten Finanzierung ist eine Verschlankung der Antragsverfahren und die Eingliederungshilfe muss keine Bescheide ausstellen. Fachkräfte haben so mehr Ressourcen für die eigentliche Frühförderung mit den Kindern. Als problematisch hat sich herausgestellt, dass für Therapeuten, die im Rahmen der Frühförderung tätig sind, niedrigere Sätze/Entgelte gezahlt werden als auf dem freien Markt. Die Sätze der Therapeuten sind unterhalb der Richtlinie für Heilmittel platziert. Dies sei ein wichtiger Hinweis an den Gesetzgeber, hier etwas zu ändern.

Mit Blick auf die Wirksamkeit wurde festgestellt, dass die Pauschalfinanzierung krisensicher ist. Förderung könne so tatsächlich sehr bedarfsorientiert erfolgen. Dies führt nicht zwangsläufig zu kürzeren Verweildauern in der Frühförderung, aber es könne schneller in andere Betreuungsformen oder Maßnahmen vermittelt werden.

In der Diskussion im Plenum wird die Frage nach der Finanzierung interdisziplinärer Zusammenarbeit gestellt, die, so Herr Benner, ebenfalls aus dem Budget gezahlt wird. Ergotherapiebedarf stelle nach wie vor der Kinderarzt fest. Gefragt nach der rechtlich-formalen Organisation ist die dahinter liegende Logik, „vom Ende her zu denken“, was die Überwindung des gesamten Antragsverfahrens inkl. Widersprüchen etc. einschließt.

Das Modellprojekt läuft seit 1.1.23 und ist bislang unbefristet. Die Frage nach der Leistungserbringung, wenn das Budget aufgebraucht, kann auch positiv beantwortet werden. Die Personalstellen sind durchgängig finanziert; sollte der Bedarf steigen, können die Stellen nachfinanziert werden. Die Orte der Frühförderung sind vielfältig und finden überall im Lebensraum statt, zum Beispiel tiergestützt auf einem Freigelände. Förderbedarfe werden immer individuell betrachtet und Ressourcen können so verschoben werden, dass auch höhere Bedarfe berücksichtigt werden können. Allerdings können die Fachkräfte nicht an allen Familien „dran bleiben“, wenn diese nicht mitwirkungsbereit bzw. motiviert sind. Abschließend appelliert Frau Hüttmann noch einmal eindringlich an eine stärkere Einbeziehung der Krankenkassen in die Finanzierung von Komplexleistungen.

Kurzes Fazit: Was heißt inklusive Frühförderung?

Im Rückgriff auf den Vortrag von Prof. Sohns und die Diskussion im Plenum:

- Eine gute Schnittstellengestaltung der drei „Häuser“: Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Bundesteilhabegesetz im Sozialraum,
- Ein offenes und niedrigschwelliges Beratungsangebot und Erkennen von individuellen Hilfebedarfen beim Kind, ggf. mit interdisziplinärer Diagnostik,
- Antragsfreie Leistungen, die Zugänge erleichtern und Zuschreibungen von (drohenden) Behinderungen beim Kind verhindern,
- Kontinuierliche Einbeziehung und Stärkung der Eltern,
- 1 Plan für alles – das geht! Gesamtplan, Teilhabepan, Förder- und Behandlungsplan, Hilfeplan werden in einem Instrument zusammengefasst,
- Verfahrenslotsen sind kommunikative Partner und als Netzwerkgestalter.

Es ist eine inklusive Lösung, wenn es keine Fokussierung mehr auf Defizite von Kindern gibt, mit dem Anspruch, Entwicklungsrisiken (auch präventiv) zu begrenzen und Teilhabebedarfe ICF-basiert gemeinsam mit den Eltern zu beschreiben.

Weiterführende Links:

https://www.hs-nordhausen.de/fileadmin/daten/institut_srv/Abschlussbericht_Inklusive_Fruhforderung_aktulisiert_und_komprimiert.pdf

https://www.bunter-kreis-muensterland.de/wp-content/uploads/go-x/u/35eb1a28-de09-4816-ad31-1adaea1d6fb8/Stolpersteine-Ausgabe-2023_komprimiert.pdf

<https://www.bthg.lvr.de/de/kinder-jugendliche/> https://www.bthg.lvr.de/media/filer_public/50/b2/50b2d23d-5a75-4dd6-b87b-c4da3773f66d/20220301_lvr_broschuere_din_a5_de_160819_barrierefrei.pdf

https://www.bthg.lvr.de/media/filer_public/50/b2/50b2d23d-5a75-4dd6-b87b-c4da3773f66d/20220301_lvr_broschuere_din_a5_de_160819_barrierefrei.pdf

<https://www.bthg.lvr.de/de/kinder-jugendliche/fruhfoerderung/>

<https://ffbra.de/praktische-handreichung-fuer-die-umsetzung-der-komplexleistung-fruehfoerderung/>

<https://ffbra.de/brandenburgische-fruehfoerderungs-ersatzverordnung-bbgfruehersv/>