



Köln | 31. Juli 2019

Evaluation der Frühförderstrukturen im Saarland

Abschlussbericht

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Bearbeitung:

Lisa Huppertz, Dr. Dietrich Engels

unter Mitarbeit von

Linda Froese

Inhaltsverzeichnis

Glossar	3
1. Vorbemerkung.....	4
2. Hintergrund	5
2.1 Ausgangssituation	6
2.2 Prüfungsmitteilung des Rechnungshofes des Saarlands	7
2.3 Fragestellungen der Evaluation	9
3. Methodisches Vorgehen.....	12
3.1 Grundlagenanalyse	12
3.2 Workshop zur Leistungserbringung Frühförderung	12
3.3 Befragungen des Sozialhilfeträgers und der Frühförderstellen	13
3.4 Stichprobenartige Doppelbegutachtung von Eingangsdagnostiken und Einzelfallakten	15
4. Grundlagenanalyse	18
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	18
4.2 Politische Handlungsstrategien	19
4.3 Versorgungssituation vor Ort	20
4.4 Leistungszugang im Vergleich zu anderen Bundesländern	24
5. Statistik der Leistungserbringung.....	27
5.1 Landesdaten der Sozialhilfestatistik	27
5.2 Daten des Jahresberichts des LAS	32
5.3 Primärerhebung beim Sozialhilfeträger	33
5.4 Primärerhebung bei den Frühförderstellen.....	37
5.5 Auswertungen der LAG IFF	38
6. Diskussionsergebnisse des Workshops.....	41
6.1 Fallzahlen- und Kostenentwicklung	41
6.2 Zugang zu den Leistungen	42
6.3 Elternarbeit	43
6.4 Teilhabepflanverfahren	44

7. Ergebnisse der Befragung des Sozialhilfeträgers zum Zugang zu den Leistungen.....	46
8. Ergebnisse der Befragung der Frühförderstellen	47
8.1 Landesrahmenempfehlung	47
8.2 Leistungserbringung.....	51
8.3 Zugang zu den Leistungen	52
8.4 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten	57
8.5 Elternarbeit	59
8.6 Gewünschte Veränderungen	62
9. Ergebnisse der Doppelbegutachtung von Eingangsdagnostiken und Einzelfallakten.....	64
10. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	67
10.1 Statistik der Leistungserbringung.....	68
10.2 Zugang zu den Leistungen	70
10.3 Elternarbeit.....	73
10.4 Zusammenarbeit und Teilhabeplanverfahren	75
10.5 Handlungsempfehlungen.....	77
11. Verzeichnisse	79
11.1 Tabellenverzeichnis	79
11.2 Abbildungsverzeichnis	80



Glossar

Afl	Arbeitsstelle für Integrationspädagogik/Integrationshilfen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
FrühV	Frühförderungsverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
Kita	Kindertagesstätte
LAG IFF	Landesarbeitsgemeinschaft der interdisziplinären Frühförderstellen
LAS	Landesamt für Soziales
LIGA	Liga der Freien Wohlfahrtspflege Saar
LREmpf	Landesrahmenempfehlung
MSGFF	Ministerium für Familie, Gesundheit, Frauen und Familie
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

1. Vorbemerkung

Infolge der Umstellung auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG) zum 01.01.2020 und der Prüfungsmitteilung des saarländischen Rechnungshofes vom 30.03.2015 zu den Aufwendungen für Frühförderung und heilpädagogische Leistungen für Kinder ist eine Reformierung der Frühförderstrukturen im Saarland geplant. Hiermit geht auch die Entwicklung einer verbindlichen Landesrahmenvereinbarung einher, die die Erbringung von Frühförderleistungen landeseinheitlich regeln soll. Um eine wissenschaftliche Grundlage für dieses Vorhaben zu schaffen, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (MSGFF) das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH mit der Evaluation der bestehenden Frühförderstrukturen im Saarland beauftragt. Das Ziel der Evaluation besteht darin, die Strukturen empirisch gestützt zu analysieren und Potentiale der Weiterentwicklung in der Frühförderung aufzuzeigen. Daneben soll die Evaluation als Entscheidungshilfe für bestimmte Inhalte der Landesrahmenvereinbarung dienen.

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Evaluation der Frühförderung stellte die Mitwirkungsbereitschaft der an der Förderung beteiligten Institutionen dar. Zu diesen Institutionen zählen im Saarland neben dem Landesamt für Soziales (LAS) die 14 Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF), die Landesarbeitsgemeinschaft der interdisziplinären Frühförderstellen (LAG IFF), die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege Saar sowie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Diese Institutionen haben sich aktiv am Evaluationsprozess beteiligt und relevante Informationen zur derzeitigen Ausgestaltung der Frühförderung im Saarland zur Verfügung gestellt.

Im Zuge der Evaluation fanden ein Workshop mit Vertretungen dieser Institutionen, schriftliche Befragungen des LAS und der IFF sowie ein ergänzendes Fachgespräch mit der LAG IFF und dem MSGFF statt. Daneben wurden stichprobenartige Doppelbegutachtungen von Eingangsdagnostiken sowie eine Analyse von Einzelfallakten der geförderten Kinder durchgeführt. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der einzelnen Evaluationsbausteine und die Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen, die daraus abgeleitet werden können.

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Akteurinnen und Akteuren, die uns ihre Mitwirkungsbereitschaft und ihr Vertrauen bei der Durchführung der Studie entgegengebracht haben, bedanken!

2. Hintergrund

Die Förderung von Kindern, die behindert, von Behinderung bedroht, teilleistungsgestört, entwicklungsverzögert oder verhaltensgestört sind, sollte so früh wie möglich beginnen. Damit kann Fehlentwicklungen rechtzeitig vorgebeugt werden. Dies folgt der Überlegung, dass sich Hilfen für Kinder im frühen Alter besonders günstig auf den weiteren Verlauf einer Behinderung, Entwicklungsverzögerung oder Auffälligkeit auswirken. Der Bedarf an Frühförderung steigt, wie entsprechende Leistungsstatistiken zeigen.

Die Ausgestaltung der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder als Komplexleistung ist ein zentrales Anliegen des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. An der Ausgestaltung werden unterschiedliche Einrichtungen beteiligt. Zur Früherkennung und Frühförderung sind fachübergreifend arbeitende Dienste und Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Diese umfassen im Saarland die 14 IFF, das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) sowie drei weitere, spezielle Frühförderstellen.

Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, werden die Leistungen entweder als rein heilpädagogische Leistungen oder als Komplexleistungen erbracht. Bei der Erbringung der Frühförderung als Komplexleistung werden medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Maßnahmen kombiniert und die Kostenträger übernehmen die Vergütung hierfür anteilig. Im Saarland übernehmen die Kosten das LAS und die GKV.

Eine landesspezifische Besonderheit des Saarlandes liegt in dem niedrighschwelligem Zugang zu den Leistungen der Frühförderung: IFF bieten ein offenes Beratungsangebot für Eltern an, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten. Hierbei gibt es weder weitere Zugangsvoraussetzungen, noch ist eine Überweisung einer Ärztin bzw. eines Arztes oder einer sonstigen Stelle notwendig¹. Zeichnet sich nach der Beratung die Notwendigkeit einer heilpädagogischen Maßnahme oder einer Komplexleistung ab, wird ein Diagnostikverfahren eingeleitet. Ergibt sich daraus wiederum die Notwendigkeit einer Maßnahme, sichtet der Fachausschuss die Ergebnisse der Diagnostik und erstellt anschließend einen Förder- und Behandlungsplan. Dieser Fachausschuss existiert als Gremium in dieser Form lediglich im Saarland.

Betrachtet man entsprechende Kennzahlen im Bereich der Beratungsangebote, haben laut Trägerbefragung im Jahr 2017 insgesamt 1.523 Erstberatungen stattgefunden. Von diesen haben 1.462 Erstberatungen zu Eingangsdagnostiken geführt (Anteil: 96 %). Demnach haben lediglich 61 Kinder keine Eingangsdagnostik erhalten. Der hohe Anteil an Kindern, dem nach einer Erstberatung eine Eingangsdagnostik verordnet wird, wurde im Rahmen einer Prüfung durch den Rechnungshof des Saarlands kritisch hinterfragt².

¹ <https://www.saarland.de/73513.htm> (zuletzt abgerufen am 26.10.2018)

² Rechnungshof des Saarlands (2015). Prüfungsmitteilung zur Angelegenheit „Landesamt für Soziales, Wirtschaftsplan, Kontierung VKR 712: ‚Amb. Frühförderung und heilpädagog. Hilfen für Kinder‘, Kontierung VKR 549: ‚Kostenbeiträge‘.

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen, wie die Qualifizierung des Fachauschusses zu bewerten ist und welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Zugangssteuerung denkbar sind.

Unter anderem als Reaktion auf die Prüfungsmitteilung des Rechnungshofes plant das MSGFF derzeit, die Organisation der Frühförderleistungen und die vorhandenen Strukturen in der Leistungserbringung weiterzuentwickeln. Dies soll sich dadurch auszeichnen, dass der Zugang zu diesen Leistungen besser gesteuert wird, die Qualität der Arbeit jedoch nach wie vor einen hohen Standard erfüllt. Für das offene und niedrigschwellige Beratungsangebot bedeutet dies, konkretere Richtlinien und Kriterien für die Entscheidung zu entwickeln, ob das Kind eines aufwendigen Diagnostikfahrens bedarf oder nicht.

Die Evaluation hat zum 01. Februar 2019 begonnen und schließt mit der Vorlage dieses Berichtes und einer anschließenden Ergebnispräsentation ab. Sie analysiert die Frühförderstrukturen des Saarlandes auf empirisch gestützter Basis, zeigt Potentiale der Weiterentwicklung auf und schafft damit eine wissenschaftliche Grundlage für die geplante Neuerung der Frühförderungsstrukturen und der Landesrahmenvereinbarung.

Der Bericht beginnt mit einer Darstellung der derzeitigen Ausgangslage und der Besonderheiten in der Leistungserbringung der Frühförderung im Saarland. Anschließend legt ein Kapitel zum methodischen Vorgehen dar, welche Herangehensweisen und Methoden das Evaluationsteam bei der Durchführung der Studie verwendet hat. Die darauffolgende Darstellung der Evaluationsergebnisse unterteilt sich in die Ergebnisse der Analyse von statistischen Daten aus unterschiedlichen Quellen, der Workshop-Diskussionen, der Primärerhebungen bei dem Leistungsträger und den Frühförderstellen sowie der Doppelbegutachtungen bzw. Einzelfallaktenanalyse. Den Bericht abschließend wird ein Fazit aus den gewonnenen Ergebnissen gezogen und erläutert, welche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen sich hieraus ableiten lassen.

2.1 Ausgangssituation

Seit dem 1. Juli 2008 werden saarlandweit von allen IFF Komplexleistungen erbracht, d. h. die Komplexleistung ist entsprechend der Landesrahmenempfehlung (Frühförderungsverordnung – FrühV) und der Durchsetzung des Rahmenvertrags flächendeckend umgesetzt. Die FrühV regelt in § 11 den Zugang und die Inanspruchnahme der Komplexleistung in IFF:

„Die Interdisziplinären Frühförderstellen bieten ein offenes Beratungsangebot für Eltern oder andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen, die ein Entwicklungsrisiko des Kindes vermuten. Innerhalb dieser Beratung (Erstberatung) wird geklärt, ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik eingeleitet werden soll oder eine andere Empfehlung angezeigt ist.

a) Hat die Beratung zum Ergebnis, dass Einzelmaßnahmen ausreichend sind, wird eine entsprechende Empfehlung mit Begründung den jeweilig zuständigen Stellen zugeleitet.

b) Ergibt sich aus der Beratung die Notwendigkeit einer Komplexleistung oder einer heilpädagogischen Maßnahme, wird eine interdisziplinäre Diagnostik eingeleitet.“ (...)

f) Ist nach interdisziplinärer Eingangsdiagnostik die Behandlung im Rahmen der Komplexleistung „Früherkennung/Frühförderung“ oder eine heilpädagogische Maßnahme angezeigt, werden die Ergebnisse in Abstimmung mit den Bezugspersonen des Kindes dem Fachausschuss vorgelegt. Dieser wertet die Ergebnisse aus und schlägt die notwendigen Maßnahmen vor. Auf dieser Basis wird ein Behandlungs- und Förderplan erstellt, der zugleich auch Angaben darüber enthält, durch welche Einrichtung die Komplexleistung durchgeführt werden soll (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum).“ (FrühV, S. 14f)³

Entsprechend der Landesrahmenempfehlung bieten die Leistungserbringer im Saarland ein offenes Beratungsangebot für Eltern an, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten. Laut MSGFF gibt es hierbei weder weitere Zugangsvoraussetzungen, noch ist eine Überweisung einer Ärztin bzw. eines Arztes oder einer sonstigen Stelle notwendig. Lässt die Beratung die Notwendigkeit einer heilpädagogischen Maßnahme oder einer Komplexleistung vermuten, so wird ein Diagnostikverfahren eingeleitet. Ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer Maßnahme, werden die Ergebnisse der Diagnostik einem Fachausschuss vorgelegt, der anschließend einen Förder- und Behandlungsplan erstellt.

Frühförderleistungen sollen immer dann initiiert werden, wenn bei einem Kind eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht und die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Derzeit erhalten im Saarland etwa 7 % aller Kinder Leistungen der Frühförderung, dies ist im Ländervergleich eine hohe Quote (vgl. Kapitel 5.1). Auch bezüglich relevanter Kennziffern zeigt sich, dass die Leistungen der Frühförderung immer stärker in Anspruch genommen werden: Am Jahresende 2017 erhielten laut Trägerabfrage im Saarland 2.783 Kinder unter sieben Jahren heilpädagogische Leistungen, darunter 64 % Jungen und 36 % Mädchen.

Diese Beobachtung spiegelt sich auch in der Ausgabenentwicklung des Wirtschaftsplans des LAS wider. Seit dem Jahr 2008, in dem die Komplexleistung im Saarland erstmals flächendeckend umgesetzt wurde, sind die Kosten erheblich angestiegen: Im Geschäftsjahr 2008 wurden 9,8 Mio. Euro an Aufwendungen für Frühförderung ausgewiesen. Im Jahr 2014 betrugen die Aufwendungen bereits 13,8 Mio. Euro (Rechnungshof des Saarlands, 2015), womit die Aufwendungen innerhalb von sechs Jahren um 41 % gewachsen sind.

2.2 Prüfungsmittelung des Rechnungshofes des Saarlands

Die aktuelle Situation sowie die Entwicklungen der Umsetzung der Frühförderung im Saarland werden im Rahmen einer Prüfungsmittelung des Rechnungshofes des Saarlandes vom 30.03.2015 kritisch kommentiert. Gegenstand der Prüfungsmittelung sind

³ Landesrahmenempfehlung des Saarlandes zur Umsetzung der Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV).

die Aufwendungen für Frühförderung und heilpädagogische Hilfen für Kinder, die als ambulante Eingliederungshilfe nach dem SGB XII – Sozialhilfe – i. V. m. SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – gewährt werden. Die Prüfung beschränkt sich auf die Leistungen der allgemeinen Frühförderung, die von den 14 IFF erbracht werden, sowie auf die Umsetzung des Modellprojektes „Frühförderung Plus“. Im Folgenden werden drei Kritikpunkte, die die Evaluation besonders fokussiert, aufgegriffen:

Offenes und niedrigschwelliges Beratungsangebot

Zum einen ist das offene und niedrigschwellige Beratungsangebot Bestandteil der Prüfungsmittelung des Rechnungshofes. Der Rechnungshof stellt infrage, inwiefern das Angebot umfassend und qualifiziert ist und ob bei Bedarf andere Fachstellen weitervermittelt wird:

„Im Saarland ist ein offenes Beratungsangebot vorgesehen (...). Begrifflich erfolgt (...) eine Gleichsetzung mit der Bezeichnung „Erstberatung“. Ergibt sich aus der Beratung die Notwendigkeit einer Komplexleistung oder einer heilpädagogischen Maßnahme, wird eine interdisziplinäre Diagnostik eingeleitet.“ (§ 11 b Landesrahmenempfehlung (LREmpf) FrühV)

Der Erstberatung kommt insoweit in der Erst-Kontakt-Phase ein besonderer Stellenwert zu. Sie muss umfassend und qualifiziert sein und ggf. eine Weitervermittlung an andere Stellen (Fachdienste) umfassen. Diese werden jedoch in der LRE nicht weiter definiert.“ (Rechnungshof des Saarlands, 2015, S. 14f)

Hieran anknüpfend bemängelt der Rechnungshof weiterhin das Fehlen von Bestimmungen über den konkreten Inhalt und die fachlichen Anforderungen an das offene Erstberatungsangebot sowie fehlende Transparenz dieser Beratung. In der Praxis sei so eine übereilte Einleitung einer (zeit- und kostenintensiven) Eingangsdiagnostik nicht auszuschließen, was sich auch in der Betrachtung der Aufwendungen für die Diagnostikleistungen widerspiegelt: Die Ausgaben für Diagnostik sind von 0,6 Mio. Euro in 2012 um 46 % auf 0,9 Mio. Euro in 2014 gestiegen. Dem Land werden 20 % dieser Diagnostikausgaben von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet, sodass der eigene Anteil immer noch 80 % und damit für das Jahr 2014 zahlenmäßig knapp 0,7 Mio. Euro beträgt (Rechnungshof des Saarlands, 2015, S. 17ff).

Der Rechnungshof weist zudem darauf hin, dass es in anderen Bundesländern - anders als im Saarland – in der Regel nach der Erstberatung einer (zusätzlichen) ärztlichen Begutachtung bedarf, um das Eingangsverfahren zur Komplexleistung auszulösen. Notwendig für das der Eingangsdiagnostik vorgeschaltete Leistungselement *Erstberatung* sei es, konkrete, qualitative Standards festzulegen. Ferner sei die Erstberatung als alleinige Zugangsvoraussetzung zu einer interdisziplinären Diagnostik zu überdenken. Darüber hinaus seien die Daten über erfolgte Erstberatungen im Übrigen regelmäßig auszuwerten (ebd., S. 15f).

Fachausschuss

Die Zusammensetzung und Aufgaben des Fachausschusses – als Gremium in dieser Form nur im Saarland existent – werden in § 11 LREmpf FrühV sowie in der Geschäftsordnung der jeweiligen IFF geregelt. Der Rechnungshof bemängelt, dass eine rechtliche Qualifizierung des Fachausschusses weder in der LREmpf enthalten ist noch in der Geschäftsordnung des jeweiligen Fachausschusses erfolgt (ebd. S. 22).

Bei Subsumierung der Fachausschusstätigkeit unter dem Gesamtplan wird die praktische Ausgestaltung der Fachausschussarbeit vom Rechnungshof kritisch gesehen. Der Gesamtplan habe grundsätzlich in der Verantwortung des Sozialhilfeträgers zu liegen, dieser lade die Beteiligten zu dem Gesamtplanesgespräch ein. Der Fachausschuss werde jedoch unter dem Vorsitz der IFF und damit eines Leistungserbringers geführt und entspreche daher nicht den Anforderungen an die Gesamtplanung (ebd. S. 23).

Darüber hinaus hat der Rechnungshof Bedenken, dass die Neutralität der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes, die bzw. der durch Kooperation in die IFF eingebunden ist, im Rahmen der Fachausschusssitzung nicht ausreichend gewährleistet ist. Die regelmäßige Einbindung erfahrener Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte flächendeckend als Alternative geprüft werden (§ Abs. 4 FrühV). Die Arbeit des Fachausschusses in seiner jetzigen Ausgestaltung und Umsetzung sei im Ergebnis verbesserungswürdig. Die genannten Kritikpunkte sollten als Anregungen dazu dienen, den Fachausschuss als Instrument der Zugangssteuerung zu überdenken bzw. zu optimieren (ebd. S. 24f).

Elternarbeit

In Bezug auf die Elternarbeit betont der Rechnungshof, welch hohen Stellenwert diese einnimmt: „Die Leistungen der Frühförderung beziehen sich auf das Kind und auf die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Eltern nehmen im Förderprozess ihres Kindes eine zentrale Rolle ein“ (ebd. S. 26). Die Eltern nähmen aber zu selten an den Sitzungen des Fachausschusses teil, die Elternarbeit werde unzureichend dokumentiert und werde zudem als indirekte Leistung behandelt. Deswegen erachtet er es für notwendig, die vom Gesetzgeber geforderte Beratung und Beteiligung der Eltern in der Frühförderung zu intensivieren. Er regt ferner an, die Elternarbeit zukünftig als direkte Leistung zu vereinbaren (ebd. S. 27).

2.3 Fragestellungen der Evaluation

Die Ausgangslage zeigt, dass die Reglementierung des Zugangs zu den Frühförderleistungen im Saarland derzeit sehr großzügig gestaltet ist und damit zu einem erheblichen finanziellen Aufwand für das Land führt. Die Evaluation knüpft an diese Feststellung an und liefert zunächst einen Überblick über die derzeitige Umsetzung der Frühförderleistungen im Saarland. Hierbei steht insbesondere die Frage im Fokus, wie der Zugang zu den Leistungen effizienter geregelt werden kann, ohne dass dies sich negativ auf die Qualität der Arbeit in der Frühförderung auswirkt. In diesem Kontext wird auch der Frage

nachgegangen, welche alternativen Möglichkeiten es im Hinblick auf den Fachausschuss als Instrument der Zugangssteuerung gibt.

Darüber hinaus untersucht die Evaluation, ob bei allen Kindern, die Frühförderleistungen erhalten, diese Leistungen auch wirklich erforderlich sind, um den individuellen Förderbedarf der Kinder zu decken, oder ob hierzu gegebenenfalls andere Leistungen angebracht wären. Ergänzend dazu werden Ansatzpunkte für mögliche Potentiale der Weiterentwicklung in der Ausgestaltung von Förderprozessen sowie der Elternarbeit aufgezeigt.

Die Evaluation umfasst eine Analyse der örtlichen Strukturen, des Verfahrens und des Leistungsgeschehens, der Ergebnisse sowie der Kostenstrukturen von Frühförderung. In diesem Zusammenhang wird auch ein Vergleich zwischen der Ausgestaltung des Leistungszugangs im Saarland und der Zugangssteuerung in anderen Bundesländern gezogen. Auf der Grundlage der Analyseergebnisse werden Empfehlungen dazu entwickelt, wie die Potentiale der Leistungserbringung der Frühförderung weiterentwickelt und die Kooperation zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren optimiert werden kann. Hierbei fokussiert die Studie vor allem die Perspektiven der Frühfördereinrichtungen und des Sozialhilfeträgers.

Perspektive der Frühfördereinrichtungen

In einrichtungsbezogener Perspektive wurden die Zugangswege sowie die Leistungsausgestaltung eruiert. Daneben war von Interesse, wie die Elternarbeit und die Zusammenarbeit mit anderen Diensten gestaltet und die Umsetzung der LREmpf bewertet wird. Diesbezüglich wurde v. a. folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie sind die Einrichtungen personell ausgestattet? Welche gesetzlichen Anforderungen müssen sie nach der LREmpf erfüllen, und wie wird dies aus ihrer Perspektive bewertet?
- Wie wird insbesondere mit der Eingangsdiagnostik und mit Beratungsleistungen verfahren?
- Wie viele Erstberatungen lösen keinen weitergehenden Prozess aus? Wie häufig kommen Weiterleitungen an andere Fachdienste vor? Wie oft wird nach der Erstberatung eine Eingangsdiagnostik eingeleitet? (vgl. Rechnungshof des Saarlandes, 2015, S. 16)
- Was sind die Voraussetzungen dafür, dass nach der Erstberatung der Prozess der interdisziplinären Diagnostik eingeleitet wird? Wie ist der Zugang zu Leistungen der Frühförderung organisiert?
- Welche Kriterien liegen der Annahme zugrunde, dass ein Kind von Behinderung bedroht ist?
- Welche Gründe gibt es dafür, dass Frühförderleistungen nicht in Anspruch genommen werden?

- Welche Leistungen der Frühförderung werden angeboten? In welchem Umfang, durch welche Fachkräfte mit welcher Qualifikation werden die Leistungen erbracht?
- Wie viele Frühfördereinheiten werden mobil-aufsuchend, d. h. im Zuhause des Kindes oder in der Kindertagesstätte, oder ambulant, d. h. in der Frühförderstelle, erbracht?
- Zu welchen Anteilen werden diese Leistungen interdisziplinär (pädagogisch und medizinisch-therapeutisch) und zu welchen Anteilen rein heilpädagogisch erbracht?
- Mit welchen Einrichtungen und Diensten kooperieren die Frühförderstellen und wie werden die einzelnen Kooperationen jeweils bewertet?
- Welche weiteren Leistungsparameter wie Gesamtdauer einer Behandlungseinheit, davon „direkte Arbeit“ mit Kind/Eltern („Face-to-face“), geplante Behandlungseinheiten pro Woche etc. gelten?
- Welchen Anteil an den Frühförderleistungen macht die Elternarbeit aus? Wie wird die Elternarbeit bewertet? Welche möglichen Potentiale zur Weiterentwicklung werden gesehen?
- Welche möglichen Potentiale zur Weiterentwicklung der Leistungserbringung in der Frühförderung werden gesehen?

Perspektive des Leistungsträgers

In der Perspektive des Leistungsträgers sollten vor allem die Kosten der Leistungen, die Merkmale der Frühförderkinder sowie der Zugang zu den Leistungen untersucht werden.

- Wie hoch sind im Saarland die Kosten für unterschiedliche Leistungen der Frühförderung, und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?
- Wie viele Kinder nehmen diese Leistungen in Anspruch und welchen Behinderungsformen lassen sie sich zuordnen? Wie haben sich die Fallzahlen im Zeitverlauf entwickelt?
- Wie ist der Zugang zu den Leistungen organisiert? Wie gestaltet sich der Prozess der Leistungsgewährung?

3. Methodisches Vorgehen

Mit der Evaluation der Frühförderstrukturen im Saarland sollen insbesondere die derzeit bestehenden örtlichen Leistungsstrukturen erhoben und analysiert sowie Potentiale der Weiterentwicklung der Frühförderleistungen, der Zugangssteuerung sowie der Elternarbeit aufgezeigt werden. Auf dieser empirischen Grundlage können dann Überlegungen zu einer Reform der Frühförderung aufbauen.

Das Evaluationskonzept des ISG ist mehrstufig aufgebaut und folgt einem Methoden-Mix, um die Studie durchzuführen: Die Grundlagenanalyse dient zunächst dazu, die rechtlichen Rahmenbedingungen und politischen Handlungsstrategien in der Frühförderung sowie statistische Daten verschiedener Quellen zu analysieren und systematisieren. Mit dem durchgeführten Expertenworkshop werden daneben dem qualitativen Ansatz des Methoden-Mixes Rechnung getragen und Weiterentwicklungspotentiale mit den Teilnehmenden erörtert. Um die im Zuge des Workshops ermittelten qualitativen Informationen um quantitative Daten zu ergänzen, fanden Befragungen sowohl des überörtlichen Sozialhilfeträgers als auch der 14 IFF statt. Eine Analyse von zweifach-begutachteten Eingangsdagnostiken sowie Einzelfallakten gibt abschließend Aufschluss über die Förderbedürftigkeit der geförderten Kinder aus unterschiedlicher Perspektive. Dieses Kapitel spiegelt die methodische Beschreibung der einzelnen Arbeitsschritte im Detail wider, auf deren wissenschaftlicher Basis es dem MSGFF ermöglicht werden sollte, die vorgesehene Reform zu erarbeiten.

3.1 Grundlagenanalyse

Mittels einer Recherche auf Landesebene werden die rechtlichen Rahmenbedingungen (4.1) sowie die politischen Handlungsstrategien (4.2) in der Frühförderung analysiert. Hierbei wird auch ein Überblick über die Versorgungssituation mit Einrichtungen der Frühförderung im Saarland erstellt (4.3). Daneben wird die Umsetzung des Leistungszugangs im Saarland mit der Umsetzung in anderen Bundesländern verglichen (4.4).

Zur Analyse der Gesamtsituation der Frühförderung auf Landesebene werden in einem weiteren Schritt die Fallzahlen- und Ausgabenentwicklung in der Frühförderung anhand der Landesdaten der Sozialhilfestatistik zusammengestellt (5.1). Hierbei wurden auch die bereits vorliegenden Analysen z. B. im Rahmen des Jahresberichts des LAS ausgewertet (5.2). Die statistischen Angaben des Sozialhilfeträgers (5.3) und der Frühförderstellen in den Fragebögen (5.4) sowie eigens durchgeführte Auswertungen der LAG IFF (5.5) ergänzen diese Daten.

3.2 Workshop zur Leistungserbringung Frühförderung

Um die Perspektiven aller für die Leistungserbringung der Frühförderung im Saarland relevanten Akteurinnen und Akteure abbilden zu können und um das Vorgehen möglichst transparent zu gestalten, fand ein gemeinsamer Workshop mit Vertretungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers, der LIGA sowie der gesetzlichen Krankenkassen statt. Der

Workshop diente dazu, die Relevanz der Thematik und der bereichsübergreifenden Kooperationen zu verdeutlichen. Um darüber hinaus das Expertenwissen dieses Workshops zu nutzen und eine Prozessbeteiligung einzuleiten, ermöglichte eine moderierte Diskussion einen Dialog mit den geladenen Akteurinnen und Akteuren. Diese diskutierten hierbei gemeinsam, wie sie die hohe Ausgaben- und Fallzahlensteigerung bewerten, welche Potentiale der Weiterentwicklung der Erbringung von Frühförderleistungen im Saarland sie sehen und wie die Kooperationsbeziehungen zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren noch weiter gestärkt werden können. Der Workshop fand am 22.03.2019 in den Räumlichkeiten des MSGFF statt. Die Diskussionsergebnisse des Workshops werden in Kapitel 6 zusammengefasst.

3.3 Befragungen des Sozialhilfeträgers und der Frühförderstellen

Eine Primärerhebung beim überörtlichen Sozialhilfeträger ergänzt die statistischen Daten der Sozialhilfe, des Jahresberichtes des LAS sowie der LAG IFF. Dabei stand die Abfrage von Daten zum Bedarf an Frühförderleistungen, zum Alter der Kinder zu Beginn und der Dauer von Maßnahmen im Mittelpunkt der Analyse.

Eine schriftliche Abfrage bei allen 14 IFF erfasste in Erweiterung dazu grundlegende Daten zur Organisation, zur Leistungserbringung, zur Umsetzung der Landesrahmempfehlung, zur Elternarbeit sowie zu Kooperationsbeziehungen. So kann auf kommunaler Ebene geklärt werden, wie die Frühförderung organisiert ist, welche Angebote der Frühförderung und welche Kooperationsbeziehungen bestehen.

Die beiden Befragungen wurden in Form von Online-Befragungen umgesetzt. Fragen mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten machten einen Großteil der Befragung aus, wodurch eine Vergleichbarkeit der Antworten sichergestellt wurde. In einigen Themenbereichen ergänzten offene die geschlossenen Antwortmöglichkeiten, um eine Vollständigkeit der erhobenen Sachverhalte gewährleisten zu können. Dies machte auch qualitative Auswertungen erforderlich.

Befragung des Sozialhilfeträgers

Der Fragebogen, der sich an den überörtlichen Sozialhilfeträger richtete, enthielt insgesamt elf Fragen, die sich auf die folgenden drei Frageblöcke erstrecken:

- (1) Merkmale der Frühförderkinder
- (2) Zugang zu den Leistungen
- (3) Finanzdaten und Fallzahlen

Die meisten der Fragen erfassten konkrete Zahlen: So sollten bezüglich der Merkmale der Frühförderkinder Daten zu Leistungsformen, Altersjahren und Behinderungsformen der Kinder angegeben werden. Der Fragenblock zum Zugang zu den Leistungen zielte z. B. auf die Höhe der durchschnittlich bewilligten Fördereinheiten und die Dauer bis zur Bewilligung ab. Abschließend wurde der Sozialhilfeträger darum gebeten,

Informationen zum finanziellen Aufwand für die erbrachten Leistungen sowie zur Anzahl der geförderten Kinder zu übermitteln. Die Ergebnisse dieser Befragung können Kapitel 7 entnommen werden.

Befragung der Frühförderstellen

Der Fragebogen, der sich an die Frühfördereinrichtungen richtete, enthielt insgesamt 27 Fragen, die sich auf die folgenden fünf Fragenblöcke aufteilen:

- (1) Landesrahmenempfehlung
- (2) Leistungserbringung
- (3) Zugang zu den Leistungen
- (4) Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten
- (5) Elternarbeit

In Abgrenzung von der Befragung, die sich an den Träger richtete und eher auf Informationen zu übergreifenden Daten abzielte, fokussierte die Befragung der Einrichtungen auf Details zur Ausgestaltung der Frühförderleistungen und zu den Merkmalen der geförderten Kinder sowie des eingesetzten Personals. Die meisten Fragen folgten einem standardisierten Antwortformat, d. h. sie waren durch Ankreuzen bzw. Anklicken der zutreffenden Antwortoptionen zu bearbeiten. Für den Fall, dass eine weitere Antwortoption zutreffend war, die im Fragebogen nicht aufgeführt wurde, bestand für die Befragten die Möglichkeit, diese anhand eines Textfeldes zu ergänzen. Offene Fragen bezogen sich u. a. auf die Möglichkeiten zur Stärkung der Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen und Diensten, Weiterentwicklungspotentiale in der Elternarbeit und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich derzeit bestehender Strukturen.

Die beiden Fragebögen wurden am 01. April 2019 an den überörtlichen Sozialhilfeträger und die 14 Einrichtungen versandt. Die Feldphase erstreckte sich auf etwa einen Monat, sodass die Befragungen zu Beginn des Monats Mai abgeschlossen waren. 13 der 14 Frühförderstellen übermittelten entsprechende Antworten an das ISG, womit die Rücklaufquote 93 % beträgt. Allerdings wurden einige der 27 Fragen von allen 13 Frühförderstellen vollkommen identisch oder gar nicht beantwortet, sodass die entsprechenden Fragen keine Varianz in den gegebenen Antworten aufweisen und dementsprechend weder differenzierte Anteile ausweisen lassen, noch eine tabellarische Darstellung anbieten. Dies trifft vor allem auf diejenigen Fragen zu, in denen die Frühförderstellen ihre eigene Arbeit bewerten, ihre Auffassung von Förderbedürftigkeit explizieren oder Merkmale zu Kindern angeben sollten, die Hinweise darauf geben könnten, ob bei den Kindern gegebenenfalls andere Leistungen als Frühförderleistungen passender wären. Kapitel 8 bildet die Befragungsergebnisse ab.

3.4 Stichprobenartige Doppelbegutachtung von Eingangsdiagnostiken und Einzelfallakten

Die Doppelbegutachtung von Eingangsdiagnostiken und Einzelfallakten stellte den vierten Evaluationsbaustein dar. Er sollte Aufschluss darüber geben, ob diejenigen Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, auch aus der Perspektive eines zweiten Gutachters dieser Leistungen bedürfen, oder ob gegebenenfalls andere Leistungen passender zur Deckung des Förderbedarfs des Kindes wären.

Konkret war in diesem Kontext beabsichtigt, Einzelfälle von mindestens 5 % aller ab dem 01.01.2019 neu beantragten Frühförderungsleistungen ebenfalls seitens des LAS zu begutachten bzw. zu diagnostizieren. Dadurch sollte geprüft werden, ob es bei diesen Neufällen zu unterschiedlichen Einschätzungen eines bestehenden Förderbedarfs kommt.

Grundlage für die Prüfung bildete eine Zuordnungsmatrix, die das ISG in Abstimmung mit der Auftraggeberin entwickelte. Diese Matrix umfasst die relevanten Kriterien, nach denen einem förderbedürftigen Kind Leistungen der Frühförderung empfohlen oder sonstige Leistungen angeraten werden. Nachdem die Leistungszuordnung ermittelt wurde, fand ein Abgleich statt, welche Kinder Leistungen der Frühförderung erhielten und welche Kinder auch nach Einschätzung des Zweitgutachtens dieser Leistungen bedurften. Ziel dieses Vorgehens war es, Aufschluss darüber zu erhalten, ob die Zuordnung der förderbedürftigen Kinder zu den Leistungen der Sozialhilfe im Konsens erfolgt ist bzw. an welcher Stelle eine abweichende Zuordnung (z. B. zur Jugendhilfe oder zu keiner Leistung) angebracht erschienen wäre.

Die Basis der Zuordnungsmatrix bildeten die Themenbereiche *Allgemeine Informationen zum Kind*, *Familiäre Risikofaktoren* und *Erfassung und Beurteilung der Entwicklungsbereiche*. Konkret waren innerhalb der Themenbereiche folgende untergeordnete Kriterien relevant:

1. Allgemeine Informationen
 - Alter des Kindes (*0-2 Jahre / 3-4 Jahre / 5-7 Jahre*)
 - Geschlecht (*männlich / weiblich*)
 - Behinderung (*körperlich / geistig / seelisch / drohend / ICD-Diagnose*)
 - Frühgeburt (*ja / nein*)
 - Leistung und Umfang der Behandlungseinheiten (*Heilpädagogik / Ergotherapie / Physiotherapie / Logopädie*)
2. Familiäre Risikofaktoren (*jeweils: ja / nein*)
 - Mutter/Vater jünger als 20 Jahre
 - Alleinerziehend
 - Pflegefamilie/-verhältnis

- Betreuung durch das Jugendamt
 - Substanzmissbrauch der Eltern
 - Psychische, körperliche oder seelische Erkrankung der Eltern
 - Migrationshintergrund
 - Fluchthintergrund
 - Sprachbarriere der Eltern
 - Förderarmes Umfeld
 - Materielle Armut
 - KiTa-/Kindergartenbesuch
3. Erfassung und Beurteilung der Entwicklungsbereiche (*jeweils: altersentsprechend/leicht verzögert / verzögert / gravierend verzögert*)
- Grobmotorik und Koordination
 - Fein- und Visuomotorik
 - Graphomotorik
 - Kognition und Wahrnehmung
 - Konzentration und Wahrnehmung
 - Sozio-emotionale Entwicklung
 - Sprache: Expression
 - Sprache: Rezeption
 - Sprache: Artikulation
 - Sprache: Deutschkenntnisse

Für jedes doppelbegutachtete Kind (im Folgenden als *Fall* bezeichnet) wurde in die Matrix eingetragen, ob die soeben beschriebenen Kriterien jeweils vorhanden bzw. wie stark ausgeprägt sie sind. Hierbei wurden für jeden Fall die Einschätzungen der IFF einerseits und des medizinisch-pädagogischen Dienstes andererseits eingetragen. Zur Veranschaulichung dient Abbildung 1, die einen Auszug aus der Zuordnungsmatrix darstellt.

Abbildung 1: Auszug aus der Zuordnungsmatrix

		Alter des Kindes			Geschlecht		Behinderung				
		0-2 Jahre	3-4 Jahre	5-7 Jahre	männlich	weiblich	körperlich	geistig	seelisch	drohend	ICD-Diagnose
Fall 1	IFF			1	1					1	F80
	LAS			1	1						
Fall 2	IFF		1		1					1	Q04.0 F83 F80
	LAS		1		1					1	Q04.0 F83 F80
Fall 3	IFF	1			1						F83, F80, F92.8
	LAS	1			1					1	F83, F80, F92.8
Fall 4	IFF			1		1			1		F92.8 F93
	LAS			1		1				1	F92.8 F93
Fall 5	IFF		1			1					
	LAS		1			1				1	F83, F80, F92.8

Quelle: LAS in Zusammenarbeit mit ISG

Obwohl ursprünglich eine Doppelbegutachtung von mind. 5 % der ab dem 01.01.2019 neu beantragten Frühförderleistungen und damit von etwa 20 Eingangsdagnostiken vorgesehen war, konnten bis zum 11.06.2019 lediglich 6 Diagnostiken mit der zusätzlichen Anwesenheit des medizinisch-pädagogischen Dienst der Eingliederungshilfe realisiert werden.

Die Gründe dafür waren vielfältig: Obwohl die LAG IFF die Frühförderstellen dazu aufgefordert hatte, sich bei der Doppelbegutachtung kooperativ zu zeigen, verweigerten einige Mitarbeitende der Frühförderstellen die Teilnahme des medizinisch-pädagogischen Dienstes an der Diagnostik. Zudem zeigten sich viele Eltern mit der zusätzlichen Anwesenheit einer dritten Person nicht einverstanden, dies traf v. a. auf die Diagnostik im häuslichen Umfeld zu. Ebenfalls wurden einige vereinbarte Termine wegen Krankheit des Kindes noch einmal abgesagt. Daneben waren sehr kurzfristige Termine wegen der Termindichte an Fachausschüssen, an der der medizinisch-pädagogische Dienst der Eingliederungshilfe ebenfalls teilnimmt, nur bedingt zu realisieren. Die Terminierung und das Zustandekommen einer Anzahl von 5 % an Doppelbegutachtungen bei Erstdiagnostiken gestaltete sich somit schwieriger als angenommen. Dies lag auch an dem eingeschränkten Zeitrahmen, der der Evaluation und den Begutachtungen zugrunde lag.

Aufgrund der geringen Fallzahl an umgesetzten Doppelbegutachtungen wären die Aussagekraft und die Repräsentativität der Ergebnisse deutlich eingeschränkt gewesen. Aus diesem Grund wurden weitere Einzelfälle aufgrund der Aktenlage analysiert. Bis zum 18.06.2019 konnten in Ergänzung zu den 6 diagnostischen Doppelbegutachtungen 24 Einzelfallakten analysiert werden. Kapitel 9 bildet zusammengefasst die Ergebnisse der Doppelbegutachtungen sowie der Einzelfallaktenanalyse ab.

4. Grundlagenanalyse

Die Grundlagenanalyse beginnt zunächst mit einer Darstellung der Rechercheergebnisse zu den rechtlichen Rahmenbedingungen (4.1) und den politischen Handlungsstrategien auf Landesebene (4.2). Daran schließt sich ein Überblick über die Versorgungssituation bezüglich der Frühfördereinrichtungen im Saarland an (4.3). Die Umsetzung des Zugangs zu Leistungen der Frühförderungen im Saarland wird abschließend mit der Umsetzung in anderen Bundesländern verglichen (4.4).

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Frühförderung in Deutschland, wie sie derzeit Anwendung findet, weist eine recht umfangreiche Entwicklungsgeschichte auf. Im Jahr 2001 trat mit der Einführung des Neunten Sozialgesetzbuchs „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ erstmals eine gesetzliche Regelung der „Komplexleistung Frühförderung“ in Kraft (§ 30 und § 56 SGB IX). Diese Regelung beschränkt sich allerdings auf die reine Beschreibung der Erbringung von Komplexleistung als interdisziplinäres Angebot in Form einer Kombination von medizinisch-therapeutischen, psychologischen und heilpädagogischen Leistungen aus einer Hand und liefert keine Empfehlungen zu deren konkreter Umsetzung. Die im Jahre 2003 auf Bundesebene erschienene Frühförderverordnung (FrühV) formuliert die Leistungen daraufhin aus. Auch enthält die FrühV konkrete Vorschläge, wie die Beratungsleistungen der Erziehungsberechtigten umgesetzt werden können (§ 5 FrühV). Nähere Anforderungen an die Leistungsanbieter von Frühförderung finden sich dort allerdings nicht, sondern werden den einzelnen Bundesländern zur Ausformulierung in Form von Landesrahmenempfehlungen überlassen.

Im Saarland wurde eine entsprechende Landesrahmenempfehlung zum 01. April 2006 verabschiedet, nachdem im Jahr 2004 die Leistungsträgerschaft in der Frühförderung von der örtlichen Ebene der einzelnen Kommunen auf die Ebene des überörtlichen Sozialhilfeträgers wechselte. Die Landesrahmenempfehlung, die zwischen dem überörtlichen Sozialhilfeträger, den gesetzlichen Krankenkassenverbänden des Saarlandes und der LIGA geschlossen wurde, definiert sowohl eine niedrige und offene Zugangsstruktur als auch konkrete Vorschläge zur Umsetzung der Erbringung von Frühförderleistungen. In erster Linie wird die Erbringung von Komplexleistungen als interdisziplinäres Angebot „aus einer Hand“ gefordert, aber auch Empfehlungen für Sozialpädiatrische Zentren und spezielle Einrichtungen werden aufgeführt. Zudem werden die konkrete Umsetzung des Zugangs zu den Leistungen und die Leistungsträgerschaft der gesetzlichen Krankenkassen thematisiert. Die in der Landesrahmenempfehlung konkretisierten Forderungen sind mit einer flächendeckenden Umsetzung der Komplexleistung in allen 14 Frühförderstellen im Saarland einhergegangen, weswegen diese derzeit alle als Interdisziplinäre Frühförderstellen anerkannt werden.

Eine weitere rechtliche Grundlage für die Erbringung von Frühförderleistungen im Saarland bildet der aktuell gültige Landesrahmenvertrag (§ 79 Abs. 1 SGB XII), der im Jahr

2015 in Kraft getreten ist. Hierin sind Vereinbarungen zwischen dem überörtlichen Sozialhilfeträger und den Leistungserbringern enthalten, wobei sich die Leistungsbeschreibungen zum Frühförderangebot in erster Linie auf die Landesrahmenempfehlung des Saarlandes beziehen. Im Gegensatz zur Landesrahmenempfehlung beschränken sich die Vertragspartnerinnen und -partner des Landesrahmenvertrags allerdings lediglich auf das MSGFF, den Landkreistag Saarland sowie die LIGA. Eine weitere Neuerung in der Umsetzung der saarländischen Frühförderung geht mit der Reformierung der Eingliederungshilfe in Folge der Einführung des Bundesteilhabegesetzes einher: Zum 01. Januar 2020 werden die Leistungen der Eingliederungshilfe von der Sozialhilfe (SGB XII) in das Teilhaberecht des SGB IX überführt, wodurch unter anderem dem Angebot einer noch stärker personenzentrierten Förderung Rechnung getragen werden soll. Die Orientierung am persönlichen Bedarf von Behinderung bedrohter oder betroffener Menschen soll dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben dienen. Für das Saarland ergeben sich im Zuge dieser gesetzlichen Änderungen unter anderem folgende wesentliche Neuerungen: Zum einen wird derzeit eine Landesrahmenvereinbarung auf der Grundlage der bestehenden Landesrahmenempfehlung erarbeitet. Diese Vereinbarung legt z. B. die personelle und sachlich-räumliche Mindestausstattung der Frühförderstellen, die Dokumentation und Qualitätssicherung der Leistungserbringung, deren Ort sowie die Abrechnung der Entgelte für Komplexleistungen fest. Zum anderen wird durch neue Regelungen bezüglich der Pauschalvergütung bei der Komplexleistung der Kostenanteil des Trägers der Eingliederungshilfe nur noch maximal 65 % betragen, wodurch sich der Kostenanteil der gesetzlichen Krankenkassen entsprechend von derzeit 20 % auf mindestens 35 % erhöhen wird. Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach § 46 Absatz 4 SGB IX bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung (entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 der LREmpf) treffen.

4.2 Politische Handlungsstrategien

Das politische Engagement des Saarlands für Menschen und Kinder mit Behinderung zeigt sich unter anderem in der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch das am 20. September 2012 gegründete Bündnis für Inklusion, einer Zusammenschließung des Landesbehindertenverbands und diverser saarländischer Vereine, sowie durch die Erstellung eines Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK. Unter dem Motto „Saarland inklusiv – Unser Land für alle“ strebt das Saarland nach gleichberechtigter Teilhabe in allen Lebensbereichen – darunter auch im Bereich der Bildung und Förderung in der frühen Kindheit.

Bezugnehmend auf Artikel 7 „Kinder mit Behinderungen“ entwickelte die saarländische Behindertenpolitik einige Handlungsstrategien, darunter das Hilfesystem „Frühe Hilfen“ mit Schwerpunkt auf dem Umfeld und den Eltern des Kindes. Die Hauptziele dieses Hilfenetzwerks, das seit 2008 landesweit umgesetzt wird, stellen eine Reduzierung des

Risikos für Kindeswohlgefährdung und eine Entlastung der Eltern dar. Weitere Maßnahmen des Aktionsplans innerhalb der UN-BRK sind in dem Gesetz vom Februar 2007 zur Früherkennung von Vernachlässigung und Misshandlung sowie in der Sprachbeurteilung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Modellprojekts „Sprachscreening für Dreijährige“ vom März 2012 zu finden. Zudem finden laut Aktionsplan regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung statt, die im Sinne einer präventiven Maßnahme von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Einen weiteren Baustein in der Inklusion behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder stellt die Reduzierung der Anzahl von Kindern in Sondereinrichtungen durch deren Einbindung dieser in Regeleinrichtungen dar. Die Einzelintegration von Kindern mit Behinderung in Regel-Kindertageseinrichtungen stieg von 2000 bis 2011 um 54 %.⁴

Diese Entwicklung konnte insbesondere durch die Arbeitsstelle für Integrationspädagogik/Integrationshilfen (Afl) vorangetrieben werden. Zur Integration behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Regelkindertageseinrichtungen sichert diese Fachstelle eine wohnortnahe Betreuung der Kinder. Der Bedarf an dieser Leistung wird vom LAS in Abstimmung mit einer Kind-Umfeld-Analyse sowie einem ärztlichen Gutachten ermittelt.

Zur weiteren politischen Umsetzung der Frühförderverordnung wurde im Jahr 2012 mit dem Ziel, Hilfen für Kinder aus einer Hand gewährleisten zu können, das Modellprojekt „Frühförderung Plus“ gestartet. Gemeinsam mit der Lebenshilfe Saarpfalz und dem Caritasverband Förderzentrum Paul-Josef-Nardini entwickelte das MSGFF hierzu ein Konzept, bei dem heilpädagogische Leistungen der Frühförderung zusammen mit integrationspädagogischen Angeboten der Afl erbracht werden können. Zum 31. Dezember 2013 wurde das Modellprojekt beendet und diese Leistung als neuer Leistungstyp eingeführt.

Weiterführende politische Handlungsstrategien der Frühförderung im Saarland können sich unter anderem durch die geplante Reformierung der Frühförderstrukturen geben, für die die vorliegende Evaluation gegebenenfalls als empirische Grundlage dienen kann. Mit dieser Reform geht auch die Einführung einer neuen Landesrahmenvereinbarung einher, die die bisherige Landesrahmenempfehlung als bedeutsame Größe zur Umsetzung der Frühförderung ablösen soll.

4.3 Versorgungssituation vor Ort

IFF sind mit Fachkräften aus dem pädagogischen, medizinisch-therapeutischen, psychologischen sowie dem ärztlichen Bereich ausgestattet oder kooperieren mit entsprechenden Fachkräften. Sie arbeiten wohnortnah, wobei die Kinder entweder in die

⁴ Vgl. Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, vorgelegt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, aufgerufen am 02.04.19 unter: https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Aktionsplan_Web.pdf.

Frühförderstelle zu den Leistungseinheiten kommen (ambulante Arbeitsweise) oder die Leistungen vor Ort in der Kindertagesstätte bzw. zu Hause erhalten (mobil aufsuchend). Neben den IFF sind im Saarland drei auf Kinder mit Sinnesbehinderungen spezialisierte Frühförderstellen eingerichtet. Das Angebot der IFF umfasst folgende Leistungen:

- Ein offenes Beratungsangebot für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko des Kindes vermuten.
- Innerhalb dieser Beratung wird geklärt, ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik eingeleitet werden soll. Ansonsten wird eine entsprechende Empfehlung der jeweils zuständigen Stelle zugeleitet.
- Zeichnet sich die Notwendigkeit einer Komplexleistung (zuständigkeitsübergreifend, ganzheitlich, pädagogisch-medizinisch-therapeutische Maßnahmen umfassend) oder einer heilpädagogischen Maßnahme ab, wird eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik eingeleitet. Diese interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird unter ärztlicher Verantwortung durchgeführt.
- Ist nach dieser interdisziplinären Eingangsdiagnostik eine Komplexleistung oder eine heilpädagogische Maßnahme angezeigt, werden die Ergebnisse in Abstimmung mit den Bezugspersonen des Kindes dem Fachausschuss vorgelegt.
- Dieser Fachausschuss steht unter ärztlicher Verantwortung. In ihm sind alle Disziplinen der Frühförderstelle und der überörtliche Träger der Sozialhilfe vertreten. Der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Jugendhilfe haben die Möglichkeit, an den Sitzungen des Fachausschusses teilzunehmen.
- Der Fachausschuss erstellt einen Förder- und Behandlungsplan, der auch Angaben darüber enthält, durch welche Einrichtungen (interdisziplinäre Frühförderstelle oder sozialpädiatrisches Zentrum) die Maßnahme durchgeführt werden soll.
- Der Förder- und Behandlungsplan wird an den zuständigen Leistungsträger zur Entscheidung über die Leistung weitergeleitet.
- Während der Durchführung der Frühförderleistung durch die interdisziplinäre Frühförderstelle ist der Förder- und Behandlungsplan mindestens einmal jährlich zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
- Die Frühförderstellen bieten außerdem umfassende Beratung für Eltern an, die ein Kind mit Behinderung erwarten oder bekommen haben.

Frühförderstellen im Saarland (Stand 08.05.2019) ⁵		
Allgemeine Frühförderstellen	Träger und Ansprechpartner	Gemeindeverband
Interdisziplinäre Frühförderstelle Haus der Parität Försterstr. 39 66111 Saarbrücken 0681/3885-246	Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbh Larissa Reiter Tel.: 0681/3885105 E-Mail: larissa.reiter@gps-srp.de	Regionalverband Saarbrücken
Frühförderzentrum gGmbH Stettiner Str. 1 66121 Saarbrücken 0681/98055-120	Lebenshilfe Saarbrücken Beate Hassel und Eva Jung Tel.: 0681/980551 20 oder 122 E-Mail: b.hassel@lebenshilfe-saarbruecken.de, e.jung@lebenshilfe-saarbruecken.de	Regionalverband Saarbrücken
Interdisziplinäre Frühförderstelle Burbach Im Füllengarten 99 66115 Saarbrücken	Diakonisches Werk an der Saar gGmbH Eva Fellingner Tel.: 0681/75594071 E-Mail: eva-fellinger@dwsaar.de	Regionalverband Saarbrücken
Kinderlachen Frühe Hilfen für Ihr Kind Saargemündter Straße 172 66129 Saarbrücken Tel.: 06805/6708695	Kinderlachen Frühe Hilfen für Ihr Kind Antje Denzer Tel.: 06805/69927270 E-Mail: info@kinderlachen.online	Regionalverband Saarbrücken
Frühförder- und Beratungszentrum der Lebenshilfe Sulzbach-/Fischbachtal Winterbachsroth 7 66125 Saarbrücken	Lebenshilfe gemeinnützige Betreuungs-GmbH Angelika Schallenberg Tel.: 06897/7789412 E-Mail: angelika.schallenberg@lebenshilfe-sft.de	Regionalverband Saarbrücken
Frühförderung/Lebenshilfe e.V. Völklingen Waldstr. 18 66333 Völklingen	Lebenshilfe Völklingen gGmbH Ralph Schneider Tel.: 06898/91473170 E-Mail: r.schneider@lebenshilfe-voelklingen.de	Regionalverband Saarbrücken
Frühberatungs- und Frühförderstelle der Lebenshilfe Saarlouis Erich-Pohl-Haus Bahnhofstr. 188 66793 Saarwellingen	Lebenshilfe Kreis Saarlouis gGmbH Katrin Falk Tel.: 06838/8659923 E-Mail: katrin.falk@lebenshilfe-saarlouis.de	Landkreis Saarlouis
Interdisziplinäre Frühförderstelle Gutenbergstr. 1 66740 Saarlouis	AWO Landesverband Saarland e.V. Verbund für Integration und Bildung Pia Diwersy Tel.: 06831/4877516 E-Mail: pia.diwersy@lvsaarland.awo.org	Landkreis Saarlouis
Frühförderstelle im Landkreis Merzig-Wandern Trierer Str. 57 66663 Merzig	Lebenshilfe St. Wendel gGmbH Peter Meier und Marion Fuhrmann-Schäfer Tel.: 06861/93967943 E-Mail: fruehfoerderung@lebenshilfe-mzg.de, p.meier@lebenshilfe-mzg.de	Landkreis Merzig-Wandern
Kinder- und Jugendhilfe St. Maria Trierer Str. 19 66709 Weiskirchen	Kinder- und Jugendhilfe St. Maria Weiskirchen Christine Kappes Tel.: 06876 / 910 757 E-Mail: c.kappes@st-maria-weisk.de	Landkreis Merzig-Wandern
Kinderhilfe im Kreis Neunkirchen Goethestr. 1 66557 Illingen	Lebenshilfewerk im Kreis Neunkirchen gGmbH Karin Zander Tel.: 06825 / 931 40 E-Mail: k.zander@lebenshilfe-nk.de	Landkreis Neunkirchen

5 Quelle: https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Adressen_IFF_Stand24072015.pdf (zuletzt abgerufen am 27.03.2019), Ergänzung und Aktualisierung der Übersicht durch LAS und ISG.

Frühförderstellen im Saarland (Stand 08.05.2019) ⁵		
Allgemeine Frühförderstellen	Träger und Ansprechpartner	Gemeindeverband
Interdisziplinäre Frühförderstelle Lebenshilfe St. Wendel Werkstr. 10 66606 Wendel	Lebenshilfe St. Wendel gGmbH Andrea Tesch und Marion Schwenk Tel.: 06851/9301313 und 9301339 E-Mail: sekretariat@lebenshilfe-wnd.de	Landkreis St. Wendel
Kinderhilfe Saarpfalz Gesundheitspark 2a 66386 St. Ingbert	Lebenshilfe Saarpfalz gGmbH Petra Philippi und Manfred Engstler Tel.: 06894/921715 und 921739 E-Mail: petra.philippi@lebenshilfe-saarpfalz.de manfred.engstler@lebenshilfe-saarpfalz.de, geschaeftsfuehrung@lebenshilfe-saarpfalz.de	Saarpfalz-Kreis
Interdisziplinäre Frühförderstelle Am Schindwasen 6 66386 St. Ingbert	Förderzentrum Paul Josef Nardini; Caritasverband für die Diözese Speyer e. V. Winfried Hoffmann Tel.: 06332/5680-1210 E-Mail: winfried.hoffmann@cbs-speyer.de	Saarpfalz-Kreis
Spezielle Frühförderstellen	Träger	Gemeindeverband
Frühförderstelle für Gehörlose und Schwerhörige	Staatl. Schule für Gehörlose und Schwerhörige	Landkreis Saarlouis
Frühförderstelle für sehgeschädigte Kinder	Staatl. Schule für Blinde und Seebehinderte	Landkreis Saarlouis
Sozialpädiatrisches Zentrum	Träger	Gemeindeverband
Sozialpädiatrisches Zentrum an der Marienhausklinik St. Josef Kohlhof	Marienhaus GmbH Waldbreitbach	Landkreis Neunkirchen

Im Saarland gibt es ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) in Neunkirchen, das über besonders spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Therapeutinnen und Therapeuten verfügt. Der Zugang zum Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgt durch eine Überweisung durch eine niedergelassene Kinder- und Jugendärztin bzw. einen -arzt. Voraussetzung hierfür ist, dass die angenommene Krankheit wegen Art, Schwere oder Dauer der (drohenden) Behinderung nicht von anderen Ärztinnen bzw. Ärzten oder Interdisziplinären Frühförderstellen behandelt werden kann. Auch hier wird eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik durchgeführt und ein Förder- und Behandlungsplan erarbeitet.

Auch wenn eine Behinderung des autistischen Formenkreises vermutet wird, überweist die Kinder- und Jugendärztin bzw. der -arzt an das Sozialpädiatrische Zentrum. Ist ein solcher Fall bei einer Interdisziplinären Frühförderstelle anhängig, gibt sie bzw. er den Vorgang an das Sozialpädiatrische Zentrum ab. Damit wird eine fachspezifische Diagnose sichergestellt, die dann in entsprechende Behandlungsmaßnahmen bzw. einen Förder- und Behandlungsplan einfließt, der eine Angabe darüber enthält, durch welche Einrichtung die Komplexleistung durchgeführt werden soll.

Darüber hinaus sind im Saarland Arbeitsstellen für Integrationshilfe (Afi) eingerichtet, die die Aufgabe haben, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, die eine Regelkindertagesstätte besuchen, zu begleiten und die Fachkräfte und Familien in den Kitas zu beraten.

4.4 Leistungszugang im Vergleich zu anderen Bundesländern

Zum Vergleich der Umsetzung des Leistungszugangs im Saarland mit der in anderen Bundesländern kann u. a. die Untersuchung „Frühförderung – Ein Hilfesystem im Wandel“ (Sohns, 2010)⁶ herangezogen werden. Dieses analysiert die bestehenden Frühförderstrukturen in den einzelnen Bundesländern und zeigt auch auf, wie sich der Leistungszugang im Saarland im Unterschied zu anderen Bundesländern gestaltet. Daneben können die ISG-Studie zur „Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände“ (Huppertz/Engels, 2019) sowie die bundesweite ISG-Vergleichsstudie zur „Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung“ (Engel/Engels, 2012) als Referenz dienen, um den Leistungszugang im Saarland in einen Vergleich zu anderen Bundesländern einzuordnen.

Einführend merkt Sohnس bezüglich des Saarlandes an, dass dieses bei der Definition der Leistungsberechtigten für Frühförderung lediglich von „Entwicklungsrisiken“ spricht und nicht vom formalen Status einer (drohenden) Behinderung (Sohns, 2010, S. 167). Diesbezüglich sei fraglich, wie das möglichst frühe Erkennen der Entwicklungsrisiken, das als ausdrückliches Ziel der Frühförderung benannt werde, erreicht werden solle. Denn weder die Landesrahmenempfehlung noch der Rahmenvertrag beinhalteten ein Präventionskonzept zur besseren Früherkennung oder Vermeidung von Entwicklungsrisiken (ebd.).

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, liegt eine weitere landesspezifische Besonderheit in dem niedrighschwelligem Zugang zu den Leistungen der Frühförderung: Die IFF bieten ein offenes Beratungsangebot für Eltern an, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten. Hinsichtlich des niedrighschwelligem Zugang kritisiert der Rechnungshof, dass es in anderen Bundesländern – anders als im Saarland – in der Regel nach der Erstberatung einer (zusätzlichen) ärztlichen Begutachtung bedarf, um das Eingangsverfahren zur Komplexleistung auszulösen (vgl. Kapitel 2.2).

Sohns stellt infrage, inwiefern die in § 7 Abs. 2 FrühV geforderten Ansprüche wie „Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung sowie die Beachtung der Ressourcen von Kind und Familie“, verbunden mit dem Auftrag, die Kompetenzen zur Teilnahme am Leben in der Gesellschaft des Kindes wie der Gesamtfamilie „zu erkennen, zu fördern und zu stärken“ tatsächlich umzusetzen sind (ebd., S. 168). „Mit der besonderen Betonung eines ressourcenfördernden Auftrages an die Fachpersonen der Frühförderung heben sich die Ansprüche der Frühförderung im Saarland ausdrücklich von denen in den meisten anderen Bundesländern ab. Inwieweit es den Fachkräften jedoch gelingen soll, diesen Anspruch durch „Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen der an der Komplexleistung beteiligten Fachkräfte (zu) gewährleisten“, sei aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar“ (ebd.).

⁶ Sohnس, Armin. *Frühförderung: ein Hilfesystem im Wandel*. Kohlhammer Verlag, 2010.

Im Saarland stehen die diagnostischen Leistungen ebenso wie die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans „unter ärztlicher Verantwortung“. Sohns hinterfragt, ob die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, unter deren Verantwortung die Leistungen stehen, hierzu bzgl. Qualifikation und Arbeitsaufwand in der Lage sind. Daneben bleibe unklar, wer für die Familie als zentrale Bezugs- und Ansprechperson fungiere (ebd., S. 167). Der Rechnungshof hat in Ergänzung hierzu Bedenken geäußert, dass die Neutralität der Vertragsärztin oder des -arztes, die bzw. der durch Kooperation in die IFF eingebunden ist, im Rahmen der Fachausschusssitzung nicht ausreichend gewährleistet ist. Die regelmäßige Einbindung erfahrener Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte flächendeckend als Alternative geprüft werden (§ Abs. 4 FrühV) und der Fachausschuss, der in dieser Form lediglich im Saarland existiert, als Instrument der Zugangssteuerung überdacht werden (Prüfungsmittelung des Rechnungshofes, S. 24f).

Ein alternatives Angebot des Leistungszugangs wird in etwa der Hälfte der nordrhein-westfälischen Landkreise und kreisfreien Städte in Form von sog. Clearing- und Diagnostikstellen umgesetzt (vgl. Huppertz/Engels, 2019). Diese Stellen sind organisatorisch beim Kreis bzw. der kreisfreien Stadt angesiedelt und bilden eine fachlich qualifizierte Anlaufstelle für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten. Auch hier liegt ein offenes und niedrighschwelliges Beratungsangebot vor. In der Regel werden die Eltern durch die betreuende Kinderärztin bzw. den betreuenden Kinderarzt auf das Angebot aufmerksam gemacht. Ein Vorteil gegenüber dem Saarland, in dem das Beratungsangebot den Frühförderstellen obliegt, zeichnet sich darin aus, dass die Fach- und die Finanzverantwortung durch die Clearingstellen gebündelt werden, da sie beim Leistungsträger und nicht beim Leistungserbringer angesiedelt sind. Außerdem sind unabhängige Ärztinnen und Ärzte des medizinisch-pädagogischen Dienstes sowie in der Clearingstelle angestellte Pädagoginnen und Pädagogen für die Beratung bzw. Diagnostik zuständig. Der individuelle Förderbedarf wird in den meisten Clearingstellen in einem mehrstufigen Verfahren, zu dem auch die Eingangsdiagnostik gehört, geklärt. Nach der Durchführung der Diagnostik wird eine Stellungnahme verfasst, die den Eltern von den Mitarbeitenden der Clearingstellen erläutert wird und gleichzeitig im Falle einer Leistungsbewilligung die Grundlage für die entsprechende Frühförderstelle bildet. Die Entscheidung über die Leistungsbewilligung erfolgt – anders als im Saarland - jedoch lediglich durch den Sozialhilfe- und damit gleichzeitig durch den Kostenträger.

Zu den nordrhein-westfälischen Anlauf- und Diagnostikstellen bleibt festzuhalten, dass deren Angebot seitens der Frühförderstellen und Betroffenen weit akzeptiert ist. Ein Landkreis beschreibt die Einrichtung der Clearingstelle sogar als „Erfolgsgeschichte“: Durch das Angebot hätten viele Familien erreicht und in passgenaue Hilfen vermittelt werden können. Daneben seien die Fallzahlen für solitäre heilpädagogische Leistungen nach Einrichtung der Stelle deutlich gesunken und die für Komplexleistungen konstant

geblieben. „Die Entwicklungen der vergangenen Jahre belegen, dass sich die örtliche Aufgaben- und Finanzverantwortung für die Frühförderung bewährt hat“⁷.

Ob dieses Modell auch im Saarland umgesetzt werden kann, ist fraglich. Denn sowohl Gesundheits- als auch Jugendämter sind dort auf Kreisebene angesiedelt und würden somit selbst in Kostenträgerschaft gezogen werden, wenn dieses Modell umgesetzt würde. Die Neutralität der beteiligten Fachkräfte wäre somit nicht zwingend sichergestellt. Darüber hinaus hat das LAS in der Vergangenheit bereits vorgeschlagen, eine unabhängige Diagnosestelle einzurichten und diese beim SPZ anzusiedeln. Bezüglich der Umsetzung dieses Vorschlags konnte jedoch mit den Frühförderstellen keine Einigung erzielt werden.

⁷ EILDienst LKT NRW, Nr. 11/November 2017, S. 423

5. Statistik der Leistungserbringung

Dieses Kapitel beschreibt die Entwicklung der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen in den letzten Jahren und damit einhergehender relevanter Kennziffern wie z. B. finanzielle Aufwendungen, Förderquoten und Anzahl bewilligter Behandlungseinheiten. Das Evaluationsteam hat unterschiedliche Datenquellen herangezogen, um die Statistik der Leistungserbringung im Saarland zu analysieren. Die Landesdaten der Sozialhilfestatistik – genauer gesagt: die Statistik der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem 5. – 9. Kapitel des SGB XII – dient als erste Datenquelle. Sie liefert Daten zu Fallzahlen der geförderten Kinder und zu Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen (5.1) und kann zur Ermittlung von durchschnittlichen jährlichen Fallkosten sowie Förderquoten herangezogen werden.

Ein Nachteil der Sozialhilfestatistik als Datenquelle für eine Frühförderstudie ist allerdings, dass sie alle heilpädagogischen Leistungen für Kinder und nicht nur Leistungen der Frühförderung umfasst. Deswegen wird in einem zweiten Schritt der Jahresbericht 2017 des LAS ausgewertet, der entsprechende Daten speziell für ambulante Frühförderung und Frühförderung Plus ausweist (5.2).

Die Daten der Sozialhilfestatistik und des Jahresberichts des LAS werden durch Primärerhebungen beim überörtlichen Sozialhilfeträger (5.3) und den 14 IFF ergänzt (5.4). Darüber hinaus hat die LAG IFF weitergehendes Zahlenmaterial zur Verfügung gestellt, das z. B. die Anzahl der bewilligten Behandlungseinheiten aufgreift und ebenfalls im Folgenden analysiert wird (5.5).

5.1 Landesdaten der Sozialhilfestatistik

Zunächst wird die Entwicklung der Fallzahlen der Kinder, die im Alter von null bis unter sieben Jahren heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in den Jahren von 2013 bis 2017 erhalten haben, in den Blick genommen. Die Daten in Tabelle 1 bilden die Fallzahlen der geförderten Kinder zum Stichtag des 31.12. des jeweiligen Jahres der Sozialhilfestatistik ab. Neben der Entwicklung im Saarland und Deutschland insgesamt hat das Evaluationsteam auch die Entwicklung in den Ländern Rheinland-Pfalz und Niedersachsen analysiert, um einen Vergleich mit anderen Bundesländern zu ermöglichen. Rheinland-Pfalz dient hierbei aufgrund seiner geografischen Nähe zum Saarland als Referenzland und Niedersachsen, da es im Hinblick auf diverse volkswirtschaftliche Faktoren (wie z. B. Wirtschaftsstruktur, Lohnkosten und BIP) Ähnlichkeiten zum Saarland aufweist.⁸

Entwicklung der Fallzahlen

Bundesweit wurden zum Stichtag 31.12.2013 96.700 Kinder durch heilpädagogische Maßnahmen (einschließlich der Kombination aus heilpädagogischen und medizinisch-

8 http://vgrdl.de/VGRdL/tbls/VGR_FB.pdf (zuletzt abgerufen am 27.03.2019)

therapeutischen Maßnahmen, d. h. Komplexleistungen) gefördert (vgl. Tabelle 1). Bis zum 31.12.2017 hat sich diese Zahl um 8.400 Kinder bzw. 9 % auf 105.000 Kinder erhöht. Die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Niedersachsen weisen ähnlich hohe Zuwachsraten auf: Die Raten belaufen sich für die letzten fünf Jahre auf 10 % (Rheinland-Pfalz) und 5 % (Niedersachsen).

Tabelle 1: Entwicklung der Fallzahlen bzgl. heilpädagogischer Leistungen für Kinder im Frühförderalter (von 0 bis unter 7 Jahren)

Stichtag: 31.12.	Deutschland		Saarland		Rheinland-Pfalz		Niedersachsen	
	Geförd. Kinder	Entwick- lung	Geförd. Kinder	Entwick- lung	Geförd. Kinder	Entwick- lung	Geförd. Kinder	Entwick- lung
2013	96.730		1.931		2.474		15.973	
2014	96.919	0%	1.880	-3%	2.522	+2%	16.004	0%
2015	99.775	+3%	1.983	+5%	2.555	+1%	16.788	+5%
2016	99.292	0%	2.596	+31%	2.816	+10%	17.420	+4%
2017	105.090	+6%	2.530	-3%	2.731	-3%	16.725	-4%
Entwicklung 2013 - 2017	+8.360	+9%	+599	+31%	+257	+10%	+752	+5%

Quelle: *Statistik der Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII - Empfängerinnen und Empfänger der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach Leistungsarten, Altersgruppen und Geschlecht am Jahresende außerhalb von und in Einrichtungen, 31.12.2017.*

Für das Saarland hingegen zeigen sich im Vergleich zu Deutschland insgesamt und zu den anderen beiden Bundesländern deutlich höhere Zuwächse: Die Anzahl der geförderten Kinder ist von 1.900 Kindern am 31.12.2013 um 31 % auf 2.500 Kinder am 31.12.2017 angestiegen; etwa 600 Kinder mehr erhielten zu diesem Zeitpunkt Leistungen der Frühförderung. Besonders auffällig ist hierbei der Zuwachs um 31 % zwischen den Jahren 2015 und 2016 (von 1.983 Kindern zu 2.596 Kindern).

Aus einer Stellungnahme des LAS vom 25.04.2019 geht hervor, dass sich dieser auffällige Zuwachs damit erklären lässt, dass die Sozialhilfestatistik im Saarland erst seit dem Jahr 2016 zusätzlich heilpädagogische Leistungen erfasst. Bis 2015 enthielt die Statistik lediglich reguläre Frühförderleistungen sowie Angebote der Frühförderung Plus. Seit 2016 werden mit den Angaben hingegen zusätzlich auch alle weiteren heilpädagogischen Leistungen für Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren erfasst. Diese Änderung betrifft jedoch lediglich das Saarland; bundesweit zeigt sich entsprechend keine Veränderung.

Da der Grund für die hohe Steigerung im Saarland (vorwiegend) auf ein statistisches Erfassungsproblem zurückzuführen ist, sollte der hohen Steigerung von 31 % keine allzu hohe Aussagekraft beigemessen, sondern auf andere, ergänzende Datenquellen zurückgegriffen werden. Dies wird auch noch einmal im Kontext der Ergebnisdarstellung des Expertenworkshops (Kapitel 6.1) thematisiert.

Entwicklung der Aufwendungen

Entsprechend der Entwicklung der Fallzahlen gestaltet sich die Entwicklung der Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder im Frühförderalter laut Sozialhilfestatistik (vgl. Tabelle 2): Für Deutschland insgesamt lässt sich zwischen 2013 und 2017 eine Steigerung der Ausgaben von 1.150 Mio. Euro auf 1.240 Mio. Euro verzeichnen; dies kommt einem Mehraufwand von 97 Mio. Euro bzw. 8 % gleich und entspricht in etwa der Entwicklung der Fallzahlen im genannten Zeitraum (+ 9 %).

Tabelle 2: Entwicklung der Bruttoausgaben bzgl. heilpädagogischer Leistungen für Kinder im Frühförderalter (von 0 bis unter 7 Jahren)

Berichtsjahr	Deutschland		Saarland		Rheinland-Pfalz		Niedersachsen	
	Mio. Euro	Entwicklung	Mio. Euro	Entwicklung	Mio. Euro	Entwicklung	Mio. Euro	Entwicklung
2013	1.148,67		24,20		51,29		258,62	
2014	1.177,03	+2%	24,76	+2%	54,46	+6%	266,57	+3%
2015	1.162,96	-1%	26,68	+8%	55,72	+2%	273,10	+2%
2016	1.208,11	+4%	28,90	+8%	58,69	+5%	280,89	+3%
2017	1.246,08	+3%	30,49	+6%	59,43	+1%	291,81	+4%
Entwicklung 2013 - 2017	+97,40	+8%	+6,30	+26%	+8,13	+16%	33,19	+13%

Quelle: *Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach Hilfearten, Ort der Leistungserbringung und Art des Trägers, 31.12.2017.*

Sowohl in Niedersachsen als auch in Rheinland-Pfalz zeigt sich verglichen mit dem Bund ein höherer Zuwachs des Bruttoaufwandes: Er beläuft sich auf 16 % (Rheinland-Pfalz) bzw. 13 % (Niedersachsen). Noch höher fällt die Ausgabensteigerung im Saarland aus: Wurden in 2013 noch etwa 24 Mio. Euro für heilpädagogische Leistungen aufgebracht, beliefen sich die Ausgaben in 2017 bereits auf 30 Mio. Euro (+ 6 Mio. Euro bzw. 26 %). Dies kommt dem Zuwachs der geförderten Kinder im Saarland, der sich für den genannten Zeitraum auf 31 % beziffert, gleich. Wie oben bereits beschrieben, hängt dies jedoch mit einer Umstellung der statistischen Erfassung zusammen und sollte dementsprechend bei der Interpretation relativiert werden.

Fallkosten und Förderquoten

Über die Betrachtung der Fallzahlen und Ausgaben hinaus ermöglicht die Berechnung von Quoten statistische Vergleiche. Diese geben Aufschluss über den Anteil einer Teilgröße an einer übergeordneten Gesamtgröße. Anhand der Daten der Sozialhilfestatistik werden zwei relevante Quoten berichtet: 1. Die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro gefördertes Kind im Berichtsjahr 2017 und 2. das Verhältnis zwischen der Summe der geförderten Kinder zum Stichtag 31.12.2017 und der Summe der altersgleichen Kinder in der Bevölkerung. Beide Quoten wurden sowohl für den Bund als auch für alle 16 Bundesländer einzeln ermittelt, um das Saarland einerseits ins Verhältnis zum Bund zu setzen und ihm andererseits seinen Rang im Vergleich zu den anderen 15 Bundesländern zuzuweisen.

Untersucht man, wie hoch die Bruttoausgaben im Berichtsjahr 2017 im Verhältnis zu den durch heilpädagogische Leistungen geförderten Kindern zum 31.12.2017 ausfallen, ergeben sich für Deutschland durchschnittliche jährliche Fallkosten in Höhe von 11.860 Euro pro gefördertem Kind (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Durchschnittliche jährliche Fallkosten pro gefördertes Kind

Berichtsjahr 2017	Rang	Bruttoausgaben in Mio. Euro	Geförderte Kinder zum 31.12.	Durchschn. jährliche Fallkosten in Euro	Abweichung vom Bundesdurchschnitt
Deutschland		1.246,08	105.090	11.857	
Hessen	1	104,89	2.013	52.105	+339%
Bremen	2	15,49	360	43.028	+263%
Rheinland-Pfalz	3	59,43	2.731	21.760	+84%
Niedersachsen	4	291,81	16.725	17.448	+47%
Thüringen	5	50,73	3.005	16.882	+42%
Schleswig-Holstein	6	81,72	5.650	14.464	+22%
Nordrhein-Westfalen	7	180,94	12.685	14.264	+20%
Sachsen-Anhalt	8	55,11	4.450	12.384	+4%
Saarland	9	30,49	2.530	12.053	+2%
Berlin	10	3,72	356	10.439	-12%
Mecklenburg-Vorpommern	11	39,75	4.632	8.582	-28%
Hamburg	12	7,03	820	8.575	-28%
Sachsen	13	60,60	7.110	8.523	-28%
Bayern	14	221,81	29.570	7.501	-37%
Brandenburg	15	31,32	4.335	7.225	-39%
Baden-Württemberg	16	11,24	2.450	4.589	-61%

Quelle: Statistik der Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII - Empfängerinnen und Empfänger der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach Leistungsarten, Altersgruppen und Geschlecht am Jahresende außerhalb von und in Einrichtungen, 31.12.2017; Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach Hilfearten, Ort der Leistungserbringung und Art des Trägers, Berichtsjahr 2017.

Im Vergleich der Bundesländer belegt das Land Hessen bezüglich der Höhe der Fallkosten den ersten Platz, wenn man die Rangfolge mit den höchsten Kosten beginnt: Die Kosten pro Kind belaufen sich hier auf 52.100 Euro und übersteigen den Bundesdurchschnitt damit um mehr als 300 %. Es folgen Bremen auf Rang 2 (43.030 Euro) und Rheinland-Pfalz auf Rang 3 (21.760 Euro). Das Saarland befindet sich im Ländervergleich hingegen im Mittelfeld und weist keine gravierende Abweichung vom Bund auf: Hier betragen die durchschnittlichen Fallkosten 12.050 Euro, sie liegen um 2 % über dem Bundesdurchschnitt. Die geringsten Fallkosten weisen Brandenburg (7.230 Euro) und Baden-Württemberg auf (4.590 Euro).

Setzt man die Anzahl der geförderten Kinder in Relation zur Anzahl aller Kinder in der altersgleichen Bevölkerung, ergibt sich für Deutschland und den Stichtag 31.12.2017 eine Förderquote von 2,0 % aller Kinder der Bevölkerung im Alter von null bis sieben Jahren, die zu diesem Zeitpunkt heilpädagogische Leistungen bezogen haben (vgl. Tabelle 4): Im Ländervergleich zeigt sich Mecklenburg-Vorpommern bezüglich der

Förderquote als Spitzenreiter: Hier wurde mit einer Förderquote von 4,8 % ein mehr als doppelt so hoher Anteil an Kindern gefördert wie in Gesamtdeutschland. Dicht hinter Mecklenburg-Vorpommern folgt das Saarland mit einer Förderquote von 4,6 %, womit das Saarland im Ländervergleich auf Rang 2 liegt. Baden-Württemberg und Berlin stellen hingegen die beiden Länder mit den kleinsten Förderquoten dar (0,3 % bzw. 0,1 %).

Tabelle 4: Förderquote: Anteil der geförderten Kinder an altersgleichen Kindern in der Bevölkerung (von 0 bis unter 7 Jahren)

Stichtag: 31.12.2017	Rang	Kinder in der Bevölkerung	Geförderte Kinder	Förderquote	Abweichung zum Bund
Deutschland		5.294.394	105.090	2,0%	
Mecklenburg-Vorpommern	1	95.539	4.632	4,8%	+2,9 PP
Saarland	2	55.426	2.530	4,6%	+2,6 PP
Sachsen-Anhalt	3	127.354	4.450	3,5%	+1,5 PP
Bayern	3	839.539	29.570	3,5%	+1,5 PP
Niedersachsen	4	499.003	16.725	3,4%	+1,4 PP
Schleswig-Holstein	5	175.106	5.650	3,2%	+1,2 PP
Brandenburg	6	151.284	4.335	2,9%	+0,9 PP
Sachsen	7	259.898	7.110	2,7%	+0,8 PP
Thüringen	8	129.332	3.005	2,3%	+0,3 PP
Rheinland-Pfalz	9	253.828	2.731	1,1%	-0,9 PP
Nordrhein-Westfalen	9	1.150.107	12.685	1,1%	-0,9 PP
Bremen	10	44.126	360	0,8%	-1,2 PP
Hamburg	11	130.619	820	0,6%	-1,4 PP
Hessen	12	407.041	2.013	0,5%	-1,5 PP
Baden-Württemberg	13	717.880	2.450	0,3%	-1,6 PP
Berlin	14	258.312	356	0,1%	-1,8 PP

Quelle: Statistik der Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII - Empfängerinnen und Empfänger für behinderte Menschen nach Leistungsarten, Altersgruppen und Geschlecht am Jahresende außerhalb von und in Einrichtungen, 31.12.2017; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes - Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre, 31.12.2017.

Auf der Basis von Erfahrungswerten des ISG im Rahmen früherer Projekte im Bereich der Frühförderung⁹ sowie aufgrund von Zahlen, die zumindest auf den ersten Blick wenig plausibel erscheinen¹⁰, sollte bei der Interpretation der soeben beschriebenen Sachverhalte berücksichtigt werden, dass die Daten der Sozialhilfestatistik lediglich als ein erster Anhaltspunkt im Hinblick auf die Analyse der Fallzahlen und Ausgaben dienen können. Hinzu kommt das eingangs beschriebene Erfassungsproblem, nachdem bis 2015 im Saarland nur Frühförderleistungen und erst ab 2016 alle heilpädagogischen Leistungen statistisch erfasst wurden.

9 Vgl. z. B.: Huppertz, Lisa; Engels, Dietrich (2019): *Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitglieds-körperschaften der Landschaftsverbände – Abschlussbericht*. Köln. Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die anhand einer Befragung bei den kommunalen Trägern ermittelten Fallzahlen die Fallzahlen der Sozialhilfestatistik für das Jahr 2017 um mehr als das Doppelte überstiegen.

10 Vgl. z. B. Tabelle 4: Die Anzahl der Frühförderkinder in Berlin belief sich am 31.12.2017 lt. Sozialhilfestatistik auf lediglich 356 Kinder.

5.2 Daten des Jahresberichts des LAS

Im Gegensatz zur Sozialhilfestatistik, die sich auf alle heilpädagogischen Leistungen insgesamt bezieht, sind im Jahresbericht des Landesamts für Soziales Fallzahlen für Leistungen der Frühförderung und Daten für ambulante Maßnahmen und der Frühförderung Plus gesondert enthalten. Mit dieser Differenzierung werden die Sachverhalte in der Frühförderung präziser dargestellt als in der Sozialhilfestatistik. Deshalb ist der scheinbar starke statistische Anstieg vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 in den Daten des Jahresberichts nicht zu verzeichnen.

Entwicklung der Fallzahlen

Die Fallzahlen jeweils zum Stichtag des 31.12. der Jahre 2013 bis 2017, wie sie aus dem Bericht hervorgehen, sowie deren Entwicklung sind in Tabelle 5 dargestellt. Zwar sprechen auch die Fallzahlen des LAS für einen deutlichen Zuwachs der Frühförderleistungen im Saarland, allerdings beläuft sich dieser von 2013 bis 2017 lediglich auf 9 % für die ambulante Frühförderung.

Tabelle 5: Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten heilpädagogischen Frühförderung sowie der Frühförderung Plus im Saarland

Stichtag	Ambulante Frühförderung		Frühförderung Plus	
	Geförderte Kinder	Entwicklung	Geförderte Kinder	Entwicklung
2013	1.568		190	
2014	1.598	+2%	224	+18%
2015	1.673	+5%	291	+30%
2016	1.710	+2%	232	-20%
2017	1.715	0%	231	0%
Entwicklung 2013 - 2017	+147	+9%	+41	+22%

Quelle: Landesamt für Soziales: Jahresbericht 2017, Ausgabe Juni 2018.¹¹

Über den gesamten Zeitraum ist ein Zuwachs der Frühförderung Plus von 22 % zu verzeichnen. Mit dem Start dieses spezifischen Angebots im Jahr 2012 als Modellprojekt lässt sich der relativ starke Zuwachs von 22 % seit diesem Jahr erklären. Entgegen der amtlichen Statistik der Empfängerinnen und Empfänger der Eingliederungshilfe zeigt sich zwischen 2015 und 2016 ein Rückgang der Fallzahlen für die Inanspruchnahme der Frühförderung Plus.

Entwicklung der Aufwendungen

Die im Jahresbericht des LAS veröffentlichten Ausgaben für die Frühförderung und die Sonderleistung Frühförderung Plus zeigen ähnliche Verläufe wie die Entwicklung der Ausgaben der Sozialhilfestatistik. Da die Sozialhilfestatistik allerdings alle heilpädagogischen Leistungen für Kinder unter 7 Jahren umfasst, sind die dort ausgewiesenen

11 https://www.saarland.de/dokumente/dienststelle_LAS/LAS_Jahresbericht_2017.pdf (zuletzt abgerufen am 08.05.2019).

Ausgaben für das Saarland in etwa doppelt so hoch wie die Zahlen des LAS, die sich lediglich auf Leistungen der Frühförderung beziehen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Aufwendungen für die ambulante heilpädagogische Frühförderung und Frühförderung Plus im Saarland

Berichtsjahr	Ambulante Frühförderung		Frühförderung Plus	
	Mio. Euro	Entwicklung	Mio. Euro	Entwicklung
2013	10,94		1,89	
2014	10,32	-6%	1,92	+2%
2015	11,26	+9%	2,16	+8%
2016	12,42	+10%	2,22	+8%
2017	13,03	+5%	2,24	+6%
Entwicklung 2013 - 2017	+2,09	+19%	+0,35	+19%

Quelle: Landesamt für Soziales: Jahresbericht 2017, Ausgabe Juni 2018.¹²

Der Jahresbericht des LAS weist im Zeitraum zwischen 2013 und 2017 einen Mehraufwand von rund 2 Mio. Euro (+ 19 %) in der allgemeinen ambulanten Frühförderung auf. Der Ausgabenzuwachs von ca. 0,35 Mio. Euro für Leistungen der Frühförderung Plus beträgt ebenfalls 19 %. Auffällig ist die vergleichsweise leicht erhöhte Steigerung vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 für Leistungen der ambulanten Frühförderung (+ 10 %) bzw. der Frühförderung Plus (+ 8 %), die von 2016 auf 2017 bei beiden Leistungsarten jedoch wieder auf + 5 % (ambulante Frühförderung) bzw. + 6 % (Frühförderung Plus) absinkt. Dieser Verlauf zeigt sich auch in den Zahlen der Sozialhilfestatistik: Hier beträgt der Zuwachs 8 % vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 und 6 % von 2016 auf 2017. Die Entwicklung der Aufwendungen für die Frühförderleistungen entspricht somit der Entwicklung der Fallzahlen der geförderten Kinder im Saarland (vgl. Tabelle 5).

5.3 Primärerhebung beim Sozialhilfeträger

In Ergänzung zur Auswertung der statistischen Daten der Sozialhilfe und des Jahresberichts des LAS geben Primärerhebungen sowohl beim überörtlichen Sozialhilfeträger als auch bei den Leistungserbringern ebenfalls Aufschluss zur Leistungserbringung in Form von Fallzahlen und finanziellen Aufwendungen.

Das LAS hat Angaben dazu übermittelt, wie viele Kinder zum Stichtag 31.12.2018 gefördert wurden: Dies waren insgesamt 3.410 Kinder, wovon etwa 1.190 weiblich und 2.220 männlich waren (Verhältnis: 35 % zu 65 %; vgl. Tabelle 7). Betrachtet man die verschiedenen Leistungsformen, so bezogen mit 1.820 Frühförderkindern (53 %) etwas mehr solitäre heilpädagogische Leistungen als die 1.590 Kinder (47 %), die Komplexleistungen erhielten. Die Fragen nach dem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund oder nach der Herkunft aus einer sozial belasteten Familie, konnten nicht beantwortet werden,

¹² https://www.saarland.de/dokumente/dienststelle_LAS/LAS_Jahresbericht_2017.pdf (zuletzt abgerufen am 08.05.2019).

stattdessen wurden jedoch unter den nahezu 3.410 geförderten Kindern 330 Kinder (10 %) mit einer anderen Staatsangehörigkeit verzeichnet.

Tabelle 7: Merkmale der zum 31.12.2018 geförderten Kinder laut Sozialhilfeträger

Kinder insgesamt	darunter		darunter		darunter andere Staatsangehörigkeit
	Mädchen	Jungen	Komplexleistungen	Solitäre heilpäd. Leistungen	
3.409	1.188	2.221	1.590	1.819	334

Quelle: Schriftliche Befragung des LAS durch das ISG

Angaben zum Alter der Kinder konnten lediglich für die Komplexleistungskinder übermittelt werden. Hierbei zeigte sich, dass lediglich 6 Kinder zum Stichtag 31.12.2018 unter einem Jahr alt waren. Knapp 8 % der Kinder waren dem Kleinkindalter von einem bis unter drei Jahren zuzuordnen, 19 % dem früheren Kindergartenalter von drei bis unter fünf Jahren und 72 % dem späteren Kindergartenalter ab fünf Jahren.

In Bezug auf die Behinderungsform der Kinder besaß mit 2.950 Kindern bzw. 87 % ein sehr großer Anteil keine manifeste, sondern eine drohende Behinderung. 450 Kinder wurden hingegen einer manifesten Behinderung zugeordnet, wobei diese zu 87 % körperlich, zu 5 % geistig und zu 8 % seelisch behindert waren.

Finanzdaten und Fallzahlen

Tabelle 8 bildet die finanziellen Aufwendungen, die für den überörtlichen Sozialhilfeträger für die Erbringung von Frühförderleistungen zwischen den Jahren 2014 und 2018 angefallen sind, sowie die Anzahl der mit diesen Mitteln geförderten Kinder ab. Die Angaben sind jeweils unterteilt nach diagnostischen, heilpädagogischen und Komplexleistungen. Ebenfalls werden die Summe dieser Leistungen als Gesamtbehandlungseinheiten abgebildet und die Entwicklung sowohl zwischen den einzelnen Jahren als auch im Gesamtzeitraum dargestellt. Bezüglich der Komplexleistungen finden sich auch Informationen zu den Erstattungsbeträgen der gesetzlichen Krankenkassen in Tabelle 8 wieder.

Tabelle 8: Finanzielle Aufwendungen für den Sozialhilfeträger und Anzahl der geförderten Kinder nach Leistungsformen

Jahr	Diagnostische Leistungen				heilpädagogische Leistungen				Komplexleistungen						Gesamt			
	Bruttoaufwand		Kinder (Gesamtjahr)		Bruttoaufwand		Kinder (Gesamtjahr)		Bruttoaufwand		Erstattung durch GKV		Kinder (Gesamtjahr)		Bruttoaufwand		Kinder (Gesamtjahr)	
	Betrag in €	Entw.	Anzahl	Entw.	Betrag in €	Entw.	Anzahl	Entw.	Betrag in €	Entw.	Betrag in €	Entw.	Anzahl	Entw.	Betrag in €	Entw.	Anzahl	Entw.
2014	914.925		1.413		3.482.863		1.445		6.505.298		1.366.892		1.390		9.988.161		2.835	
2015	962.065	5%	1.520	8%	4.014.874	15%	1.625	12%	6.426.389	-1%	1.450.691	6%	1.343	-3%	10.441.262	5%	2.968	5%
2016	970.011	1%	1.542	1%	3.905.377	-3%	1.588	-2%	7.272.713	13%	1.082.539	-25%	1.539	15%	11.178.089	7%	3.127	5%
2017	993.160	2%	1.582	3%	4.134.814	6%	1.613	2%	7.764.756	7%			1.575	2%	11.899.570	6%	3.188	2%
2018	975.830	-2%	1.568	-1%														
Entwicklung seit 2014	60.905	7%	+155	11%	651.951	19%	168	12%	1.259.458	19%	-284.353	-21%	185	13%	1.911.409	19%	353	12%

Quelle: Schriftliche Befragung des LAS durch das ISG

Tabelle 9: Geleistete Behandlungseinheiten nach Leistungsformen

Jahr	heilpädagogische Leistungen		Komplexleistungen						Gesamt	
	Gesamt	Entw.	Gesamt	Entw.	dv. heilpädagogisch	dv. logopädisch	dv. ergotherapeutisch	dv. physiotherapeutisch	Gesamt	Entw.
2012	57.844		83.753		57.536	19.010	3.012	3.886	141.852	
2013	58.855	2%	111.522	33%	73.700	26.760	5.032	5.681	170.672	20%
2014	56.295	-4%	119.277	7%	78.984	27.375	5.085	6.969	175.572	3%
2015	67.083	19%	108.972	-9%	71.962	24.963	4.724	6.930	176.056	0%
2016	64.671	-4%	120.733	11%	79.042	28.352	4.890	7.990	185.709	5%
2017	64.712	0%	126.678	5%	82.068	30.359	5.990	7.979	191.658	3%
Entwicklung 2012-2017	6.868	12%	42.925	51%	24.531	11.349	2.978	4.094	49.807	35%

Quelle: Schriftliche Befragung des LAS durch das ISG

Die Bruttoaufwendungen für die diagnostischen Leistungen weisen im Gesamtzeitraum eine Steigerung von 915.000 auf 976.000 Euro auf (+ 7 %) und die während des Gesamtjahrs geförderten Kinder eine Steigerung von 1.410 auf 1.570 Kinder (+ 11 %). Als vergleichsweise hoch (+ 5 % bzw. + 8 %) gestaltet sich der Zuwachs zwischen den beiden Einzeljahren 2014 und 2015. Der leichte Abfall zwischen den Jahren 2017 und 2018 lässt sich laut Aussage des LAS damit erklären, dass für das Jahr 2018 die Anzahl der zu bewilligenden Behandlungseinheiten aufgrund der zu hohen Steigerungen in den vergangenen Jahren beschränkt wurde.

Sowohl für die heilpädagogischen Leistungen als auch für die Komplexleistungen hat sich der Bruttoaufwand für den Träger im Zeitraum von 2014 bis 2017 um 19 % erhöht: Wurden in 2014 noch etwa 3,48 Mio. Euro für heilpädagogische Leistungen und 6,51 Mio. Euro für Komplexleistungen aufgewendet, beliefen sich die Beträge in 2017 bereits auf 4,13 Mio. Euro (heilpädagogische Leistungen) bzw. 7,76 Mio. Euro (Komplexleistungen). Auch hier fand die größte Steigerung im Wechsel zum Jahr 2015 statt (vgl. Tabelle 8). Die Fallzahlen sind bis zum Jahr 2017 für die beiden Leistungsformen jeweils um 12 % bzw. 13 % angewachsen: 170 Kinder mehr bezogen zu diesem Zeitpunkt solitär-heilpädagogische Leistungen und 185 Kinder mehr bezogen Komplexleistungen.

Da die Komplexleistungen für das Jahr 2017 laut LAS noch nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet worden sind, liegen entsprechende Daten nur bis einschließlich des Jahres 2016 vor. Hierbei ist auffällig, dass obwohl die Aufwendungen für den überörtlichen Sozialhilfeträger sowie die Fallzahlen im Zeitraum deutlich gestiegen sind, die Erstattung durch die Krankenkasse sich konträr dazu verhält: Sie ist von 1,37 Mio. Euro in 2014 auf 1,08 Mio. Euro in 2016 gesunken und hat damit um 0,28 Mio. Euro bzw. 21 % abgenommen.

Der Gesamtbetrag, der für alle Behandlungseinheiten erbracht wurde, hat zwischen 2014 und 2017 im Durchschnitt jährlich um etwa 6 % bzw. 0,6 Mio. Euro zugenommen, sodass sich der Zuwachs im Gesamtzeitraum auf etwa 19 % bzw. 1,9 Mio. Euro beziffert. Diesbezüglich zeigen sich auch keine deutlichen Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren, sondern der jährliche Zuwachs fällt recht konstant aus. Die Gesamtzahl der geförderten Kinder über alle Leistungsformen hinweg hat sich von 2.830 Kindern (2014) auf 3.190 Kinder (2017) um 350 Kinder bzw. 12 % erhöht.

Behandlungseinheiten

In Erweiterung zu den finanziellen Aufwendungen und den Fallzahlen hat das LAS ebenfalls Informationen zum Umfang der mit den Frühförderstellen abgerechneten Behandlungseinheiten in den Jahren 2012 bis 2017 zur Verfügung gestellt (Tabelle 9). Diese werden zum einen nach heilpädagogischen Leistungen und Komplexleistungen aufgesplittet, zum anderen für die Komplexleistung nach heilpädagogischen, logopädischen, ergo- und physiotherapeutischen Behandlungseinheiten unterteilt.

Die Gesamtveränderung der Höhe der Behandlungseinheiten bei solitär-heilpädagogisch geförderten Kindern beträgt 12 % seit 2012 und fällt damit vergleichsweise gering aus. Im Jahr 2017 belief sie sich auf etwa 64.710 bewilligte Einheiten. Die Behandlungseinheiten der Komplexleistungen haben hingegen mit 51 % deutlich zugenommen (83.750 Behandlungseinheiten in 2012 zu 126.680 Behandlungseinheiten in 2017). Fasst man die solitären und die Komplexleistungen zusammen, so beträgt die Steigerung der insgesamt geleisteten Einheiten knapp 50.000 Einheiten bzw. 35 %.

Von den Behandlungseinheiten der Komplexleistung lässt sich mit 65 % ein Großteil den heilpädagogischen Einheiten zuordnen; 24 % stellen logopädische Einheiten dar. Der Anteil an ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Behandlungseinheiten fällt mit 5 % bzw. 10 % vergleichsweise gering aus.

Da sich dieses Kapitel auf die Beschreibung der finanziellen Daten und der Fallzahlen beschränkt, gibt Kapitel 7 weitere Angaben aus dem Fragebogen an den überörtlichen Sozialhilfeträger wieder, die sich auf den Leistungszugang beziehen.

5.4 Primärerhebung bei den Frühförderstellen

Nachfolgend werden Informationen zu den geförderten Kindern und den durchgeführten Erstberatungen in den Frühförderstellen abgebildet: Tabelle 10 enthält Angaben dazu, wie viele Kinder zum 31.12.2018 in den 13 Frühförderstellen, die sich an der ISG-Befragung beteiligt haben, insgesamt gefördert wurden. Angaben dazu, wie viele der geförderten Kinder einen Migrationshintergrund hatten oder aus einer belasteten Familie stammten, wurden von den Frühförderstellen nicht gemacht. Laut LAG IFF hängt dies damit zusammen, dass keine empirische Erhebung dieser Daten möglich sei und die Erfassung dieser Merkmale als diskriminierend empfunden wird.

Tabelle 10: Merkmale der zum 31.12.2018 geförderten Kinder laut Frühförderstellen

	Kinder insgesamt	darunter		darunter	
		Mädchen	Jungen	Komplexleistungen	Solitäre heilpäd. Leistungen
Summe	2.180	786	1.394	1.085	1.105
Durchschnitt	168	60	107	83	85
Minimum	101	28	58	49	49
Maximum	283	118	193	144	179

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Zum Jahresende 2018 (Stichtag 31.12.) befanden sich nach Aussage der 13 Frühförderzentren insgesamt knapp 2.200 Kinder in Frühförderung (vgl. Tabelle 10). Durchschnittlich wurden dabei je Einrichtung etwa 170 Kinder gefördert, wobei die kleinste Frühförderstelle 100 und die größte 280 Kinder umfasste. Entsprechend der üblichen Geschlechterverteilung von Kindern mit Behinderung waren 1.400 der Kinder bzw. zwei Drittel männlichen und 800 Kinder bzw. ein Drittel weiblichen Geschlechts. Gravierende Unterschiede zwischen den beiden Leistungsformen zeigten sich nicht: Etwa jeweils

die Hälfte der Kinder bezog Komplexeleistungen bzw. solitäre heilpädagogische Leistungen, was sich auch in den Daten des Sozialhilfeträgers zeigte (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 11: Erstberatungen in den Frühförderstellen im Jahr 2018

Anzahl der...	Summe	Anteil	Durchschnitt
durchgeführten Erstberatungen	1.452	100%	111,7
Kinder, bei denen nach der Erstberatung eine Eingangsdiagnostik eingeleitet wurde	1.307	90%	100,5
Kinder, die an andere Fachdienste verwiesen wurden	67	5%	6,7
Kinder, bei denen kein weitergehender Prozess ausgelöst wurde	70	5%	7,8

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Die Anzahl der Erstberatungen, die im Jahr 2018 in den saarländischen Frühförderstellen durchgeführt wurden, und wie im Anschluss an diese Beratungen verfahren wurde, wird in Tabelle 11 abgebildet: Die Summe aller Erstberatungen beziffert sich für die 13 Frühförderzentren auf knapp 1.500 im Jahr 2018 durchgeführte Beratungen, wobei jede Stelle im Durchschnitt 110 Beratungen durchgeführt hat. In 90 % und damit in den meisten Fällen wurde nach der Beratung eine Eingangsdiagnostik eingeleitet. Lediglich bei jeweils 5 % der Beratungen wurden die Kinder entweder an andere Fachdienste verwiesen oder wurde kein weitergehender Prozess ausgelöst.

5.5 Auswertungen der LAG IFF

Ergänzend zu den Daten der Sozialhilfestatistik, des Jahresberichts des LAS und der Primärerhebung beim Träger und bei den Einrichtungen werden abschließend die von der LAG IFF zur Verfügung gestellten Zahlen analysiert. Die Zahlen der LAG IFF entstammen der sog. *Überwachungstabelle*, die die Anzahl der jeweils geleisteten und mit dem Träger abgerechneten Behandlungseinheiten je Frühförderstelle in den Jahren von 2008 bis 2018 abbildet. Die Daten einer Frühförderstelle fehlen allerdings in dieser Aufstellung, weswegen die hier abgebildete Summe der Behandlungseinheiten etwas unter der vom Sozialhilfeträger angegebenen Summe (vgl. Tabelle 9) liegt.

Tabelle 12: In den Frühförderstellen geleistete Behandlungseinheiten

Berichtsjahr	Behandlungseinheiten	Entwicklung
2008	134.765	
2009	140.481	+4%
2010	164.059	+17%
2011	147.818	-10%
2012	145.822	-1%
2013	165.645	+14%
2014	167.699	+1%
2015	162.468	-3%
2016	171.743	+6%
2017	176.813	+3%
2018	163.888	-7%
Entwicklung 2008 - 2018	+29.123	+22%

Quelle: *Überwachungstabelle der LAG IFF*

Aus Tabelle 12 geht hervor, dass im letzten Jahrzehnt die Behandlungseinheiten in der saarländischen Frühförderung um 22 % zugenommen haben: Wurden im Jahr 2008 noch 135.000 Behandlungseinheiten abgerechnet, bezifferte sich die entsprechende Anzahl im Jahr 2018 bereits auf 164.000 Einheiten. Deutliche Sprünge zeigen sich bei der Betrachtung der Jahre 2010 und 2013: Die durchgeführten Behandlungseinheiten haben in diesen beiden Jahren im Vergleich zum Vorjahr um 17 % (2010) bzw. 14 % (2013) zugenommen.

Die LAG IFF erläutert zu den Zahlen, dass eine Frühförderstelle ab 2013 in das Modellprojekt „Frühförderung Plus“ umgewandelt wurde. Die Steigerung der Anzahl der Behandlungseinheiten dieser Einrichtung sei auf die Leistungen der Afl zurückzuführen, die vorher getrennt ausgewiesen wurden. Zudem sei die landesweite Kostensteigerung in den Jahren 2008 bis 2010, die mit der Einführung der Komplexleistung einhergegangen ist, eine deutlich absehbare Entwicklung aufgrund der Weiterentwicklung einer einzelnen heilpädagogischen Behandlung zu einer interdisziplinären Komplexleistung gewesen. Insgesamt liege der Zuwachs der Behandlungseinheiten nach Einführung der Komplexleistung zwischen 2010 und 2017 lediglich bei 7 % und falle noch geringer aus, wenn man die Behandlungseinheiten derjenigen Frühförderstelle, die 2013 in das Modellprojekt umgewandelt wurde, berücksichtige.

Die LAG IFF stellte dem ISG weiteres Zahlenmaterial zur Verfügung, das u. a. Informationen zu Zugängen in die bzw. Abgängen aus den Frühförderstellen sowie zu Erstberatungen und Eingangsdiagnostiken erhielt. In diesem Material enthaltene Unklarheiten wurden im Rahmen eines Gesprächs mit Leistungsträgern, Leistungsanbietern und ISG erörtert, mit dem Ergebnis, dass das gelieferte Zahlenmaterial nicht als hundertprozentig genau beurteilt wird. Lediglich Tabelle 12 zu den erbrachten Behandlungseinheiten sei als valide zu bewerten, da sie jeweils die mit dem Träger endabgerechneten Einheiten abbildet.

Hinsichtlich der großen Schwankungen in den Behandlungseinheiten zwischen den einzelnen Jahren erklärt die LAG IFF, dass der Anstieg bis zum Jahr 2010 durch die Einführung der Komplexleistung zustande gekommen ist. Im Jahr 2013 sei die Deckelung der Behandlungseinheiten durch den Träger aufgehoben worden. Dadurch seien auch wieder mehr Kinder in die Förderung gelangt, die sich vorher auf einer langen Warteliste befunden hätten. Somit könne auch der Mehraufwand von 0,3 Mio. Euro für diagnostische Leistungen zwischen den Jahren 2012 und 2013, den der Rechnungshof bemängelt hatte, erklärt werden. Der Rückgang zwischen den Jahren 2017 und 2018 um 7 % erklärt die LAG IFF damit, dass seitens des LAS eine Steuerung stattgefunden hat und deswegen deutlich weniger Einheiten in den Fachausschüssen genehmigt werden konnten.

Unklar bleibt jedoch nach wie vor, wie die Differenz von 30.000 Behandlungseinheiten zwischen den Jahren 2012 und 2013 zustande kommt, die die aufgehobene Deckelung nicht vollständig erklären kann. Diese Differenz würde 400 Förderkindern mehr entsprechen. Aus der Statistik des LAS ist jedoch zu entnehmen, dass faktisch lediglich 118 Kinder mehr als im Vorjahr gefördert wurden.

6. Diskussionsergebnisse des Workshops

In diesem Kapitel werden die Beiträge der Teilnehmenden im Rahmen der moderierten Diskussion zusammengefasst. Die Reihenfolge der im Folgenden aufgelisteten Fragen und Themenblöcke orientiert sich an der Reihenfolge der PowerPoint-Präsentation, die während der Veranstaltung vorgestellt wurde.

6.1 Fallzahlen- und Kostenentwicklung

Die erste Diskussionsrunde nahm Bezug auf die Analyse der Fallzahlen der geförderten Kinder und der damit einhergegangenen finanziellen Ausgaben, die sich im Saarland im Vergleich zu anderen Bundesländern als überdurchschnittlich hoch herausstellen (vgl. Kapitel 5.1). Erörtert wurde einerseits, welche Gründe die Teilnehmenden hinter der hohen Steigerung der Fallzahlen und Ausgaben in den letzten Jahren und der hohen Förderquote im Saarland im Vergleich zu anderen Bundesländern vermuteten. Daneben wurden Möglichkeiten zur Eindämmung des Kosten- und Fallzahlenanstiegs diskutiert.¹³

Die Einführung des Modells „Frühförderung Plus“ wurde nicht als Ursache für die Steigerung gesehen, da das Projekt bereits im Jahr 2013 eingeführt worden ist. Auch die wachsende Anzahl an Flüchtlingskindern kann laut Aussagen der Teilnehmenden keinen ausschlaggebenden Grund für den Zuwachs darstellen. Eine mögliche Ursache für die hohen Zahlen wurde in der wenig trennscharfen Leistungsbewilligung, wie sie derzeit im Saarland in der Frühförderung praktiziert werde, vermutet: In manchen Fällen werde z. B. bereits bei mangelnden Deutschkenntnissen ein Antrag auf Frühförderleistungen gestellt, obwohl Sprachprobleme, die nicht auf Behinderung zurückzuführen seien, eigentlich nicht in das Leistungsspektrum der Frühförderung fielen. Weiterhin wurde angenommen, dass auch die derzeit hohe Anzahl an Behandlungseinheiten die immense Steigerung der Ausgaben bedinge.

Für die hohen Förderquoten könnten verschiedene Gründe ausschlaggebend sein: Untersuchungen der Kinder zur Abklärung eines gegebenenfalls bestehenden Förderbedarfs fänden im Saarland bereits in frühen Jahren der Kindheit statt, womit auch eine frühe Feststellung eines bestehenden Bedarfs ermöglicht werde. Weiterhin könne die hohe Nachfrage nach Frühförderleistungen eine Folge des hohen Angebots sein, das derzeit im Saarland bestehe. Hinzu komme, dass die geringen Entfernungen bzw. Anfahrtswege es den Eltern erleichterten, entsprechende Leistungen für ihr Kind in Anspruch zu nehmen. Daneben werde die Zugangssteuerung zu Leistungen der Frühförderung sehr großzügig gestaltet: Diesbezüglich lag die Vermutung nahe, dass auch

¹³ Da der Grund für die hohe Steigerung (+ 31 %) zwischen den Jahren 2015 und 2016 erst im Laufe des Evaluationsprozesses deutlich geworden ist, stand die Frage nach einer Erklärung für diesen Zuwachs noch im Fokus des Expertenworkshops. Da mittlerweile bekannt ist, dass der Zuwachs auf ein statistisches Erfassungsproblem zurückzuführen ist, wird die entsprechende Veränderung zwischen den beiden Jahren nicht mehr so kritisch gesehen wie zuzeiten des Workshops.

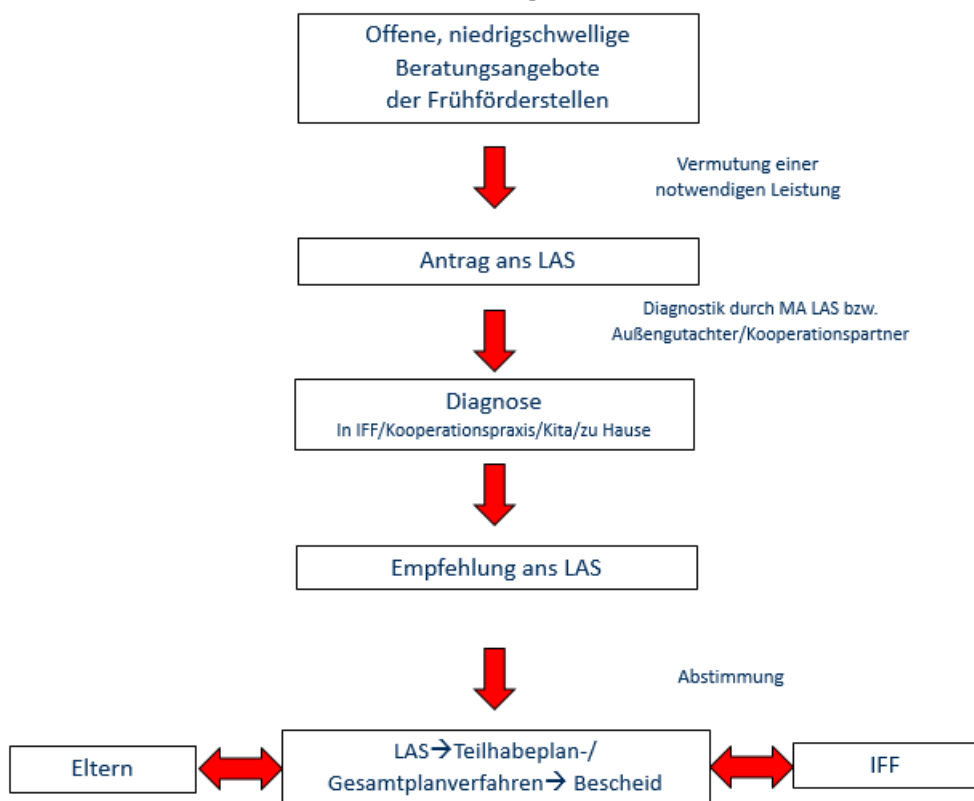
Kinder, für die gegebenenfalls eine andere Leistung passender wäre, derzeit Frühförderung erhalten.

Ein weiterer Vorschlag bezog sich darauf, vorhandene Präventionsmaßnahmen auszuweiten bzw. neue Maßnahmen einzuführen, um der Entwicklung eines Förderbedarfs frühzeitig entgegenzuwirken. Die im Workshop angesprochene Möglichkeit zur Eindämmung des Fallzahlen- und Kostenstiegs durch eine Veränderung des Verfahrens der Zugangssteuerung wird nachfolgend dargelegt.

6.2 Zugang zu den Leistungen

Die Ausgangslage bezüglich des derzeit praktizierten Leistungszugangs macht deutlich, dass ein sehr hoher Anteil an Kindern nach der Erstberatung eine Eingangsdiagnostik erhält: Im Jahr 2017 haben 96 % der Kinder, die eine Erstberatung durchlaufen haben, auch eine Eingangsdiagnostik erhalten (vgl. Kapitel 2.1). Daneben stellt sich die Frage nach der Zusammensetzung und der rechtlichen Grundlage des Fachausschusses, der Empfehlungen hinsichtlich der gestellten Anträge ausspricht. Ein Vorschlag des MSGFF zur zukünftigen Umsetzung des Leistungszugangs wird in Abbildung 2 skizziert.

Abbildung 2: Vorschlag des MSGFF zur zukünftigen Umsetzung des Zugangs zu den Frühförderleistungen



Quelle: Eigene Darstellung des MSGFF

Der neu hinzugekommene Zwischenschritt „Antrag an das LAS“ wurde seitens der Leistungserbringer als zusätzliche Kontrolle wahrgenommen. Aus Sicht des MSGFF ist

dieses Element aber nicht als Filterfunktion, sondern vielmehr als eine Information des LAS über die Einleitung der diagnostischen Maßnahme zu verstehen. Zudem sei das Antragserfordernis im SGB IX verankert.

Bezüglich des Leistungszugangs wurde im Workshop erörtert, welche Vor- und Nachteile die Teilnehmenden im Vorschlag des MSGFF zum Zugangsverfahren sehen, welche alternativen Möglichkeiten in Bezug auf die Erstberatung als alleinige Zugangsvoraussetzung für die Eingangsdiagnostik vorstellbar sind und welche alternativen Möglichkeiten in Bezug auf den Fachausschuss als Instrument der Zugangssteuerung infrage kommen.

Für bzw. gegen die Umsetzung des Modells, um den Leistungszugang zu steuern, wurden verschiedene Argumente diskutiert. Ein Problem wurde vor allem darin gesehen, dass der Antrag auf Frühförderleistungen zunächst vom LAS geprüft werden müsse, was gegebenenfalls mit Wartezeiten und entsprechenden Verzögerungen bis zum Leistungsbescheid einhergehen könne. Daneben müssten im Rahmen der Diagnostik, wie sie hier dargestellt werde, Personen „von außen“ mit dem Kind arbeiten, was nicht der „Leistungen wie aus einer Hand“ entsprechen würde, die schon Ziel der Komplexleistung war und auch vom BTHG gefordert werde. Dieses Argument halten die Vertreterinnen und Vertreter des MSGFF nicht für stichhaltig, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühförderstellen dem Kind bis dahin auch nur wenig bekannt sind.

Argumente für den Zwischenschritt der Antragstellung waren, dass die derzeit hohe Leistungsbewilligung von vielen Beteiligten nicht nachvollzogen werden könne, die ja auch wegen des Gutachtens des Rechnungshofs und des statistischen Ländervergleichs kritisch zu sehen sei. Weiterhin sei ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen gesetzlich vorgeschrieben. Infolge des BTHG seien zukünftig alle Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen; das bisher in der Sozialhilfe geltende Prinzip, dass dem Träger lediglich der Bedarf bekannt werden muss, reiche dann nicht mehr aus. Das abgebildete Verfahren entspreche daneben auch dem gängigen Verfahren der Begutachtung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Im Zuge der Diagnostik könne auf diesem Weg zunächst festgestellt werden, ob eine Person zum leistungsberechtigten Personenkreis gehöre. Erst daran anschließend erfolge die Bedarfsermittlung sowie die Zuweisung zur entsprechenden Maßnahme. Dieses Verfahren würde auch der üblichen Vorgehensweise beim Zugang zu allen anderen Leistungen der Eingliederungshilfe im Saarland entsprechen. Derzeit werde die Diagnostik noch in umgekehrter Reihenfolge durchgeführt.

6.3 Elternarbeit

Von einigen Institutionen (z. B. LAS und Saarländischer Rechnungshof) wird in Bezug auf die derzeitige Umsetzung der Elternarbeit kritisiert, dass die Eltern zu selten an den Sitzungen des Fachausschusses teilnehmen, die Elternarbeit unzureichend dokumentiert und in Form einer indirekten Leistung behandelt wird. Das LAS regt dazu an, die

Mitarbeit der Eltern in der Praxis zu verbessern, und der Rechnungshof schlägt vor, die Elternarbeit als direkte Leistung zu vereinbaren.

Die moderierte Diskussion befasste sich damit, wie die Eltern aus der Sicht der Teilnehmenden in die Förderung des Kindes einbezogen werden, welche Möglichkeiten zur Intensivierung der Elternarbeit gesehen werden und wie der Vorschlag des Rechnungshofes bewertet wird, die Elternarbeit als direkte Leistung zu vereinbaren.

Bestätigt wird die geringe Elternbeteiligung, derzeit nähmen lediglich etwa fünf bis zehn Prozent der Eltern an den Sitzungen des Fachausschusses teil. Eine Einladung der Eltern zum Fachausschuss erfolge zwar regelmäßig, jedoch nähmen diese meistens aus eigener Entscheidung nicht an den Sitzungen teil. Generell würden der Elternarbeit von den Beteiligten ein hoher Stellenwert beigemessen und die Eltern der Kinder angemessen in die Förderung einbezogen. Allerdings gestalte sich die Dokumentation der Elternarbeit in den Frühförderstellen als verbesserungswürdig, die in der Vergangenheit nicht ausreichend stattgefunden habe. Neben einer umfangreichen Dokumentation der Elternarbeit bestehe darüber hinaus die Notwendigkeit, die Eltern darüber zu informieren, die Förderung ihrer Kinder zuhause fortzuführen, damit die Leistungen der Frühförderung auch nachhaltig verankert werden könnten.

6.4 Teilhabeplanverfahren

Im Zuge der Diskussion zur Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens wurde eingangs erläutert, dass das Saarland plant, das Teilhabeplanverfahren durch das Landesamt für Soziales, ggf. unter Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger, umzusetzen. Es wurde erörtert, wie zukünftig das Teilhabeplanverfahren aus Sicht der Workshopteilnehmenden umgesetzt werden kann.

Im Rahmen des Vorschlags des MSGFF zur Umsetzung des Leistungszugangs (vgl. Kapitel 6.2) war das Teilhabeplanverfahren in Bezug auf die einzelnen Begutachtungsbestandteile sowie die daran beteiligten Akteurinnen und Akteure bereits ausführlich diskutiert worden. Aus der Diskussion ging hervor, dass bezüglich der Akteurinnen und Akteure sowie der einzelnen Bestandteile keine Neuerungen vorgesehen seien, sondern dass lediglich das Verfahren umstrukturiert werden solle: Zunächst erfolge eine Prüfung der Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis. Fälle, die nicht von einer „wesentlichen“ Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfe bedroht oder betroffen seien, sollten anschließend an die zuständigen Kostenträger (z. B. das Jugendamt) weitergeleitet werden, was voraussichtlich zu einer Verringerung der Fallzahlen in der Frühförderung führen werde. Bei Fällen, in denen neben der Eingliederungshilfe weitere Kostenträger zuständig sind, sind diese zu beteiligen.

Eine Herausforderung bestehe allerdings darin, im Rahmen des Verfahrens drei verschiedene Parteien mit unterschiedlichen Motiven zusammenzubringen: Erstens das LAS, das auf die Nachrangigkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe und eine sachgerechte Verwendung der Steuergelder achtet, zweitens die gesetzlichen

Krankenkassen, die sich für eine sachgerechte Verwendung der Mitgliedsbeiträge verantwortlich sehen und drittens die Frühförderstellen, die für die Umsetzung der Leistungserbringung verantwortlich sind.

Im Hinblick auf das Beratungsgremium müssen neue Strukturen im Sinne eines Gesamtplanverfahrens bzw. (da unterschiedliche Träger beteiligt sind) eines Teilhabeplanverfahrens (i. S. d. § 19 SGB IX) eingerichtet werden. Sowohl die Frühförderstellen als auch andere Rehabilitationsträger können auf diese Weise in die Planung der Förderung einbezogen werden.

7. Ergebnisse der Befragung des Sozialhilfeträgers zum Zugang zu den Leistungen

In Ergänzung zu den Daten zur Leistungserbringung (vgl. Kapitel 5.3) wurde der überörtliche Sozialhilfeträger darum gebeten, auch Fragen zum Leistungszugang zu beantworten. Der Träger gab an, dass die durchschnittliche Dauer des Zeitraums von der Sitzung des Fachausschusses bis zur Bewilligung etwa 14 Tage beträgt. Im Jahr 2018 seien in etwa 190 Fällen Anträge auf Leistungen der Frühförderung vollständig abgelehnt worden, was einem Anteil von knapp 6 % aller Anträge gleichkomme. Gründe dafür seien einerseits gewesen, dass beim Kind keine Förderbedürftigkeit erkennbar war. Andererseits seien Anträge abgelehnt worden, wenn passgenauere Leistungen, wie z. B. Hilfen zur Erziehung oder psychologische Hilfen, angemessener für das Kind gewesen seien. Dass die Rahmenbedingungen der Förderung, wie z. B. das Alter des Kindes oder die Zeit bis zur Einschulung, nicht passend gewesen seien oder die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis nicht gegeben war, führte ebenfalls dazu, dass Anträge nicht bewilligt wurden.

Der Träger gab an, dass für die Kinder, die solitäre heilpädagogische Leistungen erhalten, durchschnittlich etwa 54 Fördereinheiten bewilligt werden. Bei Komplexleistungen liege die Anzahl mit knapp 62 Einheiten um etwa acht Einheiten höher, wobei durchschnittlich 14 Fördereinheiten auf die logopädische Förderung, zwei Fördereinheiten auf die ergotherapeutische Förderung und vier Fördereinheiten auf die physiotherapeutische Förderung entfielen.

Im Jahr 2018 sei in etwa 2.130 Fällen der bewilligten Anträge die vom Fachausschuss empfohlene Anzahl an Fördereinheiten reduziert worden, was bezogen auf alle bearbeiteten Anträge einem Anteil von 76 % gleichkommt. In etwa 610 Fällen seien darüber hinaus Leistungen bewilligt, aber nicht bzw. nicht vollständig in Anspruch genommen worden (18 % aller bewilligten Anträge). Gründe dafür seien, dass die Eltern des Kindes die bewilligten Fördereinheiten nicht in Anspruch genommen hätten, die Familie den Wohnort gewechselt habe, der Gesundheitszustand des Kindes sich drastisch verschlechtert habe, die Familie in Kur gegangen sei oder keine Zeit für die Förderung gehabt habe.

Da Fragen zur konkreten Ausgestaltung der Frühförderleistungen nicht durch den Sozialhilfeträger beantwortet werden können, wurde dieser lediglich zum Leistungszugang und zur Leistungsbewilligung befragt. Die Befragung der Frühförderstellen, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel aufgezeigt werden, gestaltet sich deutlich umfangreicher und erfasst darüber hinaus auch Informationen zur Umsetzung der Landesrahmenempfehlung, zur Elternarbeit und zur Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Diensten.

8. Ergebnisse der Befragung der Frühförderstellen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der Frühförderstellen dargestellt. Die Reihenfolge der einzelnen Abschnitte orientiert sich dabei an der Reihenfolge der Themenblöcke des Fragebogens: Auswirkung der Landesrahmenempfehlung (Kapitel 8.1), Leistungserbringung (8.2; wobei der statistische Teil dieses Themenblocks bereits in Kapitel 5.4 dargelegt wurde), Zugang zu den Leistungen (8.3), Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Diensten (8.4), Elternarbeit (8.5) und gewünschte Veränderungen (8.6; wobei dieses Kapitel die Antworten auf die letzte Frage des Fragebogens und keinen separaten Themenblock wiedergibt).

8.1 Landesrahmenempfehlung

Der erste Themenblock zielte auf die Erfassung des in den bzw. für die Frühförderstellen beschäftigten Personals sowie die Bewertung der Umsetzbarkeit der Vorgaben der Landesrahmenempfehlung ab.

In den Einrichtungen beschäftigtes Personal

Hinsichtlich des Personals wurden die Frühförderstellen zunächst darum gebeten anzugeben, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeweils fest angestellt sowie in vertraglich gebundener Kooperation in der bzw. für die Einrichtung arbeiten und wie vielen Vollzeitstellen dies entspricht. Bezüglich des Personals in vertraglich gebundener Kooperation hat die LAG IFF erläutert, dass medizinisch-therapeutische Fachkräfte, die mit den Frühförderstellen kooperieren, nicht in Vollzeitstellen angegeben werden könnten, da in diesen Fällen mit Praxen und nicht mit Einzelpersonen kooperiert werde. Aber auch über die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte hinaus wurden im Hinblick auf die vertraglich gebundenen Vollzeitstellen von lediglich zwei Frühförderstellen Angaben gemacht. Da ein Mittelwert aufgrund dieser geringen Fallzahl nicht als repräsentativ zu bewerten wäre, wird in Tabelle 13 für das vertraglich gebundene Personal jeweils lediglich die Anzahl der durchschnittlich pro Einrichtung kooperierenden Personen, nicht jedoch der Vollzeitstellen, abgebildet.

Entgegen der Erwartung, dass alle Frühförderstellen mit medizinischen Fachkräften kooperieren, wurde dies von lediglich elf IFF angegeben. Von diesen wiederum kooperieren knapp 70 % mit Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde. Diese Ärztinnen und Ärzte stellen jedoch in keiner Einrichtung festangestellte Mitarbeitende, sondern immer vertragliche Kooperationspartnerinnen und -partner dar. Im Durchschnitt kooperiert jede Frühförderstelle mit fünf dieser Fachärztinnen und -ärzten. Mit Psychiaterinnen und Psychiatern wird hingegen weniger häufig kooperiert: Eine Frühförderstelle kooperiert hier durchschnittlich mit 1,5 Personen. Des Weiteren wurden Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes als medizinische Fachkräfte ergänzt, mit denen im Mittel mit zwei Personen zusammengearbeitet wird.

Tabelle 13: In den Frühförderstellen eingesetztes Personal

	Anteil der IFF, die entsprechen- des Personal beschäftigen	Anzahl des je IFF durchschnittlich eingesetzten Personals		
		fest angestellt		in vertraglich gebundener Kooperation
		Personen	Vollzeitstellen	Personen
Medizinische Fachkräfte				
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	69%			4,6
Psychiater/innen	8%			1,5
Andere	15%			2,0
Heilpädagogische Fachkräfte				
Heilpädagogen/innen	77%	3,6	2,7	
Sozialpädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen	85%	3,8	2,5	
Sonderpädagogen/innen	31%	1,3	0,8	
Dipl.-Pädagogen/innen	69%	2,3	1,7	
Motopäden/innen	23%	1,0	0,9	
Andere	85%	9,8	6,3	
Psychologische Fachkräfte				
Psychologen/innen	46%	1,6	1,0	3,0
Andere	23%	1,3	0,8	
Medizinisch-therapeutische Fachkräfte				
Logopäden/innen, Sprachheilpädagogen/innen	69%	1,1	1,0	24,0
Ergotherapeuten/innen	62%	2,3	1,9	11,0
Physiotherapeuten/innen	62%	1,7	1,1	12,3
Andere				
Verwaltungsfachkräfte				
Bürofachkräfte, Sekretäre/innen	85%	1,8	1,0	
Andere	23%	3,0	0,9	
Weiteres Personal				
Andere 1	62%	2,2	0,6	1,0
Andere 2	54%	2,6	1,0	
Gesamtzahl Personal in IFF		22,0	16,9	57,5

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Alle Einrichtungen gaben an, heilpädagogische Fachkräfte zu beschäftigen. Hierbei fiel auf, dass die heilpädagogischen Fachkräfte immer festangestelltes Personal der Einrichtung sind und mit diesen in keinem Fall vertraglich kooperiert wird. Am häufigsten umfassen diese Fachkräfte Sozialpädagoginnen und -pädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Erzieherinnen und Erzieher mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung (jeweils 85 %). Aus der Berufsgruppe der Sozialpädagoginnen und -pädagogen bzw. der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sind durchschnittlich vier Personen bzw. 2,5 Vollzeitstellen je Einrichtung beschäftigt, und 10 Personen bzw. 6,3 Vollzeitstellen sind Erzieherinnen und Erzieher. Etwa zwei Drittel der Frühförderstellen beschäftigen Diplom-Pädagoginnen und -Pädagogen (2,3 Personen bzw. 1,7

Vollzeitstellen). Sonderpädagoginnen und -pädagogen sowie Motopädinnen und Motopäden arbeiten deutlich seltener in den Frühförderzentren (31 % bzw. 23 %).

Hinsichtlich der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen gab etwa jede zweite Frühförderstelle an, dass diese für sie tätig ist. Jedoch wird mit diesen deutlich häufiger vertraglich kooperiert (durchschnittlich 3,0 Personen), als dass sie festangestelltes Personal der Einrichtung darstellen (1,6 Personen bzw. 1,0 Vollzeitstellen). Andere psychologische Fachkräfte, in den meisten Fällen Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, sind in ungefähr jeder vierten Frühförderstelle festangestellt.

Bei den medizinisch-therapeutischen Fachkräften wurden Logopädinnen und Logopäden bzw. Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen (69 %) und Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten (jeweils 62 %) etwa gleich häufig von den Frühförderstellen als Mitarbeitende genannt. Auffällig ist hierbei die große Anzahl der jeweils vertraglich gebundenen Fachkräfte: Im Durchschnitt kooperiert jede Stelle mit 24 Logopädinnen und Logopäden, 12 Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie 11 Ergotherapeutinnen und -therapeuten.

Fast alle 13 Frühförderstellen beschäftigen Bürofachkräfte bzw. Sekretärinnen und Sekretäre. Hierbei beläuft sich die durchschnittliche Anzahl auf zwei Bürofachkräfte bzw. eine Vollzeitstelle, die in den Frühförderstellen fest angestellt ist. Andere Verwaltungsfachkräfte umfassen sowohl die Buchhaltung als auch die Personalverwaltung.

Im Hinblick auf das in den Frühförderstellen beschäftigte Overheadpersonal, das der Kategorie „weiteres Personal“ zugeordnet wurde, wurden Geschäftsführung, Betriebsrat, IT-Personal, Hauswirtschaftspersonal, Brandschutzpersonal, Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Arbeitsschutz sowie Qualitätsmanagement genannt. Erweitert wurde diese Aufzählung durch den technischen Dienst sowie den Datenschutz.

Über alle Personalgruppen hinweg beschäftigt jede der 13 saarländischen Frühförderstellen im Mittel 22 fest angestellte Mitarbeitende, was etwa 17 Vollzeitstellen gleichkommt. Vertraglich kooperiert wird hingegen mit etwa 58 Personen und damit mit knapp dreimal so vielen Personen wie Festangestellten.

Um ein differenziertes Bild der Personalqualifikation zeichnen zu können, wurden die Zusatzqualifikationen der Mitarbeitenden erhoben. In allen Frühförderstellen sind Mitarbeitende beschäftigt, die eine Weiterbildung in systemischer Beratung abgeschlossen haben. Durchschnittlich trifft diese Zusatzqualifikation auf 2,4 Personen je Einrichtung zu. Eine Zusatzausbildung in Familientherapie kann das Personal knapp jeder zweiten Frühförderstelle vorweisen (46 % bzw. durchschnittlich 1,4 Personen). 92 % der Frühförderstellen gaben an, durchschnittlich 2,3 Personen mit weiteren Qualifikationen zu beschäftigen. Diese weiteren Zusatzqualifikationen unterteilen sich in Gestalttherapie, Qualitätsmanagement, Psychodramausbildung, Therapeutenausbildung, Spiel-, Gruppen- und Entspannungspädagogik, Inklusive Pädagogik und Praxis,

Gesprächsführung mit Kindern, Mediation, Marburger Konzentrationstraining, Diagnostik und Kinderschutzfachkraft. Die LAG IFF merkt zu dieser Frage an, dass die sonderpädagogische Zusatzqualifikation von den Frühförderstellen nicht aufgeführt worden sei, da diese nach dem Landesrahmenvertrag ohnehin die Mindestanforderung widerspiegeln.

Bewertung der Vorgaben der Landesrahmenempfehlung

Bezüglich der Vorgaben der Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sollten die Einrichtungen für einzelne Vorgaben einschätzen, wie gut diese aus ihrer Sicht umsetzbar sind. Dazu stand eine Skala von *sehr einfach* bis *sehr schwierig* zur Verfügung. Die Antwortkategorie *sehr schwierig* wurde kein einziges Mal gewählt, weswegen auf deren Darstellung in Tabelle 14 verzichtet wurde.

Als *einfach* bzw. *sehr einfach* wurde von allen Einrichtungen die Umsetzung des offenen Beratungsangebotes, der geeigneten räumlichen Ausstattung, um die Diagnostik und die Behandlung des Kindes und der Eltern durchführen zu können sowie der erforderlichen Sachmittelausstattung für die Bereiche Diagnostik, Förderung/Behandlung und Beratung bewertet. Als schwieriger bewertet wurden hingegen die Umsetzung der alltagsunterstützenden Zusammenarbeit mit den Familien und Bezugspersonen der Kinder, der Erkennung und Förderung der Entwicklungskräfte der Familie sowie des Informationsabgleichs und der Kooperation zwischen den beteiligten Fachkräften. Die LAG IFF erläuterte hierzu, dass diese Vorgaben bezüglich ihrer Umsetzbarkeit lediglich mit *teils/teils* oder schlechter bewertet wurden, weil aufgrund des momentan stark reduzierten Stundenumfanges für diese Aspekte nicht genügend Zeit zur Verfügung stehe. Dies betreffe auch die Vorgaben der Zusammenarbeit mit weiteren Diensten sowie die Erkennung und Förderung der Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dagegen lässt sich jedoch einwenden, dass im Saarland eine 90-minütige Behandlungseinheit neben der 45-minütigen direkten Leistung am Kind auch 45 Minuten für indirekte Leistungen in Form von Vor- und Nachbereitung, Fahrzeit, Netzwerkarbeit, Elternarbeit usw. vorsieht. Hinsichtlich der Umsetzung der Vorgaben zu den Diagnostikleistungen gaben alle Stellen an, dass sich diese für sie *einfach* bzw. *sehr einfach* umsetzen ließen, sodass hierzu keine weiteren Ausführungen möglich sind. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses sollte der Wunsch der Frühförderstellen, die Diagnostik und das Beratungsangebot weiterhin selbst durchführen zu können, jedoch berücksichtigt werden – womöglich spielte dieser bei der Bewertung diagnostischer Aufgaben eine Rolle.

Tabelle 14: Umsetzbarkeit der Vorgaben der Landesrahmenempfehlung

Vorgabe der Landesrahmenempfehlung	Die Umsetzung gestaltet sich als			
	sehr einfach	einfach	teils/teils	schwierig
Interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen	15%	69%	15%	
Alltagsunterstützende Zusammenarbeit mit den Familien/Bezugspersonen der Kinder	0%	62%	31%	8%
Zusammenarbeit mit weiteren Diensten und Einrichtungen	0%	31%	69%	
Offenes Beratungsangebot	77%	23%		
Beachtung der Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung und Ressourcen des Kindes	23%	77%		
Erkennung und Förderung der Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	15%	38%	46%	
Erkennung und Förderung der Entwicklungskräfte der Familie	0%	15%	69%	15%
Informationsabgleich und Kooperationen zwischen den beteiligten Fachkräften	8%	46%	23%	23%
Geeignete räumliche Ausstattung, um die Diagnostik und die Behandlung des Kindes und der Eltern durchführen zu können	54%	46%		
Erforderliche Sachmittelausstattung für die Bereiche Diagnostik, Förderung/Behandlung und Beratung	54%	46%		
Die Diagnostikleistungen...				
...sind als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ausgelegt.	54%	46%		
...umfassen alle Dimensionen der kindlichen Entwicklung.	77%	23%		
...beinhalten die Beobachtung und Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion.	46%	54%		
...sind handlungs- und alltagsorientiert und zielen auf die Teilhabe des Kindes in seiner realen Lebenswelt.	54%	46%		
...werden in Abstimmung mit den Bezugspersonen erbracht.	69%	31%		
...bedienen sich normorientierter und förderdiagnostischer Verfahren.	77%	23%		
...leisten die Integration der diagnostischen Einzelbeiträge und Befunde in eine systemische Gesamtschau.	46%	54%		

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

8.2 Leistungserbringung

Die durchschnittliche Häufigkeit, mit der die Kinder Leistungen der Frühförderung erhalten, beläuft sich nach Angaben der Frühförderstellen auf eineinhalb solitär-heilpädagogische Leistungen und auf zwei Komplexleistungen pro Woche. Einige Frühförderstellen sowie die LAG IFF merkten hierzu an, dass die vor ca. eineinhalb Jahren vorgenommene Reduzierung der Behandlungseinheiten dazu geführt habe, dass das Kind pro Woche nur noch eine bis eineinhalb Fördereinheiten erhalten könne. Um eine intensive und auf die Bedarfe des Kindes abgestimmte Förderung zu garantieren, seien jedoch mindestens zwei Behandlungseinheiten pro Kind und Woche notwendig. Wie zu

Beginn dieses Abschnitts erläutert, ist dies jedoch bei Komplexleistungen derzeit bereits der Fall: Kinder erhalten im Mittel zweimal pro Woche Komplexleistungen. Bei Solitärleistungen, die im Durchschnitt eineinhalbmahl pro Woche erbracht werden, liegt der Wert etwas unter der von der LAG IFF geforderten Anzahl.

Bezüglich der Dauer des Leistungsbezugs wurden die Einrichtungen darum gebeten, die durchschnittliche Gesamtdauer der Förderung je Leistungsform anzugeben. Für beide Formen ergab sich eine Dauer von etwas weniger als zwei Jahren, wobei die solitäre Leistungserbringung mit 22 Monaten im Mittel etwas höher ausfiel als die kombinierte Leistungserbringung mit 20 Monaten.

Tabelle 15: Ort der Leistungserbringung

	Solitäre heilpädagogische Leistungen	Komplex- leistungen
In der IFF	17%	14%
Zuhause	34%	17%
In der KiTa	27%	15%
In den Räumen des extern kooperierenden Therapeuten	21%	54%
	=100%	=100%

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Die Orte, an denen die Frühförderleistungen erbracht werden, sind in Tabelle 15 abgebildet. Es sticht heraus, dass die Förderung in nur sehr wenigen Fällen in der Frühförderstelle selbst stattfindet (17 % bei solitären heilpädagogischen Leistungen und 14 % bei Komplexleistungen). Solitärleistungen werden am häufigsten im Zuhause des Kindes (34 %) oder in der Kindertagesstätte (27 %) erbracht. Die restlichen Leistungen werden in der IFF (17 %) oder in den Räumen der extern kooperierenden Therapeutin bzw. des extern kooperierenden Therapeuten (21 %) erbracht. Hingegen finden Komplexleistungen in mehr als der Hälfte der Fälle in den Räumen der extern kooperierenden Therapeutin bzw. des extern kooperierenden Therapeuten statt (54 %).

8.3 Zugang zu den Leistungen

Da der Zugang zu den Frühförderleistungen derzeit im Saarland sehr großzügig gestaltet und mit erheblichen Kosten für das Land verbunden ist, verfolgt das LAS Überlegungen, die Zugangswege zu den Leistungen der Frühförderung künftig neu zu strukturieren. Wie bereits erläutert, stellt der Leistungszugang aus diesem Grund ein Schwerpunktthema der vorliegenden Studie dar und wurde auch im Rahmen der Befragung der Einrichtungen, die zurzeit in die Zugangssteuerung involviert sind, besonders thematisiert. Unter anderem wurde erfasst, wie viele Erstberatungen und Eingangsdiagnostiken im letzten Jahr in den Einrichtungen stattgefunden haben, welche Kriterien bezüglich der Förderbedürftigkeit nach dem Verständnis der Einrichtungen bestehen und wie sich relevante Kennzahlen (z. B. Dauer bis zur Bewilligung, Ablehnung von Anträgen) im Bereich des Leistungszugangs entwickeln. Vor allem in diesem Fragenblock wurden einige Fragen von allen Frühförderstellen identisch beantwortet und

waren insofern nicht weiter auswertbar. Dieses Antwortverhalten kann evtl. als Ablehnung des zur Diskussion stehenden Reformvorschlags interpretiert werden.

Die Anzahl der durchgeführten Erstberatungen und Eingangsdiagnostiken wurde bereits in Kapitel 5.4 thematisiert. Eltern bzw. Sorgeberechtigte suchen die Erstberatung aus verschiedenen Gründen auf. Von allen 13 Frühförderstellen wurden alle vorgegebenen Gründe, wegen derer die Eltern bzw. Sorgeberechtigten des Kindes die Erstberatung in den Frühförderstellen aufsuchen, angekreuzt: Die Erstberatung werde immer dann aufgesucht, wenn sich die Eltern unsicher seien, ob das Kind einen Frühförderbedarf habe, sie Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Fördermaßnahmen benötigten oder ihnen das Aufsuchen der Erstberatung von der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt oder der Kindertagesstätte empfohlen worden sei. Weitere Gründe, die in das Textfeld eingetragen wurden, umfassten Empfehlungen von Kliniken, der Familienhilfe, des Jugendamtes, des Sozialpädiatrischen Zentrums, von Fachärztinnen und -ärzten, von Therapeutinnen und -therapeuten, der Frühen Hilfe und weiterer Helfersysteme. Auch bei auffälligen Ergebnissen der Schuleingangsdiagnostik werde an die Frühförderstellen verwiesen, um einen gegebenenfalls bestehenden Förderbedarf abzuklären.

Tabelle 16: Gründe für die Nichteinleitung der Eingangsdiagnostik

	Anzahl	Anteil
Andere Leistungen (wie z. B. Hilfen zur Erziehung oder psychologische Hilfen) sind passender für das Kind.	13	100%
Die Eltern des Kindes lehnen einen weiterführenden Prozess ab.	12	92%
Beim Kind ist keine Förderbedürftigkeit erkennbar.	10	77%
Andere Gründe	10	77%
Die Rahmenbedingungen der Förderung (z. B. Alter des Kindes, Zeit bis zur Einschulung) sind nicht passend.	6	46%

Quelle: *Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG*

Tabelle 16 bildet ab, welche Gründe aus Sicht der Frühförderstellen in den Fällen relevant sind, in denen nach der Erstberatung keine Eingangsdiagnostik eingeleitet wird. Alle Einrichtungen gaben an, dass dies der Fall ist, wenn andere Leistungen, wie z. B. Hilfen zur Erziehung oder psychologische Hilfen passender für das Kind sind. Einen weiteren wichtigen Grund stelle daneben die Ablehnung der Förderung seitens der Eltern dar. Dass keine Förderbedürftigkeit beim Kind erkennbar ist, wurde von 10 der 13 Stellen als weiterer Grund genannt. Andere Gründe, die laut Frühförderstellen ausschlaggebend sind, betreffen die Unzuverlässigkeit der Eltern, einen Umzug der Familie oder das Ausreichen rein medizinisch-therapeutischer Maßnahmen. Unpassende Rahmenbedingung der Förderung, wie z. B. das Alter des Kindes oder eine kurze Zeit bis zur Einschulung, nannte jede zweite Frühförderstelle als Grund.

Ort der Diagnostik

Im Hinblick auf den Ort der Diagnostik lässt sich festhalten, dass in lediglich einer Frühförderstelle alle Bestandteile der Diagnostik in der Einrichtung stattfinden, alle anderen

Stellen hingegen einzelne Diagnostikbestandteile auslagern (vgl. Tabelle 17). Dies betrifft vor allem die ärztliche sowie die heilpädagogische Diagnostik (77 % bzw. 69 %), die also kaum in den Einrichtungen selbst stattfinden. Die psychologische Diagnostik hingegen wird meistens in den Stellen selbst durchgeführt. Alle Stellen gaben an, dass auch weitere diagnostische Bestandteile, wie z. B. die medizinisch-therapeutische Diagnostik oder die Verhaltensbeobachtung, außerhalb der Einrichtung durchgeführt werden. Eine Stelle erläuterte diesbezüglich, dass die heilpädagogische Diagnostik in der Regel entweder im häuslichen Umfeld des Kindes oder in der IFF stattfindet. Die medizinische Diagnostik finde in der Praxis des Vertragsarztes und die medizinisch-therapeutische in der Praxis bzw. gelegentlich auch hausambulant statt. Die heilpädagogische Diagnostik werde immer dann an einem anderen Ort als der Einrichtung durchgeführt, wenn die Eltern nicht dazu in der Lage seien, die Frühberatungs- und Frühförderstelle aufzusuchen.

Tabelle 17: Ort der Diagnostik

	Anzahl	Anteil
Alle Bestandteile der Diagnostik finden in der Einrichtung statt.	1	8%
Einzelne Bestandteile der Diagnostik finden woanders als in der Einrichtung statt.	12	92%
Dies betrifft folgende Bestandteile:		
Ärztliche Diagnostik	10	77%
Psychologische Diagnostik	1	8%
Heilpädagogische Diagnostik	9	69%
Andere Diagnostik	13	100%

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Alle 13 Stellen verwenden zur Feststellung einer Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand (nach § 2 Abs. 1 SGB IX) standardisierte Testverfahren, elf Stellen (85 %) zusätzlich weitere heilpädagogische Verfahren und zehn Stellen (77 %) weitere nicht-heilpädagogische Verfahren. Die Frühförderstellen hatten bei dieser Frage außerdem die Möglichkeit anzugeben, welche Verfahren sie genau verwenden. Bezüglich der standardisierten Testverfahren wurde der ET6-6-R am häufigsten aufgeführt (10 Stellen bzw. 77 %). Aber auch Tests wie der SON-R 2,5 - 7 sowie BUEVA 1, 2 und 3 finden häufig Anwendung. Im Hinblick auf weitere heilpädagogische Verfahren dominierte der Münchner Funktionelle Entwicklungstest in der Häufigkeit seiner Nennungen und wurde häufig durch förderdiagnostisch orientierte Verhaltensbeobachtungsbögen wie den VBV 3-6 ergänzt. Auch bei den nicht-heilpädagogischen Verfahren wurde die Verhaltensbeobachtung von den Frühförderstellen aufgeführt. Hinzu kommen Einschätzungsbögen von Eltern und Kitas sowie standardisierte Verfahren der medizinischen Therapeuten.

Kriterien der Förderbedürftigkeit

Auf die Frage danach, welche Kriterien neben Entwicklungsauffälligkeiten und einer drohenden bzw. bestehenden Behinderung eines Kindes der Annahme zugrunde

liegen, dass ein Kind Frühförderleistungen bedarf, wurden von den Frühförderstellen landesweit keine Kriterien angekreuzt, was die LAG IFF so begründet, dass keines der Kriterien ausreiche, um eine Fördermaßnahme einzuleiten, wenn keine Entwicklungsverzögerung oder eine drohende bzw. bestehende Behinderung vorliege: Dass das Kind eine Frühgeburt sei, einer sozial belasteten Familie entstamme, die Sprachentwicklung verzögert sei oder die Familie des Kindes durch das Jugendamt betreut werde, sei nicht ausreichend, um eine entsprechende Fördermaßnahme einzuleiten.

Bei der Beschreibung der Kriterien, die der Annahme zugrunde liegen, dass ein Kind von Behinderung bedroht oder betroffen ist, zitierten nahezu alle Frühförderstellen § 2 Abs. 1 SGB IX: „Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sich in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilnahme an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- oder Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ Ergänzt wurde dieses Zitat durch folgende Antworten (*Auszüge sinngemäß wiedergegeben*):

- Bestehende Erkrankungen und vorliegende medizinische Diagnosen
- Testergebnisse im unterdurchschnittlichen Bereich (IQ < 85)
- Das Kind kann ohne fachliche Unterstützung seine Entwicklungsrückschritte nicht aufarbeiten.
- Erschwerte Umweltbedingungen, die sich nachhaltig auf die Gesamtentwicklung auswirken
- Multimodales Verursachungsmodell unter Berücksichtigung sozialer, medizinischer und psychologischer Faktoren
- Das Kind ist eine Frühgeburt.
- Frühe Störung der Mutter-Kind-Bindung
- Sinnes- oder Sprachbeeinträchtigungen

Antragstellung und Leistungsbewilligung

Daran anschließend wurden Fragen zur Dauer von der Erstberatung bis zur Diagnostik und von der Fachausschusstagung bis zur Bewilligung der Leistungen sowie zu Ablehnungen und nicht Inanspruchnahme von Frühförderleistungen gestellt. Laut Aussagen der Frühförderstellen beziffert sich die durchschnittliche Dauer vom Zeitpunkt der Erstberatung bis zur Durchführung der Diagnostik auf knapp zwei Wochen (zwölf Tage). Die durchschnittliche Dauer vom Zeitpunkt der Sitzung des Fachausschusses bis zur Bewilligung der Frühförderleistungen dauert hingegen deutlich länger: Sie beträgt im Mittel etwas mehr als zwei Monate (65 Tage). Auffällig ist die große Diskrepanz

zwischen den Angaben des Trägers einerseits und der Einrichtungen andererseits: Der Sozialhilfeträger gab nämlich an, dass es von der Sitzung des Fachausschusses bis zur Leistungsbewilligung nur 14 Tage dauere (vgl. Kapitel 7).

Im Jahr 2018 wurden je Einrichtung in knapp zwölf Fällen Anträge auf Leistungen der Frühförderung abgelehnt, was einem Anteil von etwa 11 % aller gestellten Anträge gleichkommt. Hierzu wurde von den Einrichtungen ergänzt, dass Anträge auf Weiterbewilligungen, die in diesen Angaben keine Berücksichtigung finden, deutlich häufiger abgelehnt wurden. Die Frage nach der durchschnittlichen Nicht- bzw. nicht vollständigen Inanspruchnahme von im Jahr 2018 bewilligten Frühförderleistungen konnte laut Aussage der LAG IFF nicht beantwortet werden, da der Großteil der in 2018 bewilligten Leistungen über den Monat April 2019, in dem die Befragung stattgefunden hat, hinausgehe. Vier Frühförderstellen machten hierzu dennoch Angaben: In durchschnittlich knapp 3 % aller bewilligten Anträge wurden die Leistungen nicht bzw. nicht vollständig in Anspruch genommen.

Tabelle 18: Gründe für die Nichtinanspruchnahme von bewilligten Leistungen

	Anzahl	Anteil
Die Familie hatte den Wohnort gewechselt.	12	92%
Die Eltern haben die bewilligten Fördermöglichkeiten nicht in Anspruch genommen.	11	85%
Andere Gründe	11	85%
Der Gesundheitszustand des Kindes hatte sich drastisch verschlechtert.	8	62%
Die Zeit bis zur Einschulung war letztendlich zu kurz (Bewilligungszeit und Wartezeit bis Beginn der Förderung).	1	8%
Der Bedarf des Kindes hatte sich zwischenzeitlich erheblich verändert (z. B. durch zusätzliche Erkrankung).	1	8%

Quelle: *Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG*

Gründe für die Nicht- bzw. nicht vollständige Inanspruchnahme von bereits bewilligten Frühförderleistungen sind vielseitig und reichen vom Wohnortwechsel der Familie bis hin zum plötzlichen Kindestod. In Tabelle 18 werden die von den Frühförderstellen angegebenen Gründe in ihrer jeweils genannten Häufigkeit abgebildet. In den häufigsten Fällen war ausschlaggebend, dass die Familie den Wohnort wechselte oder die Eltern sich gegen eine Inanspruchnahme entschieden. Auch der Gesundheitszustand des Kindes spielte eine entscheidende Rolle. Dass die Zeit bis zur Einschulung des Kindes letztendlich zu kurz war oder der Bedarf des Kindes sich z. B. durch eine zusätzliche Erkrankung inzwischen erheblich verändert hatte, wurde lediglich jeweils einmal angegeben. Dafür wurden viele weitere Gründe genannt: Plötzlicher Kindestod, (teil-)stationäre Aufenthalte des Kindes, eine zu späte Erteilung der Kostenzusage bzw. Bearbeitung von Verlängerungsanträgen, Wechsel in die Afl bzw. Genehmigung einer Integrationsmaßnahme, lange Familienurlaube.

8.4 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten

Tabelle 19 kann entnommen werden, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Frühförderstellen und anderen Einrichtungen und Diensten gestaltet. Konkret wurde erfasst, mit vielen Personen durchschnittlich zusammengearbeitet wird und wie die Bewertung der Zusammenarbeit im Einzelnen ausfällt. Da bezüglich der Bewertung der Zusammenarbeit die Antwortkategorien *teils/teils* und *unzureichend* selten gewählt wurden, wurden diese in der abgebildeten Tabelle zu einer gemeinsamen Spalte zusammengefasst. Ideen und Vorschläge seitens der Frühförderstellen zur Verbesserung dieser Kooperationsbeziehungen werden im Anschluss erläutert.

Tabelle 19: Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten

	Zusammenarbeit findet statt (N=13)		Ø Anzahl an Kooperationspartnern	Bewertung der Zusammenarbeit			
				gut		teils/teils oder unzureichend	
Ärztliche Zusammenarbeit							
Niedergelassene Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	12	92%	22,1	9	75%	3	25%
Ärzte/innen des Sozialpädiatrischen Zentrums	11	85%	2,7	7	64%	4	36%
Ärzte/innen des Gesundheitsamtes	12	92%	3,1	13	100%		
Andere	9	69%	5,4	7	78%	2	22%
Medizinisch-therapeutische Zusammenarbeit							
Logopäden/innen, Sprachheilpädagogen/innen	13	100%	25,3	9	82%	2	18%
Ergotherapeuten/innen	13	100%	11,8	10	83%	2	17%
Physiotherapeuten/innen	13	100%	11,3	10	83%	2	17%
Andere	2	15%	4,5	3	100%		
Zusammenarbeit mit Tageseinrichtungen							
Kindertagesstätten	13	100%	63,8	7	54%	6	46%
Kindertagespflege	6	46%	3,0	5	83%	1	17%
Andere	4	31%	2,3	4	100%		
Zusammenarbeit mit weiteren Diensten							
Mütterberatungsstellen	2	15%	2,0	3	100%		
Familienhebammen	10	77%	4,0	9	100%		
Familienentlastende Dienste	8	62%	4,2	8	100%		
Erziehungsberatungsstellen	11	85%	1,8	8	80%	2	20%
Jugendämter	12	92%	1,6	4	36%	7	64%
Frühe Hilfen	12	92%	2,0	10	91%	1	9%
Andere	6	46%	2,7	5	83%	1	17%

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten wird für die meisten Kooperationspartnerinnen und -partner als gut eingestuft. Nahezu alle Frühförderstellen arbeiten mit Ärztinnen und Ärzten zusammen, wobei dies am häufigsten niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde betrifft. Hier wird im Durchschnitt mit 22 Personen je Einrichtung zusammengearbeitet, wobei die Zusammenarbeit in der überwiegenden Anzahl der Fälle als *gut* bewertet

wurde. Jeweils drei Ärztinnen und Ärzte des Sozialpädiatrischen Zentrums sowie des Gesundheitsamtes arbeiten im Mittel mit den Einrichtungen zusammen, wobei sich bezüglich der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt festhalten lässt, dass diese von allen antwortenden Stellen als *gut* bewertet wurde. Die Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum wurde ein wenig schlechter, aber immer noch in zwei Dritteln der Fälle als *gut* bewertet. Andere ärztliche Zusammenarbeit betrifft Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, -psychiaterinnen und -psychiater sowie Fachärztinnen und -ärzte (z. B. für Pädaudiologie oder Neuropädiatrie).

Medizinisch-therapeutische Zusammenarbeit wird in jeder der saarländischen Frühförderstellen praktiziert und umfasst Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Die Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe wurde von den Frühförderstellen am besten bewertet (vgl. Tabelle 19).

Alle Frühförderstellen arbeiten mit Kindertagesstätten zusammen, wobei im Mittel mehr als 60 Kooperationen bestehen. Auffällig ist der hohe Anteil an Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten, die lediglich mit *teils/teils* bzw. *unzureichend* bewertet wurden (46 %). Bezüglich der Kindertagespflege wurden durchschnittlich drei Kooperationspartnerinnen und -partner genannt, und die Zusammenarbeit gestaltet sich aus Sicht der Frühförderstellen als gut. Andere Tageseinrichtungen umfassen Tageskliniken, Tagesmütter und Kinderkrippen.

Im Hinblick auf weitere Dienste arbeitet der überwiegende Teil der Frühförderstellen mit Jugendämtern, Frühen Hilfen, Erziehungsberatungsstellen sowie Familienhebammen zusammen. In einem Großteil der Fälle wurde dabei vor allem die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern als nicht gut bewertet (64 %); die Darstellung der entsprechenden Gründe erfolgt im nächsten Abschnitt. Ergänzt wurden die vorgegebenen Antwortkategorien um das Familienzentrum, die Autismusambulanz, den Kinderschutzbund und die Familienberatung. Andere Kooperationen bestehen zusätzlich noch zur Schulintegration, zur Afl, zu den offenen Hilfen sowie zu den Grund- und Förderschulen.

Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperationsbeziehungen aus Sicht der Frühförderstellen, die mit *teils/teils* oder *unzureichend* bewertet wurden, werden nachfolgend sinngemäß zitiert:

- Verringerung der Wartezeiten in den Fachkliniken
- Schaffung von Möglichkeiten zur Refinanzierung des fachlichen Austauschs
- In Bezug auf die Jugendämter wird eine größere Einbeziehung in Hilfeplanung und den bestehenden Informationsfluss für die betreffenden Familien gewünscht. Die Erreichbarkeit des Jugendamtes ist aufgrund von Überlastung derzeit als schwierig zu bewerten.
- Verbesserung der personellen Erreichbarkeit in den Institutionen

- Anpassung der bestehenden Konzepte an gesellschaftliche Veränderungen
- Intensivierung der Zusammenarbeit durch klare Absprachen bezüglich der Arbeitsfelder und des regelmäßigen Austauschs in Form von Fallbesprechungen
- Förderung der gegenseitigen Wertschätzung zwischen den einzelnen Institutionen
- Verringerung der Dauer bei Anträgen auf Weiterbewilligung bzw. Kostenzusagen
- Weiterentwicklung von Inter- und Transdisziplinarität

Direkte und indirekte Leistungen

Tabelle 20 enthält Einschätzungen der Frühförderstellen bezüglich des zeitlichen Anteils einzelner Leistungsbestandteile an der Gesamttätigkeit. Die Face-to-Face-Arbeit mit dem Kind und den Eltern macht insgesamt etwa 60 % der Gesamttätigkeit aus, wobei 43 % auf die Arbeit mit dem Kind und 16 % auf die mit den Eltern entfällt. Auf Rang 3 folgt die Fahrtzeit, die im Mittel auf einen Anteil von 10 % an der Gesamttätigkeit geschätzt wurde. Verwaltungstätigkeit und Vor- und Nachbereitung der Förderung umfassen 8 bzw. 7 % der Zeit. Lediglich jeweils 1 % entfällt auf Netzwerkarbeit, Supervision und Fortbildungen.

Tabelle 20: Anteile der direkten und indirekten Leistungsbestandteile

Rang	Tätigkeit	Ø Anteil an der Gesamttätigkeit
1	Face to Face - Leistungen mit dem Kind	43%
2	Face to Face - Leistungen mit den Eltern	16%
3	Fahrtzeit	10%
4	Verwaltungstätigkeit	8%
5	Vor- und Nachbereitung der Förderung	7%
6	Dokumentation	4%
7	Sonstige Tätigkeit	3%
8	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	2%
8	Fallgespräche des Teams	2%
8	Fallkoordination	2%
9	Netzwerkarbeit	1%
9	Supervision	1%
9	Fortbildungen	1%
		= 100%

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

8.5 Elternarbeit

Im Rahmen der Evaluation der Elternarbeit sollten die Einrichtungen Fragen zur Teilnahme der Eltern an den Sitzungen des Fachausschusses, zur Bewertung deren inhaltlicher Qualität und Häufigkeit und zu Möglichkeiten der Verbesserung der Elternarbeit beantworten.

Sitzungen des Fachausschusses

Als erstes wurden die Einrichtungen darum gebeten, auf einer Skala von *immer* bis *nie* zu beurteilen, wie häufig die Eltern der geförderten Kinder aus ihrer Sicht zu den Sitzungen des Fachausschusses eingeladen werden und wie häufig sie an den Sitzungen tatsächlich teilnehmen. Alle Einrichtungen gaben an, dass die Eltern immer eingeladen werden. Bis auf eine Frühförderstelle, die die Teilnahme der Eltern an den Sitzungen des Fachausschusses mit *sehr oft* beurteilte, bewerteten alle anderen Frühförderstellen die Teilnahme mit *selten* (11 Nennungen) bzw. *nie* (1 Nennung). Dies wurde von der LAG IFF so begründet, dass die Eltern aufgrund des Verfahrens keine aktive Einflussnahme auf die Entscheidung des Fachausschusses hätten, weshalb sie die Möglichkeit zur Teilnahme auch nur selten wahrnahmen. Sie fühlten sich zudem durch die Frühförderzentren gut vertreten. Eine Einrichtung ergänzte, dass die Teilnahme der Eltern deshalb so selten erfolge, weil sie sich wegen der Berufstätigkeit häufig nicht realisieren lasse. Wünschenswert sei jedoch eine stärkere Miteinbeziehung der Eltern bei der Beschlussfassung im Rahmen des Fachausschusses.

Einbezug der Eltern in die Förderung des Kindes

Die Frühförderstellen wurden auch um eine Einschätzung gebeten, inwiefern einerseits der Förder- und Behandlungsplan mit den Eltern des Kindes besprochen wird und andererseits die Eltern darüber hinaus in die Förderung ihres Kindes miteinbezogen werden. Auch hierzu werden die Antworten der Frühförderstellen aufgrund ihrer Heterogenität im Folgenden sinngemäß zitiert:

- a) Wie wird der Förder- und Behandlungsplan mit den Eltern des Kindes besprochen?
- Zu Beginn der Frühfördermaßnahme werden mit den Eltern die Förderziele vereinbart und die äußeren Rahmenbedingungen abgesprochen. Bei Veränderungen der Ziele werden diese laufend mit den Eltern abgestimmt.
 - Ziel ist es immer, dass alle Eltern den Inhalt eines Berichtes verstehen und nachvollziehen können und ihr Kind mit den Schwierigkeiten und Stärken darin wiedererkennen. Der Förder- und Behandlungsplan dient als Grundlage und wird mit den Einschätzungen der Eltern und der Mitarbeiter/innen mit Hinznahme von Beobachtungen in den unterschiedlichen Settings ergänzt.
 - Persönlicher Austausch zu Maßnahmenbeginn, Reflexion einer Orientierungsphase nach 6-8 Wochen (bzw. nach 10 Behandlungseinheiten), regelmäßige Elterngespräche im Verlauf unter Bezugnahme auf den Förder- und Behandlungsplan
 - Bei der Aufnahme des Kindes, beim Erstgespräch der Früherzieherin mit der Familie nach genehmigter Maßnahme, vor Ablauf oder Verlängerung der Förderung und je nach Bedarf

- b) Wie werden die Eltern darüber hinaus in die Förderung ihres Kindes eingebunden?
- Die Eltern sind in der Regel während der Frühförderung anwesend und werden miteinbezogen, um sich aktuell abzustimmen und Modelllernen zu ermöglichen.
 - Durch die Teilnahme an Fördereinheiten, Beratungs- und Reflexionsgesprächen und Besprechungen von entwicklungsfördernden Bedingungen im Alltag der Kinder
 - Durch Gespräche „zwischen Tür und Angel“
 - Durch „Runde Tische“ bei Kooperationsgesprächen
 - Durch Telefonate
 - Durch die aktive Umweltgestaltung zur positiven Förderung: Anregungen für den Lebensalltag und Vermittlung entwicklungsangepasster Spiel- und Beschäftigungsmaterialien
 - Durch Beratungen zur Schulform
 - Durch gemeinsame Entwicklungsgespräche mit der KiTa
 - Die Elternarbeit variiert auch im Sinne des Bedarfes der Eltern, u. a. aufgrund der Belastung, die für die Eltern mit ihrem Kind mit Beeinträchtigung besteht. Eltern werden als Experten von ihrem Kind im Förderprozess wahrgenommen und mit ihren Ängsten sehr ernst genommen.
 - Die Förderarbeit erfolgt immer transparent für alle Eltern: Ziel ist immer, die Elternkompetenz zu stärken.

Bewertung der Elternarbeit

Bezüglich der Bewertung der Elternarbeit sollten die Einrichtungen diese sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Qualität und als auch der Häufigkeit, mit der diese stattfindet, beurteilen (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Bewertung der Elternarbeit

Bewertung der Elternarbeit hinsichtlich...	sehr gut		gut		teils/teils		nicht gut / unzureichend	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
...der inhaltlichen Qualität	7	54%	6	46%				
...der Häufigkeit, mit der diese stattfindet			7	54%	3	23%	3	23%

Quelle: Schriftliche Befragung der Frühförderstellen durch das ISG

Zwischen den beiden Kriterien ergaben sich deutliche Diskrepanzen: Die inhaltliche Qualität wurde zwar von allen Frühförderstellen als gut oder sehr gut beurteilt; die Häufigkeit, mit der diese stattfindet, jedoch lediglich in etwa der Hälfte der Fälle als gut und in allen anderen Fällen als *teils/teils* bzw. *nicht gut / unzureichend* (jeweils 23 %). Dies begründeten viele Frühförderstellen so, dass nicht genügend Behandlungseinheiten zur Verfügung stünden, um die Elternarbeit ausreichend berücksichtigen zu können.

Möglichkeiten der Verbesserung der Elternarbeit wurden darüber hinaus so beschrieben:

- Erhalt der Möglichkeit zur ambulanten Frühförderung im Elternhaus
- Stärkung der Beratungsfunktion für die Eltern mit einem verbesserten Zeitfaktor
- Begleitung der Familien in belastenden Situationen, bei Arztbesuchen, der Suche nach einem KiTa-Platz und dem Übergang in die Schule
- Im Rahmen der Supervision wird das Thema „Elternarbeit“ als Coaching angeboten.
- Zu lange Pausen während der Bearbeitung der Verlängerungsanträge erschweren die Elternarbeit, da Verunsicherungen entstehen.
- Eine dem Bedarf des Einzelfalls angepasste Förderzeit ist dringend erforderlich.
- Anerkennung des Stellenwertes der Elternarbeit
- Zu vielen Eltern muss erst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Dies braucht Zeit, die immer häufiger nicht ausreicht.

In Bezug auf die angegebenen Antworten fällt auf, dass aus Sicht der Einrichtungen vor allem die Zeit, die für die Elternarbeit zur Verfügung steht, einen entscheidenden Faktor für den Erfolg der Förderung darstellt.

8.6 Gewünschte Veränderungen

Die letzte Frage des Fragebogens an die Frühförderzentren zielte auf die Einschätzung von Veränderungen der saarländischen Frühförderstrukturen ab, die die Einrichtungen umsetzen würden, wenn ihnen alle Möglichkeiten hierzu zur Verfügung ständen. Da auch die Antworten auf diese Frage mit einer hohen Heterogenität einhergingen, werden die Äußerungen der Einrichtungen als Aufzählung wiedergegeben:

- Erhalt der bisherigen Rahmenbedingungen der Förderung
- Teilhabeorientierung der Förderung, d. h. Anpassung der Behandlungsumfänge an den tatsächlichen Förderbedarf und nicht an den „Schweregrad der Behinderung“
- Aufstockung der Fördereinheiten für einen verbesserten Beziehungsaufbau zu den Eltern und Kindern
- Schnellere Bearbeitungszeiten bei Verlängerungsanträgen, da sonst Förderpausen, Verunsicherung und Unzufriedenheit der Eltern, massive organisatorische Probleme bzgl. der Nachfrageabdeckung und der internen Arbeitsorganisation sowie erschwerte Personalplanung und -einsatz die Folge sein können.
- Verbleib der Diagnostik in den Frühförderstellen
- Beibehaltung des offenen Beratungsangebots

- Fortführung der Komplexleistung mit dem Grundgedanken eines interdisziplinären Arbeitsansatzes
- Abschaffung der „Entweder-oder-Bewilligung“ zwischen Frühförderung und Afl
- Die Elternarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Leistung und könnte als ein zusätzliches Modul verpflichtend vereinbart werden, natürlich im Bereich der direkten Leistung. Dafür dürfe aber der Behandlungsumfang nicht gekürzt, sondern müsste erweitert werden.
- Bessere Vernetzung mit Jugendhilfe und anderen wichtigen Kooperationspartnerinnen und -partnern wie z. B. den Frühen Hilfen sowie den KiTAs.
- Die Strukturen der Frühförderung sollten über den Schuleintritt hinaus bis mindestens zum zweiten bzw. dritten Schuljahr verlängert werden, damit die Vermittlung der Ergebnisse der Förderarbeit an Schule/Lehrende/Schulsozialarbeit/Jugendhilfe/Eltern gelingen und die Nachhaltigkeit der Förderung sichergestellt werden kann.
- Mit Einführung des BTHG und des ICF geben die gesetzlichen Grundlagen eindeutig vor, dass die Diagnostikanteile der Erst-/Zwischen- und Abschlussdiagnostik immer einen wesentlichen Teil der Behandlung und Förderung der IFF darstellen und daher bei den Leistungserbringern verbleiben müssen. Zudem ist es kritisch zu bewerten, dass hier mitunter der wichtigste Schritt (Eingangsdagnostik) eines zusammenhängenden Prozesses herausgelöst und anders (räumlich und/oder in der Zuständigkeit) verortet werden soll. Die Eingangsdagnostik dient nicht nur der Feststellung des Förderbedarfes. Sie erschließt den Zugang zum Kind und dessen Eltern und ist im Kontext der Vertrauensbildung die Grundlage einer gelingenden Fördermaßnahme. Im Verlauf der Eingangsdagnostik erfolgen bereits die Eruiierung und der Einbezug der Fachkraft, die anhand ihrer Qualifikation und ihrer individuellen Voraussetzungen erfolgreich mit Kind und dessen Angehörigen arbeiten kann.

9. Ergebnisse der Doppelbegutachtung von Eingangsdiagnostiken und Einzelfallakten

Bis zum 18.06.2019 fanden insgesamt 30 Doppelbegutachtungen in Form einer Teilnahme des medizinisch-pädagogischen Dienstes an den Eingangsdiagnostiken sowie anhand von ergänzenden Einzelfallaktenanalysen statt. Als Gesamtergebnis kann festgehalten werden, dass die IFF in 28 der 30 betrachteten Fälle eine Frühfördermaßnahme angeraten hat, während das LAS solche Leistungen nur in 20 Fällen empfiehlt.

Das LAS gelangt daneben zu der Einschätzung, dass in elf der 30 begutachteten Fälle Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Hilfen zur Erziehung (auch) infrage gekommen wären, wohingegen die IFF diese Option keinmal in Betracht zieht. Von den insgesamt elf Fällen wiederum, die sich laut LAS auch der Jugendhilfe bzw. den Hilfen zur Erziehung zuordnen lassen, weist das LAS zwei Fälle ausschließlich diesen Hilfen zu; in neun weiteren Fällen wären sowohl Frühfördermaßnahmen als auch Hilfen zur Erziehung denkbar gewesen. Bei sechs Kindern gelangt das LAS zu der Einschätzung, dass weder die eine noch die andere Maßnahme anzuraten ist, sondern gar kein Förderbedarf besteht. Insgesamt stimmen die von IFF und LAS angeratenen Maßnahmen nur bei elf Kindern überein.

Nachfolgend werden diejenigen Merkmale beschrieben, bei denen die Abweichung zwischen den Einschätzungen der IFF und der des LAS mindestens vier Kinder betrifft und damit vergleichsweise hoch ausfällt. Dabei folgt zunächst der Themenbereich *allgemeine Informationen*, dann *familiäre Risikofaktoren* und anschließend *Erfassung und Beurteilung der Entwicklungsbereiche*.

Allgemeine Informationen

In diesem Themenkomplex wurden Kriterien wie *Alter des Kindes*, *Behinderung*, *Frühgeburt* sowie *Leistung und Umfang der Behandlungseinheiten* beurteilt. Bezüglich der Form der Behinderung sowie der damit einhergehenden Diagnose gibt es deutliche Abweichungen zwischen der Beurteilung der IFF und des LAS: Zum einen geben die IFF bei sechs Fällen mehr an, dass das Kind von einer Behinderung bedroht ist: Die IFF gehen in insgesamt 26 Fällen von einer drohenden Behinderung beim Kind aus, das LAS lediglich in 20 Fällen. Zum anderen bekommen neun Kinder von den IFF eine eindeutige ICD-Diagnose zugewiesen, während das LAS diesen Kindern keine Diagnose zuordnet. In zwei Fällen gestaltet sich dieser Sachverhalt als umgekehrt.

Die Diagnosen der Kinder mit den abweichenden Einschätzungen umfassen u. a. *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* (F80.-), *Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen* (F83.-) sowie *Unreifes Neugeborenes* (P07.3). In insgesamt 19 Fällen sprechen sich sowohl die IFF als auch das LAS für mindestens eine Diagnose aus, wobei die von IFF und LAS zugeordneten ICD-Diagnosen in 14 Fällen übereinstimmen. In fünf Fällen weichen sie hingegen voneinander ab. Die abweichenden

Fälle zeichnen sich überwiegend dadurch aus, dass das LAS eine einfache Behinderung zuordnet, während die IFF von einer Mehrfachbehinderung ausgehen.

Eine weitere Besonderheit ergibt sich im Hinblick auf die Einschätzung darüber, ob das diagnostizierte Kind als Frühgeburt zu bezeichnen ist: Das LAS ist bei fünf Fällen mehr der Ansicht, dass das Kind nicht zu früh geboren war. Hingegen wird bei insgesamt sechs Fällen gleichermaßen davon ausgegangen, dass das Kriterium *Frühgeburt* zutrifft.

Die wohl größte Diskrepanz in der Zuordnungsmatrix besteht bezüglich der Leistungen und des Umfangs der heilpädagogischen Behandlungseinheiten: Die IFF rät für die untersuchten Fälle insgesamt 1.930 Behandlungseinheiten an, während das LAS lediglich 1.040 Behandlungseinheiten als förderlich ansieht. Bei insgesamt zehn Kindern rät das LAS gar keine heilpädagogische Behandlungseinheiten an und bei zwei Kindern sind LAS und IFF gleichermaßen dieser Ansicht. Weiterhin sprechen sich die IFF bei den meisten Kindern für 82 Behandlungseinheiten aus, während das LAS am häufigsten eine Anzahl von 65 Behandlungseinheiten empfiehlt.

Familiäre Risikofaktoren

Insgesamt gibt es zwölf Kriterien, die in Bezug auf die familiäre Risikosituation beurteilt wurden. Die Kriterien fokussieren zunächst das Familienverhältnis (z. B. *alleinerziehendes Elternteil, Mutter jünger als 20 Jahre*), befassen sich dann mit den Risikofaktoren der Eltern (z. B. *Substanzmissbrauch, Sprachbarrieren*) und beschreiben anschließend die Umgebungsbedingungen des Kindes (z. B. *förderarmes Umfeld, materielle Armut*).

Bei sieben von insgesamt zwölf Kriterien kommen IFF und LAG zu einer abweichenden Einschätzung bei mindestens vier Kindern: Bei *Migrationshintergrund* und *förderarmes Umfeld* ist das LAS häufiger der Meinung, dass diese Merkmale zutreffen: Laut LAS haben jeweils 19 Kinder einen Migrationshintergrund bzw. leben in einem förderarmen Umfeld. Weitere Diskrepanzen bestehen im Hinblick auf die Kriterien *Pflegefamilie/-verhältnis, Betreuung der Familie durch das Jugendamt, Substanzmissbrauch der Eltern, Flucht-/Kriegserfahrung* und *materielle Armut*. Bei diesen Kriterien geht das LAS in mindestens vier Fällen mehr als die IFF davon aus, dass sie nicht zutreffen.

Erfassung und Beurteilung der Entwicklungsbereiche

Zu den Entwicklungsbereichen *Grobmotorik und Koordination, Fein- und Visuomotorik, Graphomotorik, Kognition und Wahrnehmung, Konzentration und Wahrnehmung, sozio-emotionale Entwicklung, expressive Sprache, rezepptive Sprache, artikulatorische Sprache* und *Deutschkenntnisse* schätzten IFF und LAS jeweils ein, inwiefern diese entweder altersentsprechend bzw. leicht verzögert, verzögert oder gravierend verzögert entwickelt waren. Hierbei weichen die Einschätzungen bei vier Entwicklungsbereichen deutlich voneinander ab.

In Bezug auf den Entwicklungsbereich *Konzentration und Wahrnehmung* beurteilten die IFF den Handlungsbedarf insgesamt als größer und die Entwicklung häufiger als

gravierend verzögert; dies trifft auch auf die *sozio-emotionale Entwicklung* zu. Die IFF empfinden damit die Entwicklungsrückstände in diesen Bereichen durchschnittlich als schwerwiegender. Das LAS hingegen sieht einen höheren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Sprachentwicklung der Kinder. Es ist bei den Merkmalen *artikulatorische Sprache* und *Deutschkenntnisse* in mehr Fällen der Ansicht, dass die Verzögerung deutlich merkbar ist.

Zusammenfassung

Bei den zehn Fällen, in denen das LAS keine Frühfördermaßnahmen empfiehlt, ist dies darauf zurückzuführen, dass es bei dem Kind keine manifeste oder drohende Behinderung sieht und dementsprechend auch keine heilpädagogischen Behandlungseinheiten anrät. Daneben schätzen die IFF bestimmte Entwicklungsbereiche häufiger als verzögert ein, während das LAS diese als altersentsprechend anerkennt.

Wie eingangs beschrieben, zieht das LAS in acht Fällen die Heranziehung der Jugendhilfe in Betracht, die Frühförderstellen tun dies hingegen nie. Bei sechs Fällen gelangt das LAS zu der Einschätzung, dass keine der beiden Maßnahme zur Deckung des individuellen Bedarfs des Kindes hilfreich ist, die Frühförderstellen hingegen nur in zwei Fällen. Bei lediglich 14 Fällen sind LAS und IFF der gleichen Meinung, was die angeratene Maßnahme anbelangt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Diskrepanz bei der Auffassung von Frühförderbedürftigkeit zwischen LAS und IFF recht groß ist. Die Doppelbegutachtung deutet darauf hin, dass die Kinder zurzeit aus Sicht des medizinisch-pädagogischen Dienstes nicht in passgenaue Hilfen vermittelt, sondern (abgesehen von zwei der 30 Fälle) nach der Eingangsdiagnostik immer Frühförderleistungen empfohlen bekommen. Welche Schlussfolgerungen sich daraus ziehen lassen und welche Handlungsempfehlungen hieraus abzuleiten sind, ist dem nachfolgenden Kapitel 10 zu entnehmen.

10. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Um eine wissenschaftliche Grundlage für die Reform der Frühförderstrukturen im Saarland und die Entwicklung einer verbindlichen Landesrahmenempfehlung zur Erbringung von Frühförderleistungen zu schaffen, hat das MSGFF das ISG mit der Evaluation der Frühförderstrukturen im Saarland beauftragt. Das Ziel der Evaluation bestand darin, die Strukturen empirisch gestützt zu analysieren und Potentiale der Weiterentwicklung aufzuzeigen. Daneben sollte die Evaluation als Entscheidungshilfe für bestimmte Inhalte der Landesrahmenvereinbarung dienen.

Die Evaluation erstreckte sich auf den Zeitraum vom 01. Februar bis zum 30. Juni 2019. Im Fokus der Untersuchung stand es, Potentiale der Weiterentwicklung in der saarländischen Frühförderung aufzuzeigen und die Fragen zu klären, welche alternativen Wege der Zugangssteuerung denkbar sind. Daneben sollte erörtert werden, wie sich die Elternarbeit in der Frühförderung gestaltet und wie die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Institutionen zu bewerten ist.

Die Evaluation wurde in verschiedenen methodischen Schritten umgesetzt: Zunächst wurden mit einer Grundlagenanalyse die rechtlichen Rahmenbedingungen (4.1) sowie die politischen Handlungsstrategien (4.2) in der Frühförderung analysiert. Hierbei wurden auch ein Überblick über die Versorgungssituation mit Einrichtungen der Frühförderung im Saarland erstellt (4.3) und die Steuerung des Leistungszugangs im Saarland mit der Steuerung in anderen Bundesländern verglichen (4.4).

Zur Analyse der Gesamtsituation der Frühförderung auf Landesebene wurden in einem weiteren Schritt die Fallzahlen- und Ausgabenentwicklung in der Frühförderung anhand der Landesdaten der Sozialhilfestatistik zusammengestellt (5.1), wobei auch bereits vorliegenden Analysen z. B. im Rahmen des Jahresberichts des LAS ausgewertet wurden (5.2). Die statistischen Angaben des Sozialhilfeträgers (5.3) und der Frühförderstellen in den Fragebögen (5.4) sowie eigens durchgeführte Auswertungen der LAG IFF (5.5) ergänzten diese Daten.

Um die Perspektiven aller für die Leistungserbringung der Frühförderung im Saarland relevanten Akteurinnen und Akteure abbilden zu können und um das Vorgehen möglichst transparent zu gestalten, fand ein gemeinsamer Workshop mit Vertretungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers, der LIGA sowie der gesetzlichen Krankenkassen statt (Kapitel 6).

Der Sozialhilfeträger übermittelte neben statistischen Daten auch Informationen zum derzeit praktizierten Leistungszugang (Kapitel 7). Eine schriftliche Abfrage bei allen 14 IFF erfasste in Erweiterung dazu grundlegende Daten zur Organisation, zur Leistungserbringung, zur Umsetzung der Landesrahmenempfehlung, zur Elternarbeit sowie zu Kooperationsbeziehungen (Kapitel 8). So konnte auf kommunaler Ebene geklärt werden,

wie die Frühförderung organisiert ist, welche Angebote der Frühförderung und welche Kooperationsbeziehungen bestehen.

Die Doppelbegutachtung von Eingangsdagnostiken und Einzelfallakten stellte den vierten Evaluationsbaustein dar (Kapitel 9). Er gab Aufschluss darüber, ob diejenigen Kinder, die Leistungen der Frühförderung erhalten, auch aus der Perspektive eines zweiten Gutachters dieser Leistungen bedürfen, oder ob gegebenenfalls andere Leistungen passender zur Deckung des Förderbedarfs des Kindes gewesen wären.

Das vorliegende Kapitel greift die Teilergebnisse der unterschiedlichen Evaluationschritte noch einmal in zusammengefasster Form auf und bewertet sie in einer Gesamtschau. Nach der Statistik der Leistungserbringung (10.1) folgen die Ergebnisse zum Leistungszugang (10.2), zur Elternarbeit (10.3) sowie zur Zusammenarbeit und zum Teilhabeplanverfahren (10.4). Abschließend werden Handlungsempfehlungen aus den Evaluationsergebnissen sowie dem entstandenen Kommunikationsprozess abgeleitet (10.5).

10.1 Statistik der Leistungserbringung

Zur Analyse der Gesamtsituation der Frühförderung auf Landesebene bezüglich der Anzahl der in den letzten Jahren geförderten Kinder und der dafür aufgebrachten finanziellen Aufwendungen wurden zunächst die Entwicklungen anhand der Landesdaten der Sozialhilfestatistik im Bundesvergleich analysiert. Daten aus dem Jahresbericht des LAS, Primärerhebungen beim überörtlichen Sozialhilfeträger und bei den Frühförderstellen sowie die Überwachungstabelle der LAG IFF wurden ergänzend herangezogen.

Landesdaten der Sozialhilfestatistik

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Landesdaten der Sozialhilfestatistik festhalten, dass sich die Anzahl der Kinder, die im Saarland zwischen den Jahren 2013 und 2017 irgendeine Form von heilpädagogischen Leistungen bezog, um 31 % erhöht hat. Die Ausgaben für die Leistungen im entsprechenden Zeitraum sind um 26 % angestiegen. Zudem stellt das Saarland laut dieser Statistik nach Mecklenburg-Vorpommern dasjenige Land mit der höchsten Förderquote dar; 4,6 % der Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren erhalten demnach heilpädagogische Leistungen.

Als ein Grund für die starke Steigerung wurde eine Umstellung der statistischen Erfassung ausgemacht: In der Regel umfasst die Sozialhilfestatistik nicht nur die durch Frühförderleistungen geförderten Kinder, sondern alle Kinder, die irgendeine Form von heilpädagogischen Leistungen bezogen haben. Im Saarland wurden jedoch bis zum Jahr 2015 mit der Sozialhilfestatistik lediglich die regulären Frühförderleistungen sowie die Angebote der Frühförderung Plus erfasst. Erst seit 2016 werden mit den Angaben zusätzlich auch alle weiteren heilpädagogischen Leistungen für Kinder im Alter von 0 bis unter 7 Jahren erfasst. Insofern sollte diesen Daten – vor allem bei der Betrachtung von jährlichen Entwicklungen – keine allzu hohe Aussagekraft beigemessen werden.

Daten des überörtlichen Sozialhilfeträgers

Den Daten des Jahresberichts 2017 des LAS konnte ebenfalls eine deutliche Steigerung in der Leistungserbringung entnommen werden, die aber geringer ausfällt als in der Sozialhilfestatistik: Die Fallzahlen der ambulanten heilpädagogische Frühförderung sind demnach zwischen 2013 und 2017 um 9 % und die der Frühförderung Plus um 22 % gestiegen. Der finanzielle Ausgabenzuwachs für die beiden Leistungsformen beläuft sich für den Gesamtzeitraum auf 19 %.

Neben dem Jahresbericht 2017 hat das LAS Primärdaten zu Fallzahlen der geförderten Kinder und die dafür aufgebrauchten finanziellen Leistungen für die Jahre 2014 bis 2017 (bzw. 2018) zur Verfügung gestellt. Demnach bezogen zum Stichtag des 31.12.2018 3.410 saarländische Kinder Frühförderung. Zwischen den Jahren 2014 und 2017 hat die Anzahl der geförderten Kinder um insgesamt 12 % (und damit um jährlich durchschnittlich 4 %) zugenommen, wobei dies auf diagnostische Leistungen (+ 11 %), heilpädagogische Leistungen (+ 12 %) und Komplexleistungen (+ 13 %) etwa in gleichem Maße zutrifft.

Die Ausgaben sind im besagten Zeitraum von knapp 10 Mio. Euro auf knapp 12 Mio. Euro angestiegen (+ 19 %). Die Steigerung der bewilligten Behandlungseinheiten zwischen den Jahren 2012 (141.900 Einheiten) und 2017 (191.700 Einheiten) beläuft sich auf 35 %, wobei sich die hohe Steigerung zwischen den Jahren 2012 und 2013 um 20 % damit erklären lässt, dass die zuvor geltende maximal zu bewilligende Anzahl an Behandlungseinheiten zu diesem Zeitpunkt aufgehoben wurde und wieder mehr Bewilligungen ausgesprochen wurden.

Daten der Frühförderstellen

Auch die Frühförderstellen haben Informationen zur Anzahl der geförderten Kinder zum Stichtag 31.12.2018 übermittelt. Diese weichen mit 2.180 Kindern jedoch von der vom Sozialhilfeträger übermittelten Zahl (3.410 Kindern) deutlich nach unten ab. Diese Differenz ist auch nicht damit zu erklären, dass eine Frühförderstelle sich nicht an der Befragung beteiligt hat, da die Abweichung zwischen den beiden Angaben etwa 1.200 Kinder umfasst. Ein weiterer Unterschied ergibt sich hinsichtlich der Erstberatungen, die laut Frühförderstellen zu Eingangsdiagnostiken geführt haben: Deren Anteil beläuft sich laut IFF auf 90 %; im Jahr 2017 betrug er laut Trägerabfrage noch 96 % (vgl. 2.1).

Auswertungen der LAG IFF

Die von der LAG IFF übermittelten Zahlen zu den in den Frühförderstellen geleisteten und mit dem Sozialhilfeträger abgerechneten Behandlungseinheiten werden ab dem Jahr 2008 berichtet, stimmen aber nicht mit denen des Sozialhilfeträgers überein. Seit 2008 beläuft sich die Steigerung der bewilligten Behandlungseinheiten demnach auf 22 %. Schwankungen zwischen einzelnen Jahren lassen sich u. a. durch die Deckelung der Anzahl der maximal zu bewilligenden Behandlungseinheiten, die später wieder aufgehoben wurde, sowie durch eine Umstellung auf andere Leistungsformen (z. B.

Komplexleistungen) erklären. Dennoch bleibt die Frage bestehen, warum der überörtliche Träger im Jahr 2017 insgesamt 191.700 Behandlungseinheiten vergütet hat, die Anzahl laut LAG IFF jedoch nur 176.800 Behandlungseinheiten beträgt. Unklar bleibt daneben auch, wie die hohe Differenz von 30.000 Behandlungseinheiten zwischen den Jahren 2012 und 2013 zustande kommt, da faktisch nur 118 Kinder mehr als im Vorjahr gefördert wurden.

Fazit

Mit der Verwendung unterschiedlicher Datenquellen gehen verschiedene Vor- und Nachteile einher: Ein Vorteil der Sozialhilfestatistik liegt darin, dass sie die Inanspruchnahme heilpädagogischer Leistungen bei Kindern bundesweit ausweist und somit einen Vergleich des Saarlandes mit anderen Bundesländern ermöglicht. Aufgrund der beschriebenen Umstellung der Datenerfassung sollte vor allem der jährlichen Entwicklung dieser Zahlen jedoch kein allzu hohes Gewicht beigemessen werden.

Die Daten des Jahresberichts des LAS sind zwar genauer, da sie sich lediglich auf Frühförderleistungen beziehen, lassen sich aber nicht mit anderen Bundesländern vergleichen. Deutliche Differenzen ergaben sich darüber hinaus zwischen den Ergebnissen der Primärerhebung beim Sozialhilfeträger sowie bei den Frühförderstellen: Die übermittelten Daten stimmen nicht überein, auch wenn man berücksichtigt, dass bei den Frühförderstellen die Angabe einer IFF fehlt. Diese Widersprüchlichkeit betrifft auch die Anzahl der Behandlungseinheiten aus der Überwachungstabelle der LAG IFF, die deutlich von der vom Sozialhilfeträger übermittelten Anzahl nach unten abweicht.

Bezüglich der Steigerung der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen im Saarland lässt sich festhalten, dass diese zwar mit 9 % Zunahme bei der ambulanten Frühförderung und 22 % Zunahme bei der Frühförderung Plus zwischen den Jahren 2013 und 2017 zunächst hoch erscheinen mag, im Vergleich zu anderen Bundesländern jedoch nicht über dem Normbereich liegt: Nach den Daten der Sozialhilfestatistik steigt die Inanspruchnahme heilpädagogischer Leistungen jährlich um etwa 7 %. Die ISG-Studie zur Frühförderung in NRW hat darüber hinaus ergeben, dass die Fallzahlen in der Komplexleistung dort seit 2012 jährlich um etwa 10 % angestiegen sind, während sich die Inanspruchnahme von solitären heilpädagogischen Leistungen nicht verändert hat. Ein Grundproblem der saarländischen Frühförderung ist die mit 4,6 % doppelt so hohe Förderquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Trotz dieses zahlenmäßig hohen Ausgangswertes fand dann immer noch ein relativer Fallzahlenanstieg statt, der mit den übrigen Bundesländern vergleichbar ist.

10.2 Zugang zu den Leistungen

Hinsichtlich des Leistungszugangs wurden die drei Schritte des offenen und niedrigschwiligen Beratungsangebots, der Eingangsdagnostik und der Funktion des Ausschusses näher untersucht.

Offenes und niedrigschwelliges Beratungsangebot

Eine spezifische Besonderheit des Saarlandes liegt in dem niedrigschwelligen Zugang zu den Leistungen der Frühförderung: Die IFF bieten ein offenes Beratungsangebot für Eltern an, die ein Entwicklungsrisiko ihres Kindes vermuten. Hierbei gibt es weder weitere Zugangsvoraussetzungen, noch ist eine Überweisung einer Ärztin bzw. eines Arztes noch einer sonstigen Stelle notwendig. Das äußerst niedrigschwellige Beratungsangebot führt zu erheblichem Kostenaufwand für das Land.

Die Ergebnisse der Primärerhebung bei den Frühförderstellen haben gezeigt, dass sich die Summe der durchgeführten Erstberatungen für das Jahr 2018 auf 1.450 Beratungen beläuft, von denen 1.305 (90 %) zu einer Eingangsdiagnostik geführt haben. Die Eingangsdiagnostiken haben ihrerseits wiederum fast immer zu Frühfördermaßnahmen geführt. Jeweils lediglich 5 % wurden an andere Fachdienste verwiesen oder erhielten keine weitergehenden Leistungen.

Ein alternatives Instrument zur zukünftigen Umsetzung des Leistungszugangs wurde im Rahmen eines Workshops diskutiert. Hierbei soll nach dem Beratungsangebot der Frühförderstellen ein Antrag an das LAS gestellt werden, wenn die Vermutung einer notwendigen Leistung besteht. Dieser Schritt ist notwendig, um die Zugehörigkeit zum Personenkreis prüfen zu können. Weiterhin ist er insofern als sinnvoll zu erachten, als künftig mit der Umstellung auf das BTHG ohnehin alle Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen sind und es dann nicht mehr ausreicht, dem Träger lediglich den Bedarf mitzuteilen.

Diagnostik

Das Verfahren der Eingangsdiagnostik liegt derzeit in den Händen der IFF und wird entweder in der IFF selbst, in einer Kooperationspraxis, in der Kita oder im Zuhause des Kindes durchgeführt. Entgegen der üblichen Vorgehensweise beim Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgen das diagnostische Verfahren und die Bedarfsermittlung bereits vor der Feststellung, ob das Kind überhaupt zum leistungsberechtigten Personenkreis gehört.

Die Befragung der Frühförderstellen hat ergeben, dass diese sich ausführlich dafür aussprechen, dass die Diagnostik bei ihnen verbleibt. Sie bewerten es kritisch, dass mit der Eingangsdiagnostik der aus ihrer Sicht wichtigste Schritt eines zusammenhängenden Prozesses räumlich bzw. in der Zuständigkeit anders verortet werden soll. Für die Vertrauensbildung und die Grundlage einer gelingenden Fördermaßnahme sei der Zusammenhang der Leistungserbringung wichtig.

Ein weiteres Ergebnis der Primärerhebung ist, dass in lediglich einer Frühförderstelle alle Bestandteile der Diagnostik in der Einrichtung selbst stattfinden. Die zwölf anderen Frühförderstellen lagern hingegen mindestens einen Bestandteil der Diagnostik aus, womit diese woanders als in der Einrichtung selbst stattfindet. Insofern greift das Argument, dass der zusammenhängende Prozess räumlich nur in der Frühförderstelle verortet

werden darf, in diesem Fall nicht. Daneben wäre ein Erhalt der bisherigen Rahmenbedingungen, für die sich die Frühförderstellen im Zuge der Befragung ausgesprochen haben, auch problematisch, da das Gesamtplanverfahren künftig beim Träger der Eingliederungshilfe liegen muss.

In Erweiterung dazu konnte anhand der stichprobenartigen Doppelbegutachtung von Eingangsdiagnostiken und Einzelfallakten gezeigt werden, dass das LAS und die IFF teilweise zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, ob ein Kind Frühfördermaßnahmen bedarf oder nicht. Während die IFF in 28 von 30 begutachteten Fällen eine entsprechende Maßnahme anraten, gelangt das LAS zu der Einschätzung, dass in elf dieser 30 Fälle ausschließlich oder auch Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Hilfen zur Erziehung infrage gekommen wären. Bei sechs Kindern kommt das LAS zu dem Schluss, dass gar kein Förderbedarf besteht. Insgesamt stimmen die von IFF und LAS angeratenen Maßnahmen nur bei elf Kindern überein. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es zu unterschiedlichen Einschätzungen zwischen IFF und LAS kommt, ob eine Behinderung des Kindes vorliegt. Die IFF attestieren den Kindern häufiger eine bestehende oder drohende Behinderung als das LAS und schätzen darüber hinaus bestimmte Entwicklungsbereiche der Kinder eher als verzögert ein, während das LAS diese als altersentsprechend einschätzt.

Fachausschuss

Nachdem sich aus dem diagnostischen Verfahren die Notwendigkeit einer heilpädagogischen Maßnahme oder einer Komplexleistung abzeichnet, sichtet der Fachausschuss die Ergebnisse und erstellt anschließend einen Förder- und Behandlungsplan. Die Zusammensetzung und die Aufgaben des Fachausschusses gibt es in dieser Form lediglich im Saarland, wobei eine rechtliche Qualifizierung des Fachausschusses weder in der LREmpf enthalten ist, noch in der Geschäftsordnung des jeweiligen Fachausschusses erfolgt.

Auffällig ist der hohe Anteil an Kindern, der nach den Tagungen des Fachausschusses Leistungen der Frühförderung verordnet bekommt. Diesbezüglich äußerte der Rechnungshof Bedenken, dass die Neutralität der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes, die bzw. der durch Kooperation in die IFF eingebunden ist, im Rahmen der Fachausschuss-sitzung nicht ausreichend gewährleistet wird.

Der Sozialhilfeträger gab an, dass im Jahr 2018 in etwa 75 % der bewilligten Anträge die vom Fachausschuss empfohlene Anzahl an Fördereinheiten reduziert wurde. Daneben wurden in 6 % der Fälle Anträge auf Frühförderleistungen vollständig abgelehnt, da andere Leistungen, wie z. B. Hilfen zur Erziehung oder psychologische Hilfen, passender für das Kind gewesen seien. Dass für manche Kinder auch andere Leistungen als Frühförderleistungen angebracht wären, bestätigte auch die stichprobenartige Doppelbegutachtung von Eingangsdiagnostiken und Einzelfallakten.

Die Dauer der Leistungsbearbeitung von der Fachausschusstagung bis zur Bewilligung der Leistungen wurde von IFF und Sozialhilfeträger deutlich unterschiedlich eingeschätzt: Während der Sozialhilfeträger angab, dass die Dauer sich auf 14 Tage beläuft, sprachen die IFF von einer durchschnittlichen Dauer von 65 Tagen. An dieser Stelle ist zu prüfen, wie die unterschiedlichen Einschätzungen zustande kommen. Von zentraler Bedeutung ist, dass infolge des BTHGs der bisher im Saarland existente Fachausschuss gesetzlich nicht vorgesehen ist. Das Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren ist immer beim Leistungsträger anzusiedeln und sieht nicht vor, dass dieses von dem Leistungserbringer organisiert oder gar geführt wird.

Fazit

Die Situation, dass viele Kinder im Saarland Unterstützung erhalten, ist zunächst einmal positiv zu bewerten und deutet auf ein gut funktionierendes System für Kinder mit Unterstützungsbedarf hin. Gleichzeitig birgt dies jedoch die Gefahr, dass Kinder, die Frühförderleistungen erhalten, auch immer aktenkundig „behindert“ sein werden und somit eine Stigmatisierung, z. B. bei der Einschulung, erfolgen kann.

Die vorliegende Evaluation hat gezeigt, dass nicht die Qualität der saarländischen Frühförderung insgesamt, sondern die Gestaltung der Zugangssteuerung und deren rechtliche Grundlage auf Basis des neuen BTHG infrage zu stellen ist. Es scheint nämlich so zu sein, als erhielten Kinder, die jegliche Form von Hilfebedarf aufweisen, auch dann Frühförderung, wenn eigentlich andere Hilfen passender zur Deckung des Unterstützungsbedarfs wären, wie z. B. Leistungen der Jugendhilfe. Aus diesem Grund ist es unumgänglich, über eine alternative Umsetzung der Bedarfsfeststellung und des Leistungszugangs nachzudenken und eine politische Diskussion einzuleiten, in der erörtert wird, wie umgesetzt werden kann, dass die Kinder in passgenaue Hilfen vermittelt werden.

Die Umstellung auf das BTHG zum 01.01.2020 erfordert eine Neustrukturierung des Leistungszugangs. Das BTHG gibt vor, dass das Gesamtplanverfahren zukünftig dem Träger der Eingliederungshilfe unterliegt, weswegen auch die Zugangssteuerung ab diesem Zeitpunkt durch den Träger der Eingliederungshilfe erfolgen muss. Im Saarland ist dies bereits in allen anderen Bereichen der Eingliederungshilfe der Fall, lediglich die Frühförderung bildet zum jetzigen Zeitpunkt noch eine Ausnahme hiervon.

10.3 Elternarbeit

In Bezug auf die Elternarbeit bemängeln sowohl der Rechnungshof als auch das LAS, dass die Eltern zu selten an den Sitzungen des Fachausschusses teilnehmen und die Elternarbeit unzureichend dokumentiert wird. Da die Eltern im Förderprozess ihres Kindes jedoch eine zentrale Rolle einnehmen, regt der Rechnungshof an, die Mitarbeit der Eltern in der Praxis zu verbessern. Er schlägt vor, diese zukünftig als direkte Leistung zu vereinbaren.

Aus dem Gespräch mit der LIGA und aus der Befragung der Frühförderstellen ergab sich, dass die Eltern zwar immer zu den Fachausschusssitzungen eingeladen werden,

dass derzeit jedoch lediglich etwa fünf bis zehn Prozent tatsächlich an den Sitzungen teilnehmen. Die Frühförderstellen begründen die seltene Teilnahme der Eltern so, dass diese sich durch die Frühförderzentren gut vertreten fühlten oder sich die Teilnahme aufgrund von Berufstätigkeit häufig nicht realisieren lassen. Im Zusammenhang mit der neuen Steuerung des Leistungszugangs bietet sich die Chance, die Eltern am Gesamtplanverfahren zu beteiligen und von dort auch die Elternarbeit zu intensivieren.

Daneben räumte die LIGA ein, dass sich die Dokumentation der Elternarbeit durchaus als verbesserungswürdig gestaltet. Sie empfindet es als sinnvoll, die Eltern künftig besser über die Fortführung der Frühförderung im Zuhause des Kindes zu informieren. Die Elternarbeit als direkte Leistung zu vereinbaren, wurde von den gesetzlichen Krankenkassen kritisch gesehen, da gesetzlich vorgegeben sei, dass die Leistungen auf die Person der bzw. des Leistungsberechtigten ausgerichtet sind. Elternarbeit ist aber aus Sicht der Kassen als indirekte Leistung anzusehen, da sie nicht dem versicherten Kind selbst, sondern seinen Eltern zugutekommt.

Von den Frühförderstellen wurde angegeben, dass die Eltern bereits derzeit in die Förderung des Kindes einbezogen würden, was aber aufgrund des mangelnden Zeitumfangs noch nicht ausreichend geschehen könne. Konkret würden hierbei z. B. der Förder- und Behandlungsplan mit den Eltern besprochen, Förderziele vereinbart und äußere Rahmenbedingungen geklärt. Jedoch lassen die eingeschränkten Zeitressourcen es nicht zu, die Eltern darüber hinaus noch ausführlich zu beraten. Die Frühförderstellen sprechen sich zudem für den Erhalt der Möglichkeit zur ambulanten Förderung im Elternhaus sowie für eine stärkere Anerkennung des Stellenwerts der Elternarbeit aus. Da die Elternarbeit ein wesentlicher Bestandteil der Leistung sei, schlagen sie vor, diese auch als ein zusätzliches Modul im Bereich der direkten Leistung verpflichtend zu vereinbaren. Dann dürfte aber der Behandlungsumfang nicht gekürzt, sondern müsste erweitert werden.

Die Evaluation hat gezeigt, dass sich alle beteiligten Institutionen dahingehend einig sind, dass die Elternarbeit in Zukunft intensiviert werden soll: Eine nachhaltige Verankerung der Frühförderleistungen könne nur dann stattfinden, wenn die Eltern ausreichend angeleitet würden und die Förderung ihrer Kinder zuhause umfassend fortsetzten. Dazu sei allerdings eine Aufstockung der Zeitanteile mit den Eltern notwendig. In anderen Kommunen und Bundesländern (z. B. in NRW) wird die Face-to-face-Arbeit mit den Eltern des Kindes bereits seit einigen Jahren als direkte Leistung vereinbart, was auch der Rechnungshof für das Saarland vorschlägt. Dies wird allerdings von den gesetzlichen Krankenkassen kritisch gesehen, da die vergüteten Leistungen in diesem Falle nicht direkt dem versicherten Kind zugutekämen. Dem ließe sich entgegen, dass die Einbeziehung der Eltern durchaus dem Kind zugutekommt und dass es auch andere gesundheitsbezogene Leistungen für Kinder gibt, die einen Zugang über die Eltern zwingend implizieren. Bisher konnte noch kein Konsens unter den beteiligten Parteien erzielt

werden, wie künftig mit der Elternarbeit – sowohl inhaltlich, als auch rechtlich – verfahren werden soll. Dies gilt es, im weiteren Zeitverlauf zu klären.

10.4 Zusammenarbeit und Teilhabeplanverfahren

Die aktuelle und zukünftige Umsetzung der Zusammenarbeit zwischen den relevanten Institutionen und Trägern wurde einerseits im Rahmen der Primärerhebung bei den Frühförderstellen und andererseits im Workshop erörtert.

Zusammenarbeit aus Sicht der Frühförderstellen

Aus Sicht der Frühförderstellen gestalten sich der Informationsabgleich und die Kooperationsaktivitäten zwischen den beteiligten Fachkräften teilweise schwierig. Sie begründen dies so, dass aufgrund des momentan stark reduzierten Stundenumfangs nicht genügend Zeit für diese Aspekte zur Verfügung stehe. Dies betreffe auch die Vorgaben der LREmpf zur Zusammenarbeit mit weiteren Diensten, die derzeit nicht ausreichend umgesetzt werden könne. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Frühförderstellen umfasse lediglich 2 % und die Netzwerkarbeit sogar nur 1 % der Gesamttätigkeit. An dieser Stelle sei jedoch noch einmal darauf hingewiesen, dass im Saarland bereits ein Anteil von 50 % der Behandlungseinheiten für indirekte Leistungen, wie z. B. Vor- und Nachbereitung, Fahrtzeit, Netzwerkarbeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit, vorgesehen ist. Aus diesem Grund ist nicht nachvollziehbar, wieso aus Sicht der Frühförderstellen für diese Aspekte nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht.

Betrachtet man die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Frühförderstellen und den anderen Einrichtungen und Institutionen, so wird diese allerdings für die meisten Kooperationen (ärztlich, medizinisch-therapeutisch, mit Tageseinrichtungen und weiteren Diensten) als gut bewertet. Auffällig sind jedoch die hohen Anteile, die bezüglich der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern sowie mit den Kitas nicht als gut bewertet werden.

Hinsichtlich der bestehenden Kooperationen bemängeln die IFF, dass der fachliche Austausch derzeit nicht refinanziert wird und viele Institutionen personell schlecht erreichbar sind. In Bezug auf die Jugendämter werde eine größere Einbeziehung in Hilfeplanung und den bestehenden Informationsfluss für die betreffende Familie als sinnvoll erachtet. Darüber hinaus wünschen sie sich eine Intensivierung der Zusammenarbeit, regelmäßige Fallbesprechungen, klare Absprachen bezüglich der Arbeitsfelder und eine höhere Wertschätzung zwischen den einzelnen Institutionen untereinander.

Zukünftige Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens

Das Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren wird künftig durch das LAS und ggf. unter Beteiligung anderer Kostenträger durchgeführt. Es stellt sicher, dass auch Fälle, bei denen andere Leistungen angeraten wären, in passgenaue Hilfen vermittelt werden können. Dass das Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren, in dem die Bedarfsermittlung stattfindet

und die Leistung festgestellt und besprochen wird, künftig beim Träger der Eingliederungshilfe liegen soll, lässt sich aus entsprechenden Regelungen des BTHG ableiten.

Das Teilhabeplanverfahren wird die Fachausschusssitzungen ablösen. Bezüglich der am Verfahren beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie der einzelnen Bestandteile sind laut MSGFF keine Veränderungen geplant, sondern lediglich der Leistungszugang soll umstrukturiert werden: Hierbei erfolge künftig zunächst eine Prüfung der Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis. Fälle, die keinen entsprechenden Eingliederungshilfeanspruch aufweisen, können, sofern dies nötig ist, an andere Kostenträger weitergeleitet werden. Alternativ könnten einheitliche Kriterien und Bedarfsermittlungsprozesse erarbeitet werden, die gewährleisten, dass eine bedarfsgerechte Zuweisung zu den zuständigen Leistungsstrukturen erfolgt.

Folglich bietet sich im Hinblick auf das Beratungsgremium eine neue Strukturierung im Sinne eines Gesamtplanverfahrens an, an dem unterschiedliche Träger beteiligt sein werden. Eine Herausforderung wird allerdings darin bestehen, im Rahmen des Verfahrens verschiedene Parteien mit unterschiedlichen Motiven zusammenzubringen.

10.5 Handlungsempfehlungen

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

1. Weiteres Fachgespräch

Im Rahmen des Evaluationsgeschehens hat sich gezeigt, dass die von unterschiedlichen Institutionen (z. B. LAS, Frühförderstellen oder LAG IFF) gelieferten Daten und Angaben teilweise im Widerspruch zueinanderstehen. Diese Inkonsistenzen konnten in einem gemeinsamen Fachgespräch weitgehend aufgeklärt werden. Darüber hinaus konnte noch kein Konsens zwischen den beteiligten Institutionen darüber erzielt werden, wie künftig verschiedene Leistungsbestandteile der Frühförderung, wie z. B. die Diagnostik oder die Elternarbeit, erbracht und umgesetzt werden sollen. Aus diesem Grund ist ein weiteres Fachgespräch zu empfehlen, an dem alle an Frühförderung beteiligten Institutionen teilnehmen.

2. Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen

Die Kooperationsbeziehungen sowie die praktische Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und anderen Rehabilitationsträgern sollten künftig weiter gestärkt werden. Konkret bieten sich hierzu der Ausbau der Netzwerkarbeit sowie die Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen an.

3. Entwicklung von Zugangsvoraussetzungen für die Eingangsdiagnostik

Derzeit bedarf es nach dem offenen und niedrigschwelligen Beratungsangebot keiner weiterer Zugangsvoraussetzungen, um ein diagnostisches Verfahren beim Kind einzuleiten. Der Anteil der Kinder, die nach der Erstberatung eine Eingangsdiagnostik erhalten, ist entsprechend hoch und führt zu einem erheblichen Kostenaufwand für das Land. Deswegen sollten konkrete Zugangsvoraussetzungen entwickelt werden, nach denen der Erstberatung ein diagnostisches Verfahren folgt.

4. Verantwortlichkeit für die diagnostischen Verfahren beim Leistungsträger

Bezüglich der diagnostischen Verfahren wird empfohlen, dass diese künftig dem Leistungsträger obliegen. Dies entspricht einerseits den Forderungen des BTHG, dass das Gesamtplanverfahren beim Träger der Eingliederungshilfe angesiedelt sein soll, und stellt andererseits sicher, dass die Kinder in passgenaue Hilfen vermittelt werden.

5. Teilhabeplanverfahren als Alternative zum Fachausschuss

Der Fachausschuss wird zukünftig durch das Teilhabeplanverfahren nach § 19 SGB IX abgelöst. Dieses schreibt vor, dass die Ergebnisse der Diagnostik in dessen Rahmen diskutiert und besprochen werden. Das BTHG sieht hierbei eine Teilnahme mehrerer Kostenträger vor, sofern diese an der Leistung zu beteiligen sind.

Es wird empfohlen, das im Saarland angewandte Verfahren an diese Regelung anzupassen.

6. Intensivierung der Elternarbeit

Den Eltern kommt im Förderprozess ihres Kindes eine aktive Rolle zu, weshalb eine Zusammenarbeit mit ihnen unabdingbar ist. Durch eine intensive und gelingende Zusammenarbeit kann der Erfolg der Förderung unterstützt werden, weshalb auch zukünftig der Elternarbeit ein hoher Stellenwert beigemessen werden sollte. Momentan beträgt im Saarland eine Fördereinheit 90 Minuten, von denen 45 Minuten für Vor- und Nachbereitungszeit, Fahrzeit, aber eben auch für die Elternarbeit zur Verfügung stehen. Im Zuge der Verhandlungen ist zu klären, ob diesbezüglich ggf. eine Anpassung erfolgen müsste, obwohl die Aufteilung für direkte/indirekte Leistungen bereits sehr großzügig zugunsten der indirekten Leistungen erfolgt.

7. Einbezug in Umgestaltungsprozess und Information der Beteiligten

Da teilweise Unklarheiten seitens der Beteiligten herrschen, welche Änderungen sich künftig in der Leistungserbringung ergeben werden und welche Konsequenzen dies für ihre Arbeit mit sich bringen wird, sollten alle Beteiligten aktiv in den vorgesehenen Umgestaltungsprozess einbezogen und kurzfristig umfassend über die geplanten Änderungen informiert werden.

8. Kontinuierlicher Übergang

Eine Weiterentwicklung der Frühförderstrukturen sollte in Kontinuität erfolgen. Ein erfolgreicher Übergang kann nur dann erfolgen, wenn zumindest zunächst auf bestehende Strukturen aufgebaut wird und nicht alle Änderungen auf einmal, sondern Schritt für Schritt umgesetzt werden. Im optimalen Falle sollte über die zukünftig vorgesehenen Strukturen und Verfahren ein Konsens zwischen allen Beteiligten hergestellt werden.

11. Verzeichnisse

11.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Fallzahlen bzgl. heilpädagogischer Leistungen für Kinder im Frühförderalter (von 0 bis unter 7 Jahren)	28
Tabelle 2:	Entwicklung der Bruttoausgaben bzgl. heilpädagogischer Leistungen für Kinder im Frühförderalter (von 0 bis unter 7 Jahren)	29
Tabelle 3:	Durchschnittliche jährliche Fallkosten pro gefördertes Kind	30
Tabelle 4:	Förderquote: Anteil der geförderten Kinder an altersgleichen Kindern in der Bevölkerung (von 0 bis unter 7 Jahren)	31
Tabelle 5:	Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten heilpädagogischen Frühförderung sowie der Frühförderung Plus im Saarland	32
Tabelle 6:	Aufwendungen für die ambulante heilpädagogische Frühförderung und Frühförderung Plus im Saarland	33
Tabelle 7:	Merkmale der zum 31.12.2018 geförderten Kinder laut Sozialhilfeträger	34
Tabelle 8:	Finanzielle Aufwendungen für den Sozialhilfeträger und Anzahl der geförderten Kinder nach Leistungsformen	35
Tabelle 9:	Geleistete Behandlungseinheiten nach Leistungsformen	35
Tabelle 10:	Merkmale der zum 31.12.2018 geförderten Kinder laut Frühförderstellen	37
Tabelle 11:	Erstberatungen in den Frühförderstellen im Jahr 2018	38
Tabelle 12:	In den Frühförderstellen geleistete Behandlungseinheiten	39
Tabelle 13:	In den Frühförderstellen eingesetztes Personal	48
Tabelle 14:	Umsetzbarkeit der Vorgaben der Landesrahmenempfehlung	51
Tabelle 15:	Ort der Leistungserbringung	52
Tabelle 16:	Gründe für die Nichteinleitung der Eingangsdagnostik	53
Tabelle 17:	Ort der Diagnostik	54
Tabelle 18:	Gründe für die Nichtinanspruchnahme von bewilligten Leistungen	56
Tabelle 19:	Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten	57
Tabelle 20:	Anteile der direkten und indirekten Leistungsbestandteile	59
Tabelle 21:	Bewertung der Elternarbeit	61

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Auszug aus der Zuordnungsmatrix	17
Abbildung 2:	Vorschlag des MSGFF zur zukünftigen Umsetzung des Zugangs zu den Frühförderleistungen	42