



Arbeitsstelle Frühförderung Bayern
Fragen zur Lage - Systemanalyse Interdisziplinäre Frühförderung in Bayern
FranzL 2010

Resultate, Teil I*

Daten aus den Fragebögen an die Leiterinnen und Leiter, Version September 2011

Kinder und Familien; Zugang zu den Leistungen; Fachpersonen an den Interdisziplinären Frühförderstellen

Die "Fragen zur Lage 2010 - Systemanalyse Interdisziplinäre Frühförderung in Bayern" haben zum Ziel, zu ausgewählten aktuellen Fragestellungen die Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern betreffend solide Informationen zu gewinnen.

Zielgruppe

„FranzL 2010“ (wie wir die Untersuchung kurz nennen) ist eine Gesamterhebung an den Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern.

Befragt wurden die Träger/GeschäftsführerInnen, die Leiterinnen/Leiter, und die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der bayerischen Frühförderstellen.

Ablauf

Für die drei genannten Gruppen wurde je ein spezifischer Fragebogen entwickelt.

Die Fragebögen wurden im Juli 2010 an die 130 Frühförderstellen versandt, die nach unserem ständig nachgehaltenen Adreßverzeichnis, das auch im Internet veröffentlicht ist, als „Hauptstellen“ angesehen werden können, u.a. weil sie eine benannte Leitungsperson haben.

Diese 130 Frühförderstellen haben eine Reihe von mehr oder weniger selbständigen Dependancen - zum Teil lediglich Räume in anderen Orten ihres Einzugsbereich für die ambulante Therapie/Förderung, zum Teil auch Außenstellen mit reichhaltigerer Ausstattung und regelmäßiger personeller Besetzung. Alle diese Nebenstellen haben eine eigene Zulassung und Zulassungsnummer bei der gesetzlichen Krankenversicherung, so daß in der Liste der zugelassenen Frühförderstellen der AOK Bayern mehr als 200 Interdisziplinäre Frühförderstellen verzeichnet sind. Einige Träger betreiben mehrere Frühförderstellen; von Trägerseite sind deswegen weniger Antworten zu erwartenden gewesen.

Bis Anfang November (Annahmeschluß) waren an uns zurückgesandt worden:

- 61 Träger-Fragebögen (von erwartbaren 110); 55,4 %
- 89 Leiterinnen/Leiterfragebögen (von erwartbaren 130); 68,4 %
- 590 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter-Fragebögen (von erwartbaren etwa 1.900); 31%

* Erstellt von M. Thurmair, L.Held, S. Höck und H-G. Wolf.

Mit herzlichem Dank an die Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung, LV Bayern, für die großzügige finanzielle Unterstützung

Leitende Fragestellungen der Studie

Leitende Interessen der Studie sind:

- Mit welcher Qualität wird Interdisziplinäre Frühförderung in Bayern von den Interdisziplinären Frühförderstellen angeboten? (im Offenen Beratungsangebot, der Eingangsdiagnostik, der „Komplexleistung“, der Vernetzung)
- Welche Bedeutung hat sie im jeweiligen Sozialraum der Interdisziplinären Frühförderstelle? (für die Familien, für die benachbarten Systeme Gesundheit, KiTa, Jugend, Rehabilitation, Schule, Eltern)

In dieser ersten Auswertung sind nur die Fragebögen für die Leiterinnen/Leiter einbezogen.

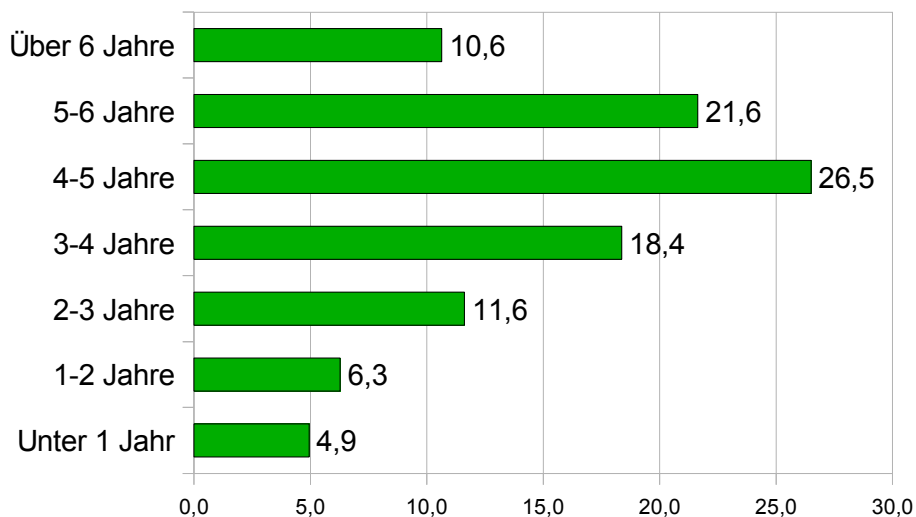
1. Kinder und Familien

Im Arbeitsfeld der Früherkennung und Frühförderung wird immer wieder diskutiert, welche Kinder in welchem Alter an den Interdisziplinären Frühförderstellen erfaßt und betreut werden, und aus welchen Familien diese Kinder kommen. Hier werden unterschiedliche Auffassungen vertreten; FranzL 2010 kann für die bayerischen IFS hier Klarstellungen schaffen und Daten vorlegen.

Unsere Datenbasis in bezug auf die Kinder und Familien ist außer den FranzL-Fragebögen selbst eine Nachfrage über die Altersstruktur der am 1. Februar 2010 an den bayerischen IFS betreuten Kinder; hier haben wir von 71 Einrichtungen Auskünfte über 12.089 Kinder erhalten. Das dürfte knapp die Hälfte aller Kinder sein, die in Bayern durch interdisziplinäre Frühförderstellen betreut werden.

1.1. Altersschichtung

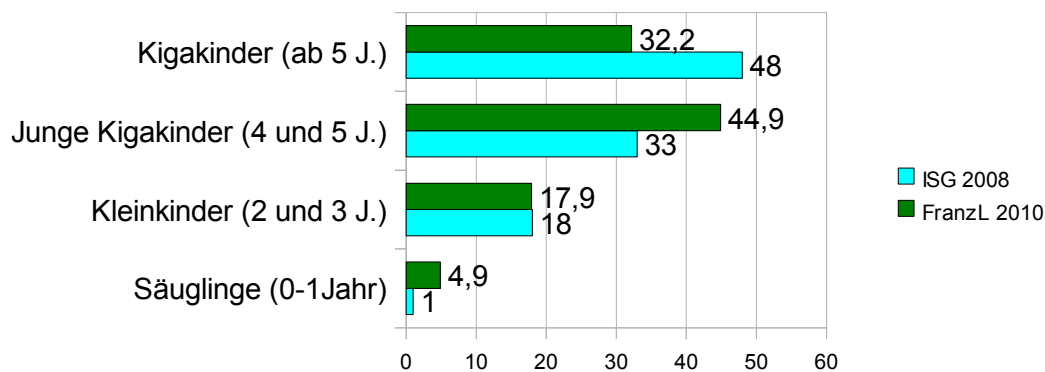
An den bayerischen interdisziplinären Frühförderstellen wurden zum Stichtag 1. Februar 2010 Kinder in folgender Altersschichtung betreut:



Altersschichtung der in den bayerischen IFS betreuten Kinder, Stichtag 1.2.2010, in %, N=12.089 Kinder aus 71 Einrichtungen

Im Säuglings- und Kleinkindalter (Geburt bis 3 Jahre) sind in den bayerischen IFS also 22,8% der Kinder, der größere Anteil, gut drei Viertel, sind Kinder im Kindergartenalter (3-6 Jahre und älter).

Im Vergleich zur Altersschichtung, die die ISG-Studie ermittelt hat, werden an den bayerischen IFS anteilmäßig mehr Säuglinge und deutlich weniger ältere Kindergartenkinder (ab 5 Jahren) betreut. Nach der Altersklassifikation der ISG dargestellt sehen die Verhältnisse so aus:



Daten aus Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Abschlussbericht, Köln 2008, S. 126f, N=905 Kinder

1.2. Behinderungen und Entwicklungsgefährdungen: Leit-Symptomatiken

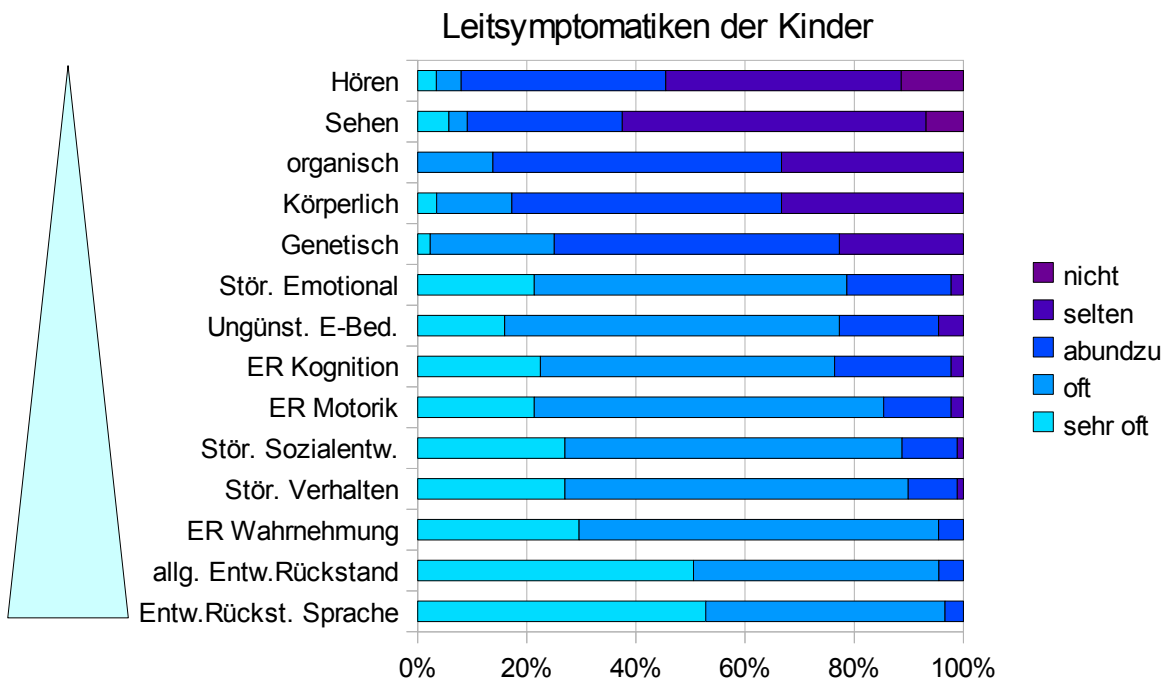
Der Anspruch auf Interdisziplinäre Frühförderung wird - in der gesetzlichen Definition - durch eine Behinderung oder drohende Behinderung eines Kindes begründet.

Nun ist "Behinderung" oder "drohende Behinderung" keine Diagnose im medizinischen Sinn (Neuhäuser 2004), in pädagogischer und psychologischer Sicht eher die Bezeichnung für eine kritische oder schwierige Gesamt-Lebenslage, und im Sinne der Weltgesundheitsorganisation sinnvoll beschreibbar nur als bio-psycho-sozialer Zusammenhang ("Internationale Klassifikation der Funktionellen Gesundheit", ICF).

"Behindert" oder "von Behinderung bedroht" beschreibt demnach in der Frühförderung sowohl kognitive, wie emotionale und soziale, wie auch familiäre Faktoren, die klare Risiken für die Entwicklung eines Kindes darstellen; in diesem Sinne wurde zwischen den Vertragspartnern des bayerischen Rahmenvertrages Frühförderung ein Katalog von "Schlüsselwörtern" verabredet, nach dem die Klientel beschrieben wird, die Anspruch auf Leistungen von Frühförderung als Komplexleistung im Sinne von SGB IX und FrühV hat ("Gemeinsame Vollzugshinweise" der Vertragspartner des BayRahmen V FF, 2009; nachzulesen unter <http://www.fruehfoerderung-bayern.de/informations-und-arbeitspapiere/bay-rahmenvertrag-fruehfoerderung/>).

Diese "Schlüsselwörter" machen es möglich, sich über Entwicklungsgefährdungen und Behinderungen von Kindern nach Leit-Symptomatiken zu verständigen. Der Begriff der "Leit-Symptomatik" beinhaltet, daß bei den Kindern in mehreren Dimensionen (biologischen, funktionellen, psychischen und sozialen) Auffälligkeiten oder Störungen vorliegen können, die auch unterschiedlich entwicklungsbedeutsam sind.

Die folgende Rangreihe ergibt sich nach der Häufigkeit, mit der in bayerischen Frühförderstellen diese Leit-Symptomatiken für die Kurzbeschreibung verwendet werden:



Tab.1: Leit-Symptomatiken der in bayerischen Frühförderstellen betreuten Kinder, geordnet, prozentual, N=89, "Wir betreuen in unserer Einrichtung Kinder mit..."

* Kinder mit Hör- bzw. Sehschädigungen sind an den speziellen überregionalen Frühförderstellen naturgemäß "sehr häufig" vertreten; die allgemeinen Frühförderstellen haben "nicht" bis "selten" mit diesen Kindern zu tun, und dann in Kooperation mit den speziellen Frühförderstellen.

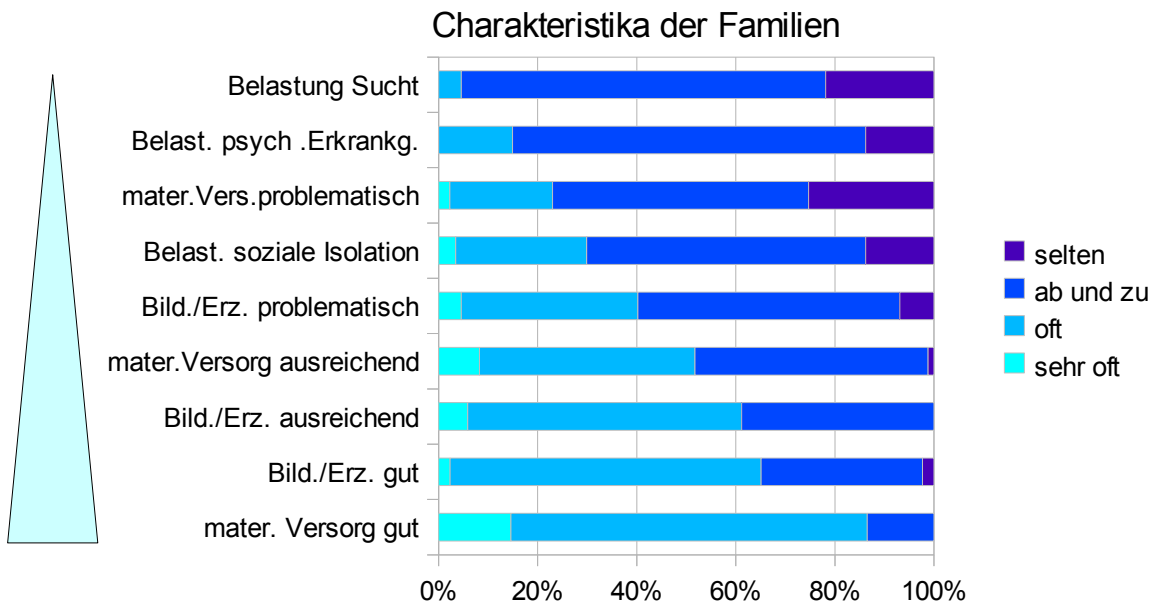
Damit bestätigt sich die schon oft geäußerte Vermutung, daß Kinder mit Entwicklungsrückständen und Verhaltensproblemen häufig an Frühförderstellen vorgestellt werden, und dort auch (als „von Behinderung bedrohte“ Kinder) Leistungen erhalten. Der Anspruch auf "Komplexeleistung" ist bei diesen Kindern durch die Kostenträger auch anerkannt.

1.3. Entwicklungs-Bedingungen der Kinder

Die Entwicklungsbedingungen der Kinder, die an den bayerischen IFS betreut werden, sind an vorderster Stelle bestimmt von den Familien, in denen die Kinder aufwachsen. Bei den Familien interessierten uns:

- Die materielle Versorgung des Kindes/der Kinder (Wohnen, Nahrung, Kleidung usw.) (Beurteilung als gut – ausreichend - schlecht),
- der Bildungs/Erziehungshintergrund (Beurteilung als gut – ausreichend - problematisch), und
- besondere Belastungen in den Familien: Psychische Erkrankung, Suchtproblematik, soziale Isolation (z.B. aufgrund von Migration, Stigmatisierung...)

Wiederum nach der Rangreihung ergibt sich folgendes Bild:



Tab. 2: Rangfolge von Familien-Charakteristika an bayerischen Frühförderstellen, Leiter-Angaben, prozentual, N=89, "In den Familien, mit denen wir zu tun haben, ist..."

Die Verteilung der Zuordnungen zeigt keine charakteristischen Spitzen oder Ausfälle; sie deutet vielmehr in die Richtung, daß in der Frühförderung im bayerischen Durchschnitt die erfragten Charakteristika von Familien relativ gleichmäßig vertreten sind.

In der Studie von Peterander & Speck (1993, 482) berichteten die Mitarbeiterinnen noch, die Familien in der Frühförderung gehörten eher dem Mittelstand und der gehobenen Mittelschicht an. Diese Akzentuierung läßt sich in unseren Daten nicht auffinden; die Leiterinnen/Leiter berichten eher über eine gleichmäßige Inanspruchnahme durch Familien mit verschiedenen Hintergründen.

Ein Blick auf das „untere Ende“ zeigt auch, daß problematische Bildungs- und Erziehungshintergründe öfter vorkommen als schlechte materielle Voraussetzungen der Familien oder besondere Belastungen:

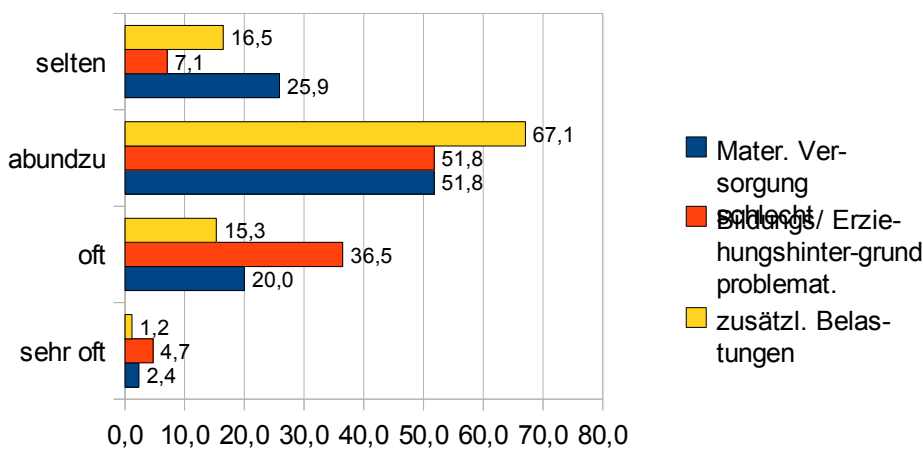


Abb. 1: Familiäre Charakteristika der Familien in bayerischen Frühförderstellen, Nennungen in den einzelnen Items in %, gültige N=87

Angesichts der inzwischen vielfach und breit belegten Vermutung, daß in Familien der Unterschicht Behinderungen, Entwicklungsgefährdungen und Gesundheitsprobleme häufiger sind als im gesellschaftlichen Durchschnitt (Weiß 2000, 142; Schlack 2008: „Sozialer Gradient“) könnte es verwundern, daß an IFS die Verteilung der Familien einen solchen Akzent nicht aufweist; andererseits zeigen soziologische Analysen (Engelbert 1999), daß für diese Familien auch spezifische Hindernisse bei der Inanspruchnahme öffentlicher Leistungen bestehen.

Nach der Erfahrung der Frühförderstellen können solche Schwellen dadurch gesenkt werden, daß die Stellen einen guten Ruf bei den Familien haben, und daß sie ihnen auch - in der mobilen Arbeitsform - entgegenkommen können. Das Risiko der Stellen ist dabei, daß die Familien nicht da sind oder die Tür nicht aufmachen, was sich ökonomisch als unmittelbarer Einnahme-Ausfall darstellt.

Diese aktive Kontaktpflege zu "schwachen" Familien ist an bayerischen IFS seit Jahren Einschränkungen unterworfen; dies haben wir bereits in den Jahren 2003 und 2005 bei unseren "Fragen zur Lage" ermitteln können:

Eine weitere Auswirkung von Ressourcenverknappung ist der Verlust von „schwachen“ Familien. Gerade Kinder aus Familien in Armuts- und Benachteiligungslagen gehen verloren, weil die Frühförderstellen die Zusammenarbeit nicht mehr aktiv zu unterstützen in der Lage sind. Der Aufbau eines halbwegs verlässlichen Kontaktes zu den Familien ist nicht möglich, weil Fehlzeiten durch ausgefallene Termine und vergebliche Besuche nicht mehr ausgeglichen werden können. 2003 berichteten 20% der bayerischen IFS von dieser Tendenz, 2005 waren es bereits 65%. (Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Frage zur Lage 2003 und 2005, unveröffentlicht)

2. Zugang zu den Leistungen der Interdisziplinären Frühförderstellen

Das bayerische System des Zugangs zur Frühförderung ist modular, und hat auch eine modul-bezogene Finanzierung:

- Offenes Beratungsangebot;
- Eingangsdiagnostik mit Förder- und Behandlungsplan;
- und ggf. Förderung/Therapie des Kindes und Beratung von Eltern und Familie.

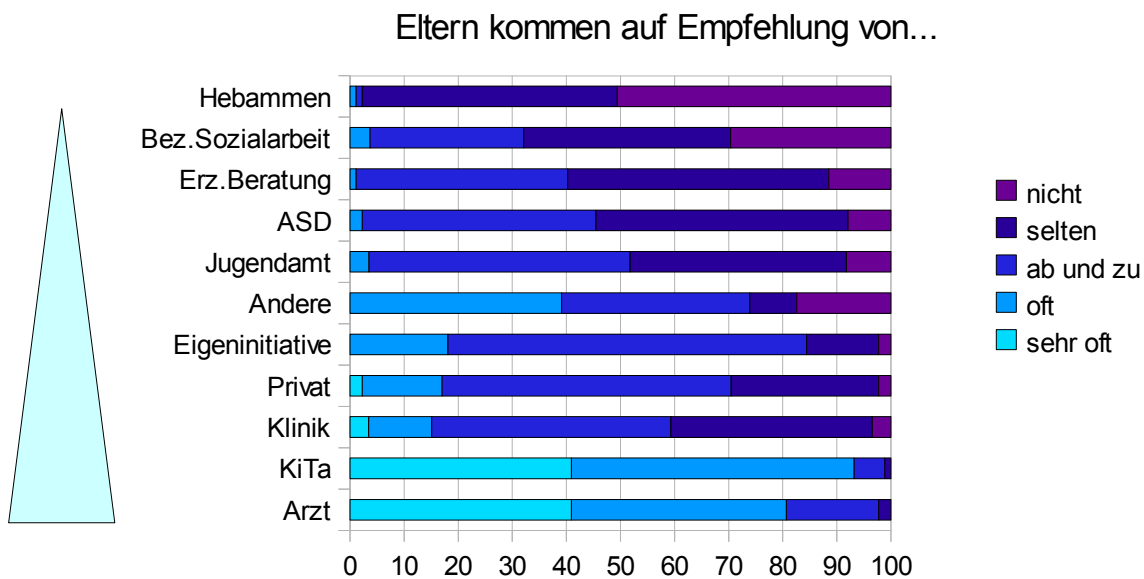
2.1. Kontakt mit der Frühförderstelle

Für den Zugang zur Frühförderstelle und die Inanspruchnahme des „Offenen Beratungsangebots“ genügt es, wenn Eltern das Telefon zur Hand nehmen, weil sie mit der Frühförderstelle über ihr Kind sprechen möchten.

Bei der Hälfte der bayerischen IFS können sie dabei mit einem ganztags besetzten Telefon rechnen; zumindest halbtags besetzt ist das Telefon bei weiteren 35% der Einrichtungen. Dies setzt bei den Einrichtungen voraus, daß sie eine Verwaltungskraft oder Mitarbeiterinnen systematisch mit der Aufgabe des Telefondienstes betrauen; bei einigen Einrichtungen, und vor allem bei Außenstellen ist dies nicht durchgehend möglich. Wenn das Telefon tagesweise besetzt ist (bei knapp 20% der Einrichtungen) ist überwiegend an 3-4 Tagen jemand erreichbar. Die restlichen Einrichtungen haben ihr Telefon nicht durchgehend, oder an weniger als 3 Tagen besetzt.

Der Griff zum Telefon hat eine Vorgeschichte; über irgend eine Quelle sind Eltern auf die Frühförderstelle aufmerksam gemacht worden, wurden beispielsweise von ihrem Arzt, vom Jugendamt etc. dorthin geschickt.

Der Zugang zu Frühförderung geschieht im bayerischen Durchschnitt über folgende Wege:



Tab. 3: Zugang zum Offenen Beratungsangebot, Rangreihe der Empfehlungen, prozentual, Leiter-Angaben, N=89

Ärzte und Kindertageseinrichtungen sind mit Abstand die wichtigsten Vermittler, gefolgt von Kliniken, Privatpersonen und den Jugendämtern. "Andere" Vermittler als die von uns vorgegebenen benennen 23 IFS, darunter sind genannt SPZ, Therapeuten, mobile sonderpädagogische Hilfen und andere Fördereinrichtungen.

Im Vergleich zu früheren Erhebungen (Arbeitsstelle Frühförderung 1982, 81f) haben Ärzte ihre herausragende Bedeutung behalten; Kindertageseinrichtungen sind aber vor Kliniken und Gesundheitsämtern gerückt (die in 2010 keine Rolle mehr spielen). Auch die "privaten" Verweise konnten ihre Position verbessern: Sie sind jetzt die viert-wichtigste Quelle für den Verweis auf die Frühfördereinrichtungen.

2.2. Offenes Beratungsangebot

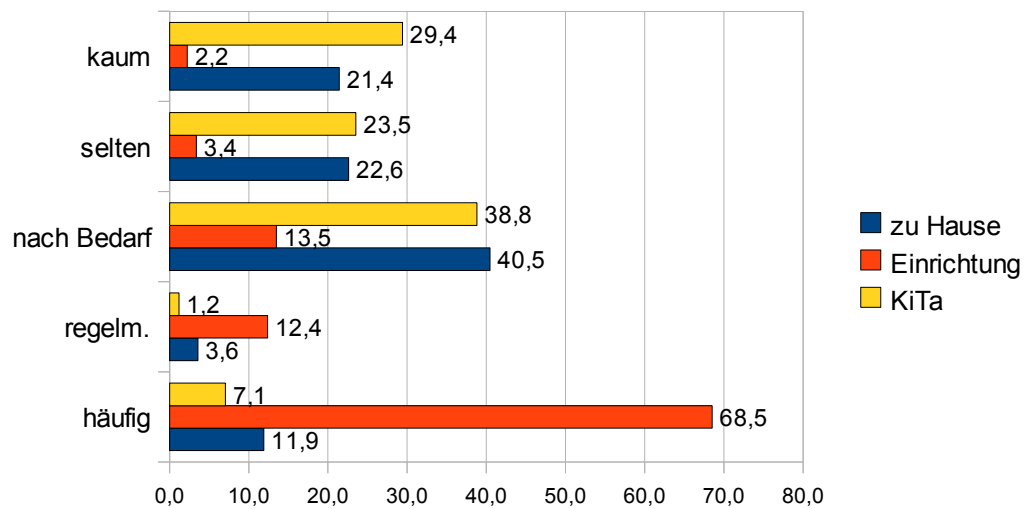
Wenn die Eltern bei der Frühförderstelle anrufen, wird mit den allermeisten von ihnen auch ein Termin für das Offene Beratungsangebot vereinbart.

Einige Eltern werden auch schon am Telefon auf andere, zielführendere Möglichkeiten hingewiesen; Daten dazu haben wir nicht erhoben.

Dieses Offene Beratungsangebot findet im Schnitt nach 2-3 Wochen statt (Minimum: wenige Tage; Maximum: mehr als 4 Wochen); damit bleiben die IFS im Durchschnitt ein wenig hinter dem Ziel zurück, das sie sich selbst gesetzt haben: Die IFS möchten das Offene Beratungsangebot im Durchschnitt innerhalb von 13,3 Tagen (Minimum 5 Tage; Maximum 30 Tage) durchführen.

Das Offene Beratungsangebot wird bei der überwiegenden Mehrzahl der Stellen (91,5%) von dafür bestimmten und erfahrenen Mitarbeiterinnen durchgeführt; nur bei 8,5 % der IFS machen es alle Kolleginnen und Kollegen.

Im Durchschnitt wird das Offene Beratungsangebot eher in der Einrichtung als zu Hause oder in der Kindertageseinrichtung durchgeführt; doch verfahren die Einrichtungen hier auch unterschiedlich; einige führen diese Gespräche "häufig" zu Hause oder in der Kindertageseinrichtung, andere nicht. Für die mobile Form (zu Hause, in der KiTa) entscheidet oft auch der Bedarf der Familien.



Orte, an denen das Offene Beratungsangebot durchgeführt wird, Nennungen in %; N=87

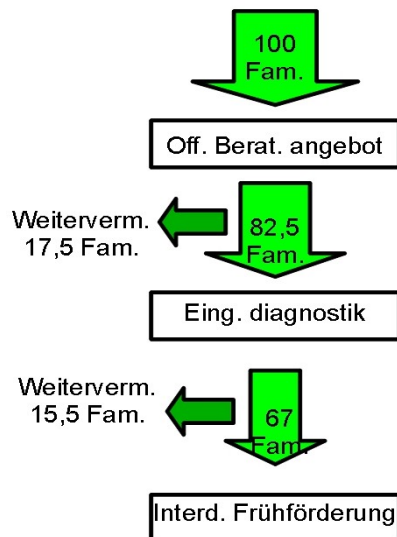
Aus dem Offenen Beratungsangebot empfehlen die IFS von 100 Eltern im Durchschnitt 17-18 (17,5%) weiter, bei 82 - 83 Kindern machen sie die Eingangsdiagnostik.

Die Weiterempfehlungen nach dem Offenen Beratungsangebot folgen am ehesten den erkannten Notwendigkeiten, und offenkundig weniger einer bestimmten Routine: Am ehesten "nach Bedarf" (unter den Alternativen "häufig", "regelmäßig", "selten", "kaum") werden empfohlen:

- Erziehungsberatungsstellen
- Allgemeine Maßnahmen (wie Sportverein, Musikschule...)
- Therapien
- Schulvorbereitende Einrichtungen
- Heilpädagogische Tagesstätten
- Sozialpädiatrische Zentren

Bei den IFS für Sinnesgeschädigte spielt auch der Verweis auf die regionale Stelle eine Rolle (Einträge in der Rubrik "Anderes, was?").

Von den verbleibenden 82-83 Familien stellen die IFS nach der Eingangsdiagnostik einen Antrag auf Interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung bei 67 Familien/ Kindern; 15-16 der verbliebenen Familien (18,8% der Familien, bei denen die Eingangsdiagnostik gemacht wird) empfehlen sie weiter. Einen Antrag auf Gewährung einer „Komplexleistung“ stellen die bayerischen IFS also nur bei 2/3 der Familien, die zum Offenen Beratungsangebot kommen.



"Losenfunktionen" der Frühförderstellen in der Eingangsphase der Frühförderung, Basis Prozentwerte, N=88

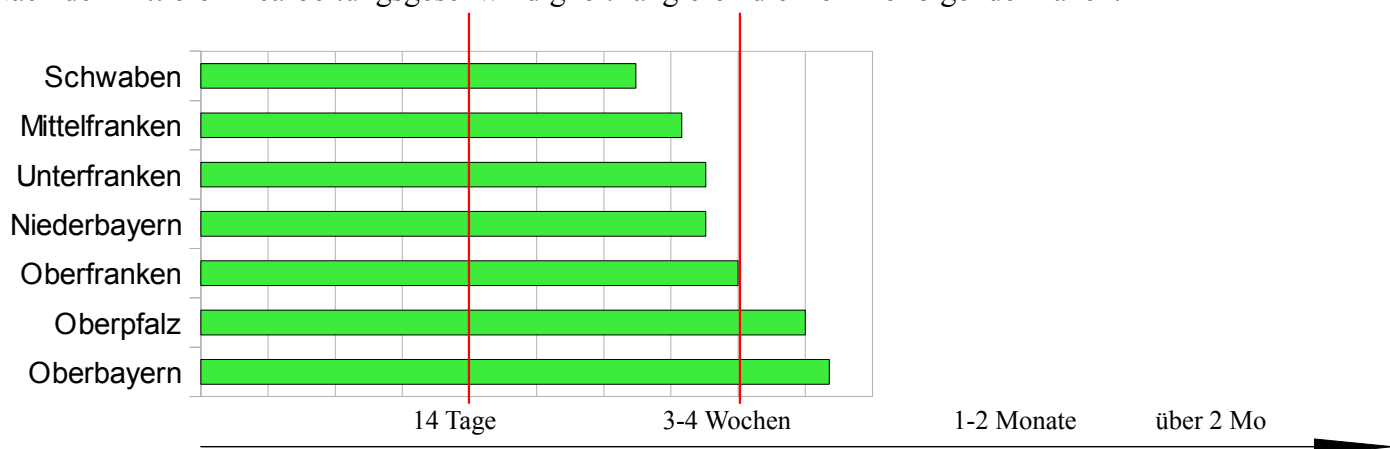
2.3. Eingangsdiagnostik, Antragstellung und Beginn der Frühförderung

Die bayerischen Frühförderstellen führen die Eingangsdiagnostik im Durchschnitt 2-3 Wochen nach dem Offenen Beratungsangebot durch (Mittel 2,6 Wochen; Min. 1 Woche, Max mehr als 6 Wochen).

Dabei ist das Ziel bei der Mehrzahl der Einrichtungen (85%), die Eingangsdiagnostik möglichst bald nach der Kontaktaufnahme durchzuführen; nur ein geringerer Teil der IFS legt Wert darauf, die Eingangsdiagnostik möglichst nahe am Beginn der tatsächlichen Förderung zu plazieren, falls die Familien auf einer Warteliste stehen (15%).

Die Förderung kann erst beginnen, wenn über den Antrag entschieden worden ist; das dauert im Schnitt 3-4 Wochen (Minimum 14 Tage, Maximum mehr als 2 Monate). Die Genehmigungen liegen in der Hand der Bezirke als überörtlicher Kostenträger und Führer des Verfahrens. Offenbar sind sie nur zum kleineren Teil in der Lage, die gesetzlich vorgesehene Frist von 14 Tagen einzuhalten. Die maximale Entscheidungszeit von mehr als 2 Monaten ist sehr auffällig.

Nach der mittleren Bearbeitungsgeschwindigkeit rangieren die Bezirke folgendermaßen:



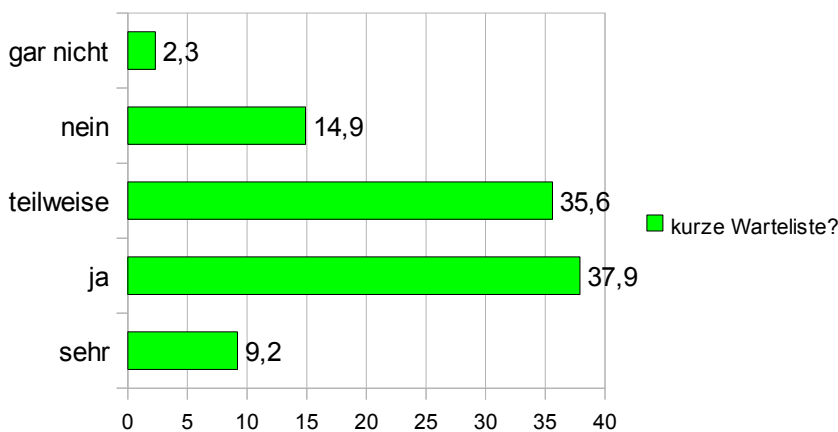
Mittlere Bearbeitungszeit des Antrags auf "Komplexleistung" in den Bezirken, N=89

Mit Schuljahres- und Kindergartenjahresbeginn (September/Oktober) sind bei den bayerischen IFS im Schnitt 10,2 Kinder/Familien auf der Warteliste (min=0, max=70 Familien); sie müssen im Schnitt 4,8 Wochen warten, bis die Frühförderung beginnen kann (min=0, max=30 Wochen).

Die Frühförderstellen können in dringenden Fällen (z.B. sehr kleine Frühgeborene) aber schnell reagieren : 86% der Frühförderstellen bejahen das ausdrücklich; die Mitarbeiter sind in solchen Spitzenzeiten auch eher flexibel mit ihrer Arbeitszeit - das bejahen immerhin noch 61,6% der Leiterinnen und Leiter).

Die Wartezeiten und Wartelisten an den bayerischen IFS sind sehr saisonabhängig; in der Regel sind die Kapazitäten der Stellen so dimensioniert, daß zum Beginn des Schuljahres die verfügbaren Plätze weitestgehend vergeben sind. Das führt in den Anfangsmonaten des Folgejahres (Jan/Feb/Mrz) zu teils erheblichen Engpässen.

Insofern bildet der Erhebungszeitpunkt von FranzL 2010 im September/Oktober die Situation ab, in der der Zugang zur Frühförderung eher gut und schnell möglich ist; für den Anfang eines Jahres berichten die Frühförderstellen zum Teil erhebliche Wartezeiten. Der Aussage: "Wir haben übers Jahr gesehen eine kurze Warteliste" stimmen die Leiterinnen und Leiter deswegen sehr unterschiedlich zu:



Zustimmung der Leiterinnen/Leiter: "Wir haben übers Jahr gesehen eine kurze Warteliste", in %, N=87

2.3. Lotsenfunktion

Wie gezeigt worden ist, erhalten die Familien, die sich an die Frühförderstelle wenden, an zwei Stellen des Zugangsprozesses spezifische Empfehlungen, wenn bei dem Kind Frühförderung als Komplexleistung nicht angezeigt ist: Nach dem Offenen Beratungsangebot (17,8% Weiterempfehlungen) und nach der Eingangsdiagnostik (18,8% Weiterempfehlungen).

Nicht erhoben haben wir Informationen darüber, welche Empfehlungen und Hinweise von den IFS bereits am Telefon gegeben werden - wo sich nach unserer Kenntnis die Mitarbeiterinnen durchaus engagieren, um einer ratsuchenden Mutter, einem sorgenvollen Vater eine gute und hilfreiche Auskunft zu geben (obwohl diese Tätigkeiten nicht honoriert sind).

Für mindestens ein Drittel der Familien, die mit ihnen Kontakt aufnehmen, erfüllen die IFS also eine Lotsenfunktion in dem Sinn, daß sie hilfreiche Schritte und Kontakte anbahnen, wenn sie selbst nicht tätig werden müssen.

Zwei weitere wichtige "Lotsenfunktionen" haben wir direkt erfragt: Die Information der Eltern über sozialrechtliche und Versorgungsfragen, und die Unterstützung bei der Inanspruchnahme zusätzlicher diagnostischer Leistungen durch SPZs oder Kliniken.

Die Eltern der Kinder in der Frühförderung sind zuallermeist "Newcomer" in den Systemen der Behindertenhilfe und der Gesundheits- und sozialen Netzwerke; dies zieht einen spezifischen Beratungsbedarf nach sich. Die Frühförderstellen kümmern sich um die entsprechende Information und Hilfe, und zwar:

durch die Mitarbeiterinnen der IFS	48 %	
durch spezifisch kompetente Mitarbeiterinnen der IFS	25 %	überwiegend Sozialpädagoginnen, ab und zu Leitung
in Kooperation mit externen Stellen	53 %	trägereigene oder externe Beratungsstellen, v.a. Landratsamt, Jugendamt, auch Offene Behindertenarbeit in der Region

Sozialrechtliche und Beratung in Versorgungsfragen, N=89, Mehrfachnennungen

Eine spezifische Rolle spielt auch die Empfehlung an die Eltern, in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einer Klinik spezifischere diagnostische Klärungen zu suchen; formal veranlaßt dies der behandelnde Arzt; in Kooperation mit den Frühförderstellen können aber spezifischere Fragestellungen herausgearbeitet werden.

Die Frühförderstellen

geben den Eltern eine Empfehlung	78,4 %
geben den Eltern ein Schreiben an den Arzt mit	45,4 %
unterstützen die nötige Kontaktnahme bei Kliniken und SPZ	77,3%
gehen ggf. selber zu den Terminen mit	42,0 %

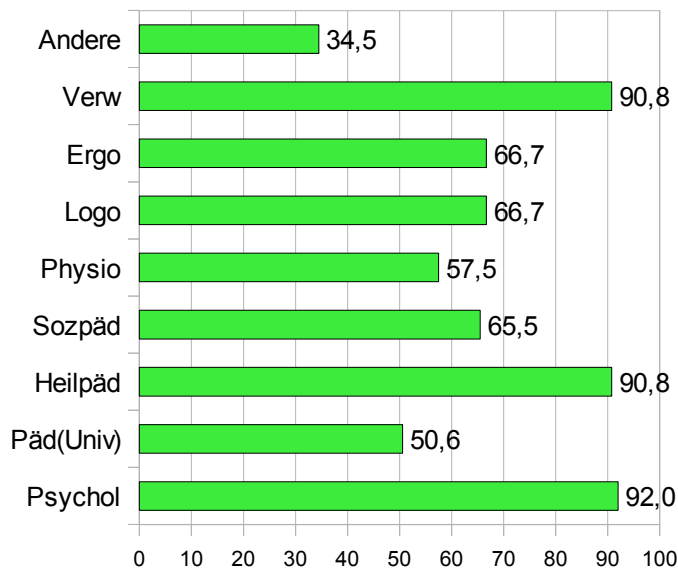
Unterstützung der Eltern bei zusätzlich erforderlicher Diagnostik in SPZ oder Kliniken, N=89, Mehrfachnennungen

3. Fachpersonen an den IFS und ihre Kooperation

Festzustellen, daß Interdisziplinäre Frühförderstellen selbst multiprofessionell aufgestellt sind und interdisziplinäre Kooperationen haben, ist trivial. Die Bestimmung des BayRahmenV FF, die „Komplexleistung“ dadurch zu sichern, daß innerhalb eines Behandlungsplanes (Laufzeit i.d.R. ein Jahr) Leistungen aus der medizinischen wie auch der pädagogisch-psychologischen Disziplin obligatorisch zu erbringen sind (sog. „Zwei-Kreuzchen“-Lösung), verpflichtet die IFS auch dazu, alle notwendig werdenden Leistungen selbst vorzuhalten. Dies geschieht teils durch Anstellung von Personal, teils auch durch vertragliche Kooperationen.

3.1. Angestellte Fachkräfte

Die meisten bayerischen Frühförderstellen sind auf der pädagogisch-psychologischen Seite seit jeher multiprofessionell ausgestattet; medizinisch-therapeutische Fachkräfte sind seit dem BayRahmenV FF verstärkt in die Teams der Festangestellten mit einbezogen worden: Es gibt heute nur noch wenige Frühförderstellen (N=18), die keine medizinisch-therapeutischen Fachkräfte angestellt haben.



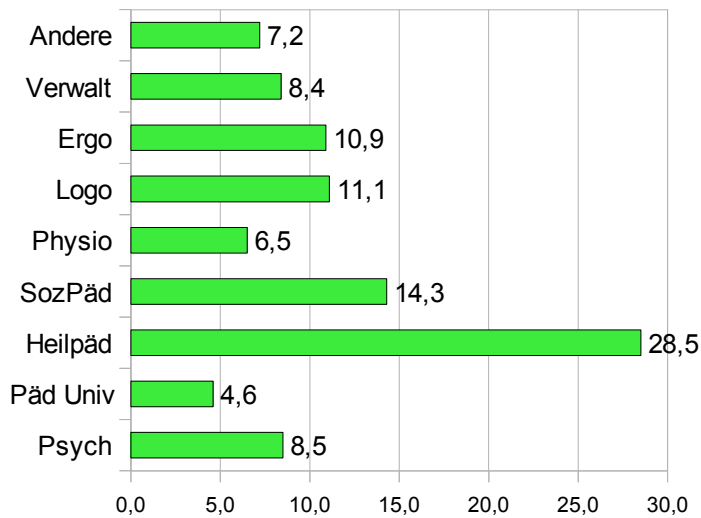
Anteil der Frühförderstellen, die Personen aus den genannten Berufsgruppen angestellt haben, in %, gültige N=87

Psychologische und heilpädagogische sowie Verwaltungsfachkräfte haben über 90% aller Frühförderstellen angestellt; andere Berufsgruppen folgen mit gewissem Abstand. Die Gruppe der "anderen" Fachkräfte besteht überwiegend aus solchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, auf die die "Bestandsschutzklausel" des BayRahmenV FF* zutrifft (überwiegend Erzieherinnen).

Die verschiedenen Berufsgruppen sind nach ihren jeweiligen Anteilen an den IFS verschieden stark; die nach Personen stärkste Berufsgruppe sind die Heilpädagoginnen, gefolgt von Sozialpädagoginnen.

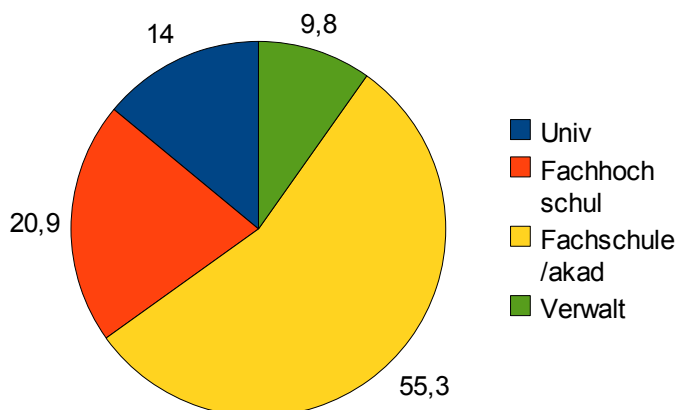
Erzieherinnen, MotopädInnen, HeilerziehungspflegerInnen gehören nicht zu dem Personenkreis, der in Interdisziplinären Frühförderstellen beschäftigt werden kann; für MitarbeiterInnen aus diesen Berufsgruppen gilt Bestandsschutz, wenn sie vor dem 1.8.2006 schon an Frühförderstellen gearbeitet haben.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den bayerischen IFS sind vielfach teilzeitbeschäftigt. In Vollzeit-Stellen umgerechnet sehen die Personalkapazitäten bei den angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern so aus:



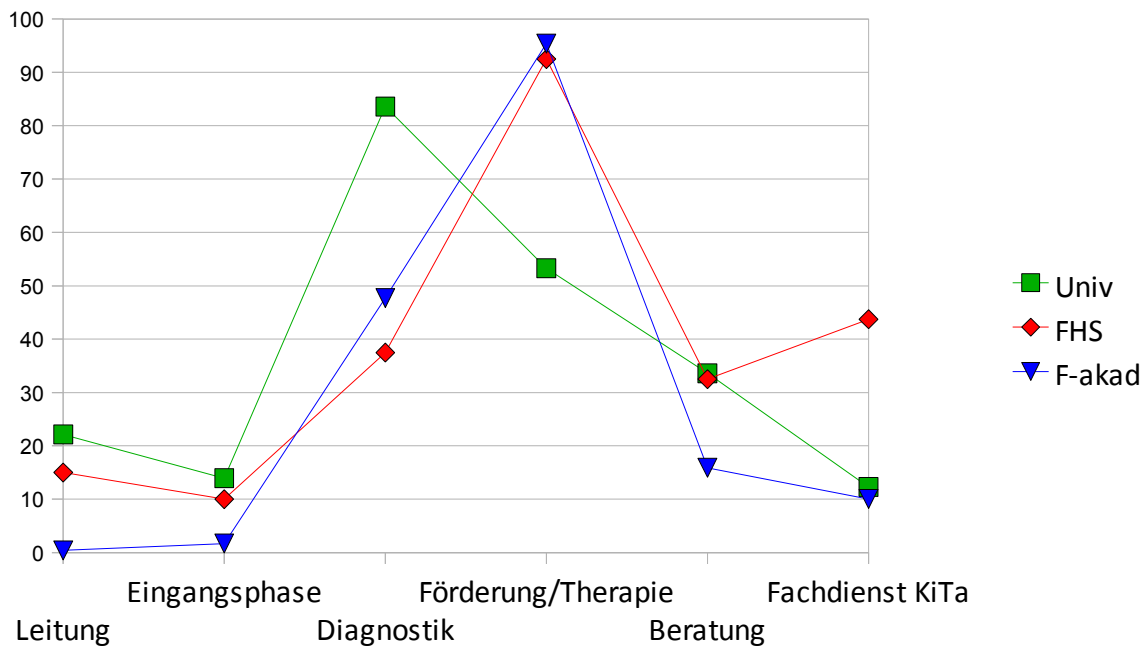
Anteile der Angestellten der verschiedenen Berufsgruppen in den bayerischen IFS nach Vollzeit-Stellen, gültige N= 830,7 Stellen, in %

Die Angestellten der bayerischen Frühförderstellen sind auf unterschiedlichen Niveaus ausgebildet, und werden auch auf unterschiedlichen Tarif-Niveaus eingruppiert. Mit Universitätsabschlüssen eingestellt sind vor allem Dipl.-Psychologinnen/Psychologen, aber auch Dipl.-Pädagogen, Rehabilitationspädagogen und Sonderpädagogen; Fachhochschulabschlüsse haben vor allem Sozialpädagogen und Dipl.-Heilpädagogen; Fachakademie- bzw. Fachschulabschlüsse haben hauptsächlich die medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen, Heilpädagoginnen, und Erzieherinnen mit Zusatzausbildungen bzw. nach dem vertraglichen Bestandsschutz.



Angestellte an bayerischen IFS nach Bildungsabschlüssen, nach Personen; in %, gültige N=1279

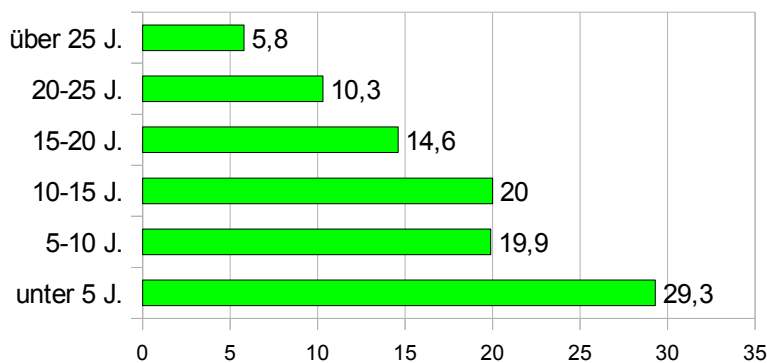
Die verschiedenen Bildungsabschlüsse legen bestimmte Tätigkeitsschwerpunkte nahe: Diagnostik ist der Spitzenreiter bei den Angestellten mit Universitätsabschlüssen; bei ihnen wie den Angestellten mit Fachhochschulabschlüssen liegen Leitungsaufgaben, Mitwirkung in der Eingangsphase (Offenes Beratungsangebot, Eingangsdiagnostik) und auch Mitverantwortung in der Verwaltung. Angestellte mit Fachhochschulabschlüssen haben darüberhinaus einen Schwerpunkt in der Fachberatung von Kindertageseinrichtungen (FD KiTa). Die Mitarbeiterinnen mit Fachakademie- und Fachschulabschlüssen haben ihren Schwerpunkt auf der Förderung/Therapie/Behandlung der Kinder, und der Diagnostik.



Tätigkeitsschwerpunkte nach Bildungsabschlüssen, Leiterangaben, Mehrfachnennungen, in %, gültige N=87, ohne Verwaltungsangestellte

Die an IFS angestellten Fachkräfte haben unterschiedlich lange Berufserfahrung in der Frühförderung - ein wichtiges Merkmal für die Qualität der Dienste, die an IFS vorgehalten wird.

Neben einer guten Zahl von in den letzten Jahren neu hinzugekommenen Fachkräften sind viele Kolleginnen und Kollegen mit längerer und langer Berufserfahrung angestellt; die weniger Erfahrenen (unter 5 Jahren) machen knapp unter 30% der Angestellten aus. Im einzelnen sieht das Bild wie folgt aus:



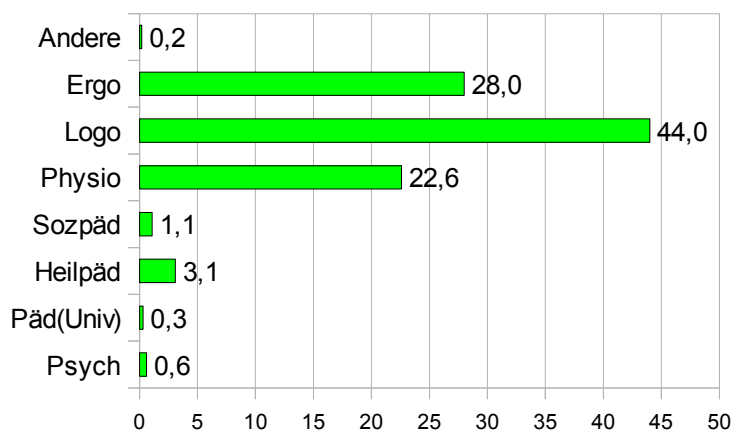
Berufserfahrung in der Frühförderung, Personen; in %, gültige N=1113

3.2. Fachkräfte mit Kooperationsstatus

Die Zusammenarbeit der IFS mit Fachleuten mit Kooperationsverträgen hat zum Teil eine längere Tradition; Kooperationsverträge wurden auch vor Inkrafttreten des BayRahmenV FF abgeschlossen, nach unserer Kenntnis insbesondere mit medizinisch-therapeutischen Praxen, wenn sie öfters Kinder aus der Frühförderung betreuten.

Der BayRahmenV Frühförderung hat zu einer Ausweitung solcher Kooperationsverträge geführt, weil durch die Regelungen der "Komplexleistung" die IFS praktisch einen Vollversorgungs-Auftrag erhalten haben. Dies zog nach sich, daß Leistungen, die nicht durch Angestellte erbracht werden können, über Kooperationsverträge sichergestellt werden. Diese Variante behandelt der BayRahmenV FF als gleichwertig zu Angestellten und macht in seinem "Strukturerhebungsbogen" (Anlage 2 des Bay RahmenV FF), der für die formelle Zulassung von IFS ausschlaggebend ist, dementsprechend auch keinen Unterschied zwischen Angestellten und Kooperationskräften.

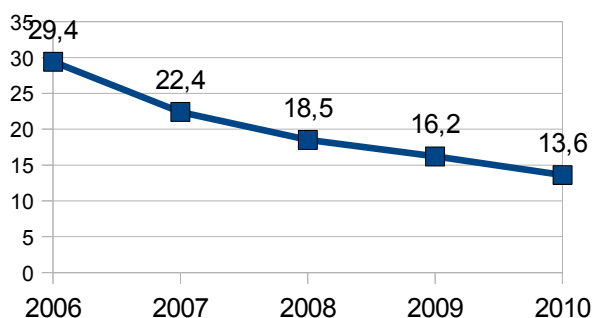
Mit Kooperationskräften werden vor allem medizinisch-therapeutische Leistungen abgedeckt; dem entsprechend sind die Berufsgruppen folgendermaßen verteilt:



Kooperationskräfte an bayerischen IFS, nach Personen, in %, N=611

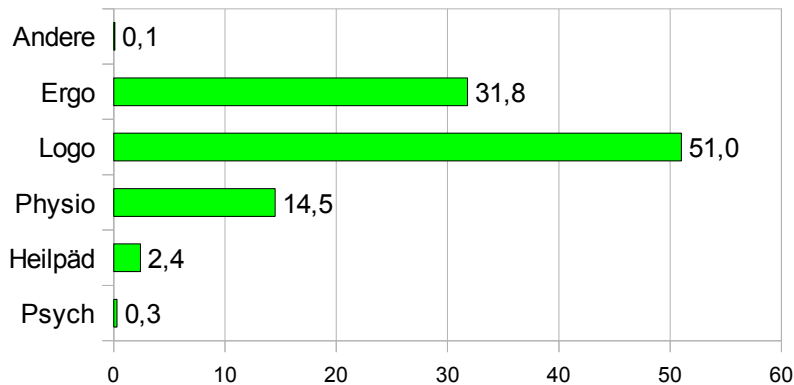
Zum Zeitpunkt unserer Studie waren von den Personen, die Leistungen der interdisziplinären Frühförderung erbringen, etwa ein Drittel (33,1%, N= 1912 Personen) Kooperationskräfte.

Drei Viertel der bayerischen Frühförderstellen haben seit 2006 Kooperationsverträge abgeschlossen; ein Viertel (25,0%) nicht. Die Tendenz, neue Verträge abzuschließen, ist über die Jahre abnehmend, allerdings auch in 2010 noch deutlich.



Entwicklung der Vertragsabschlüsse mit Kooperationskräften, in %, Gesamt 742 Verträge

Die Leistungen der Kooperationskräfte werden teils fest eingeplant, teils nach Bedarf nachgefragt; eine durchschnittliche Zahl von Kindern, die durch Kooperationskräfte betreut werden, haben wir ermittelt. Danach wird über die Hälfte aller Kinder, die von Kooperationskräften betreut werden, von Logopädinnen/Logopäden betreut; Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten folgen an 2. Stelle.



Kinder, die Leistungen durch Kooperationskräfte der bayerischen IFS erhalten, in % der betreuten Kinder, N=7002

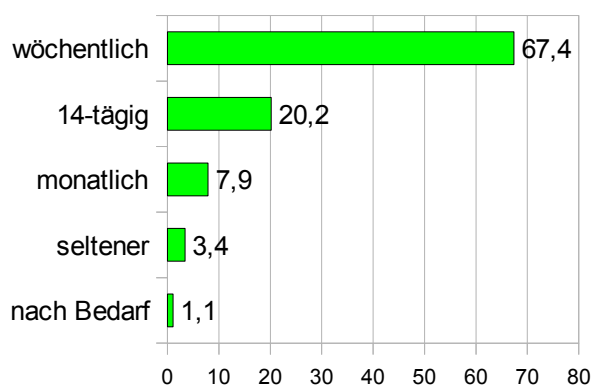
An **Honorarverträgen** sind uns von den bayerischen IFS insgesamt knapp 850 Stunden benannt worden; das entspräche in etwa 22 Vollzeit-Stellen. Über die Hälfte der Stunden mit Honorar- und Minijob-Verträgen entfallen auf Verwaltungskräfte, der Rest verteilt sich auf Heilpädagogik, Physiotherapie, Logopädie, Psychologie und Ergotherapie. Die Mehrzahl der Honorarverträge stammt aus jüngerer Zeit (2008-2010); nur einige wenige wurden schon vor 2006 abgeschlossen.

3.3. Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit und des Austausches

Die Kraft der multiprofessionellen Teams für interdisziplinäre und auf Kinder und Familien abgestimmte Angebote mit einem einheitlichen "Gesicht" liegt in der Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

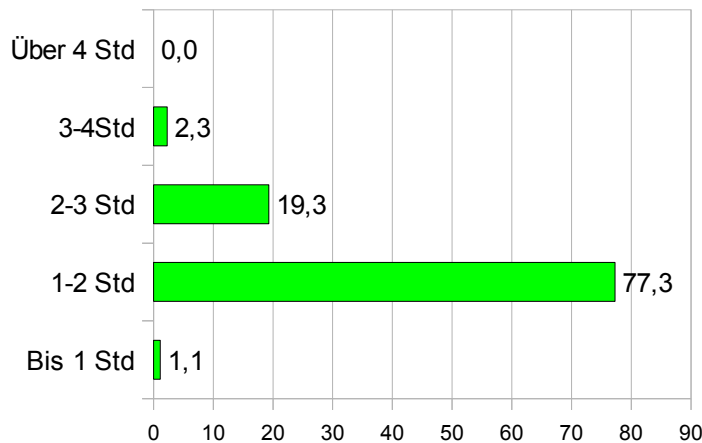
„Team“ ist das angestammte Wort in der IFF dafür; gemeint ist damit vor allem die regelmäßige zentrale Arbeitsbesprechung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ein solches Gesamt-Team aller angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter findet bei 67% der IFS wöchentlich, bei weiteren 20% alle 14 Tage statt. Team-Besprechungen in noch größeren Abständen sind selten.



Rhythmus der Team-Besprechungen im Gesamt-Team, in %; N=88 Einrichtungen

Die Dauer der Besprechungen im Gesamt-Team hat eine klare Spitze bei 1-2 Stunden; weniger Zeit für das Team ist sehr selten, mehr als 2 Stunden Zeit kommt öfters vor.

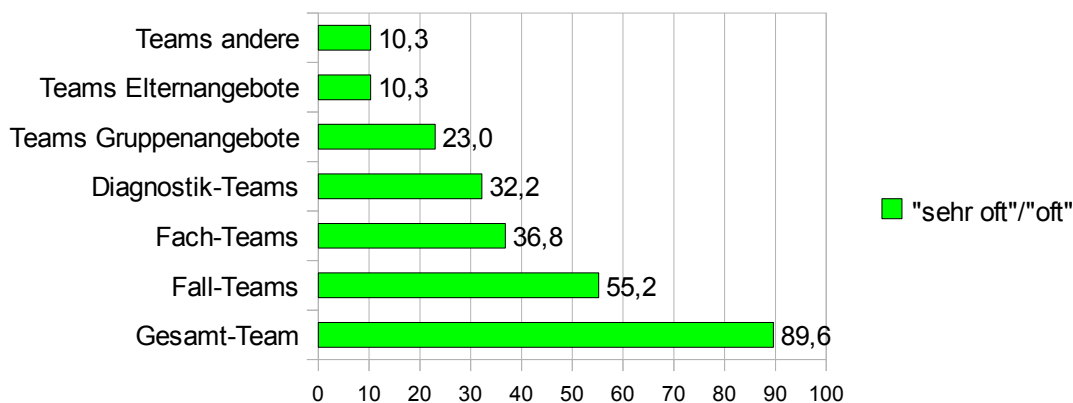


Dauer der Team-Besprechungen im Gesamt-Team; in %; N=88 Einrichtungen

In diesen Daten zeigen sich Veränderungen bei den Teams im Vergleich zu der Studie von Peterander & Speck 1993 (S.171ff):

- Die Zahl der Einrichtungen mit wöchentlichen Team-Sitzungen ist von 80% auf 67,4% zurückgegangen; Einrichtungen, in denen das Team seltener als wöchentlich zusammenkommt, gab es damals nur zu weniger als 5%; 2010 waren es 32,6% aller Einrichtungen.
- In etwa gleich geblieben ist die Dauer der Team-Sitzungen: Sie lag 1993 im Durchschnitt bei 120,5 Minuten.
- Was sich mit Sicherheit verändert hat, ist die Größe der Gesamt-Teams: Sie lag 1993 schwerpunktmäßig bei unter 10 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (Durchschnitt 7,9); heute haben die IFS im Durchschnitt bereits 14,5 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter angestellt, und nehmen deutlich mehr Personen an den Gesamt-Teams teil.

Da die Besprechungen im Gesamt-Team unter diesen personellen und zeitslichen Bedingungen nur einige der vielen Kooperationsbedarfe absichern können, sind an den IFS eine Reihe anderer, teils formalisierter Kooperationsbeziehungen entstanden; hervorzuheben dabei vor allem sind die Fall-Teams, die häufig die Absprachen zwischen den an einem Fall Beteiligten absichern helfen. Fachgruppen- und Diagnostik-Teams, und Arbeitsgruppen für speziellere Aufgaben (Gruppenangebote, Elternangebote...) sind an den Einrichtungen nicht so verankert.

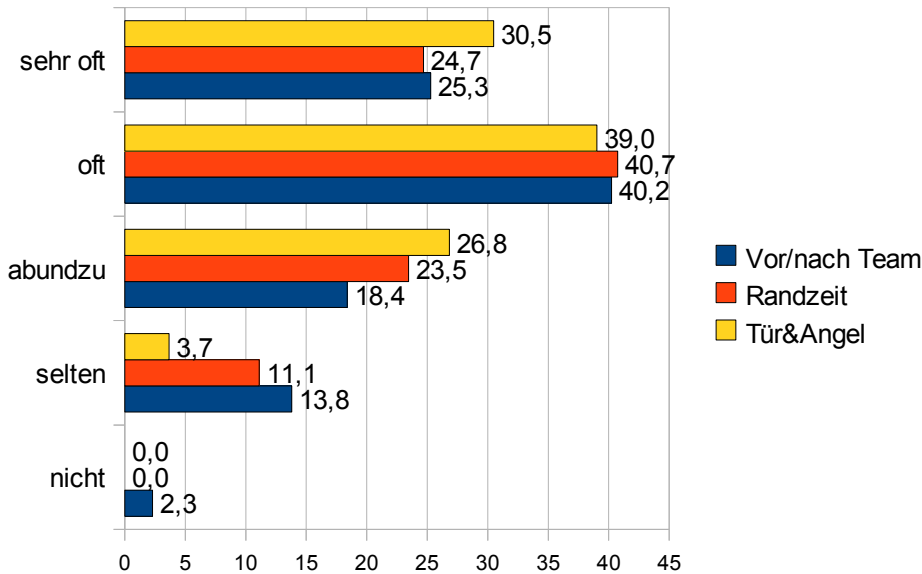


Interne Kooperationsstrukturen bei angestellten MitarbeiterInnen; Nennungen "sehr oft"/'oft", in %; N=87

Wichtige Gelegenheiten zum Austausch und für Absprachen sind außerdem die nicht formalisierten Treffpunkte, die sich in Institutionen ergeben können: Man trifft sich auf dem Gang, in der Teeküche, bei Dienstbeginn, bei Dienstschluss..... Oft sind auch am Rand der Team-Sitzungen (z.B. eine Dreiviertelstunde vor- oder nachher) solche Nischen des Austauschs offiziell eingerichtet, was vor allem für MitarbeiterInnen hilfreich ist, die viel unterwegs sind:

Solche Gelegenheiten zum Austausch gibt es vor allem

- vor und nach dem Gesamt-Team
- in Randzeiten: bei Arbeitsbeginn, Mittagspause, vor Dienstschluss
- zwischen Tür & Angel



Gelegenheiten zum Austausch; Verteilung der Nennungen; Mehrfachnennungen; in%; N=87

Schwieriger gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Kooperationskräften.

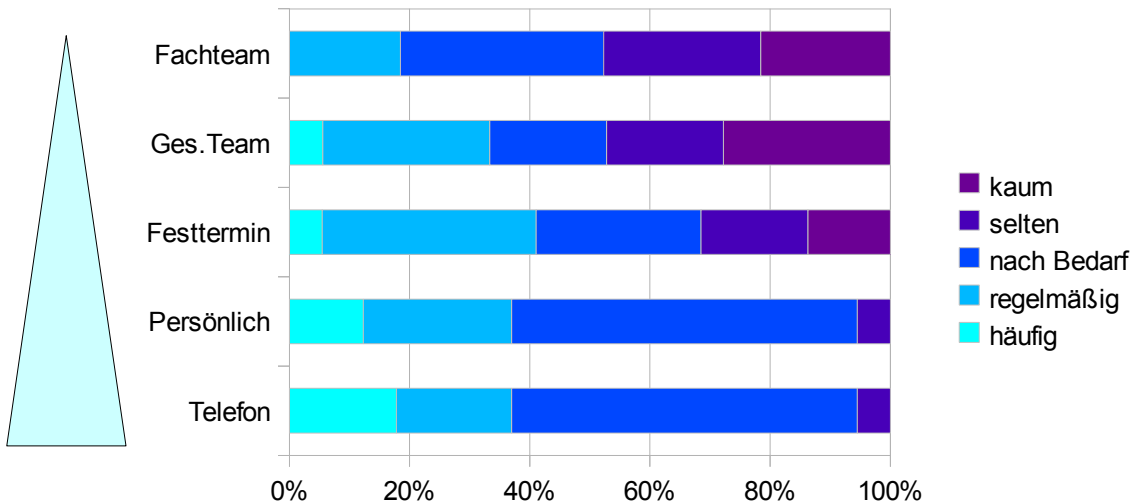
Immerhin 29,2% der Leiterinnen und Leiter bejahen Besonderheiten in der fallbezogenen Zusammenarbeit mit Kooperationskräften; äußere Gründe (weniger oft im Haus; weniger beteiligt am Team, aufwendige Terminabsprachen) werden dafür häufig genannt.

In allen IFS liegt die Verantwortung für die Zusammenarbeit mit den Kooperationskräften sowohl in der Verantwortung der Leiterinnen/Leiter wie auch der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter; in der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen (72,7%) sind die Kooperationsnotwendigkeiten auch vertraglich festgeschrieben.

Für die Kooperation sind verschiedene Formen möglich und im Gebrauch; regelmäßige persönliche Absprachen oder feste Termine sind relativ häufig, gehen vor allem dann gut, wenn die Kooperationskräfte nicht mobil, sondern ambulant in der Frühförderstelle arbeiten.

Austausch "nach Bedarf" ist häufig; das Telefon oder der persönliche Kontakt sind dabei die bevorzugten Formen.

Daß Kooperationskräfte am Gesamt-Team teilnehmen, ist in einigen Einrichtungen eher die Regel, in anderen kommt das nicht vor.



Zusammenarbeit mit Kooperationskräften, geordnet, Leiterangaben, in %, N=80

Ende des ersten Teils.

Im zweiten Teil sollen sozialraumbezogene und netzwerkbezogene Informationen, und Zukunftsaspekte im Vordergrund stehen.

München, 4.2.2011

Das FranzL-Team:

Dr. Lothar Held, Dr. Sabine Höck, Dr. Martin Thurmair, Dipl.Psych. Hanns-Günter Wolf
Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Seidlstr. 18a, 80335 München
www.fruehfoerderung-bayern.de

In der Datenaufbereitung und Präsentation verbessert 14.9.2011

Quellen:

Arbeitsstelle Frühförderung: Pädagogische Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlußbericht des BLK-Projekts. München 1982

Engelbert, A. 1999: Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Weinheim, München, Juventa

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2008: Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Abschlußbericht, Köln

Peterander, F. & Speck, O. 1993: Strukturelle und inhaltliche Bedingungen der Frühförderung. Abschlußbericht. München (Universität) Unveröff.

Schlack, H.G. 2008: Wie (un)gesund sind Kinder in Deutschland? Frühförderung interdisziplinär 27(4), 147-154

Weiß, H., Hrsg., 2000: Frühförderung mit Kindern in Armutslagen. München/Basel, Reinhardt