



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

## **Resultate, Teil II\***

### **Die bayerischen IFS in ihren Sozialräumen: Standorte, funktionelle Beziehungen, Netzwerke und Kooperationen, Zukunftsperspektiven**

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind Einrichtungen mit explizit regionalem Charakter. In den Aufbaujahren der bayerischen Frühförderstellen war Flächendeckung angestrebt; "Flächendeckung" hieß, eine Frühförderstelle in jedem Landkreis zu haben. So konnten die Fahrstrecken in der mobilen Frühförderung oder auch die Wege der Eltern überschaubar bleiben. So konnten die Frühförderstellen auch in ihren sozialräumlichen Bezügen verankert sein.

In der Aufbauphase der Frühförderstellen war durch Fördermittel des Bundes wie auch des Landes eine gewisse Steuerung möglich, die schließlich zu einem weitgehend flächendeckenden Ausbau führte (s. Arbeitsstelle Frühförderung 1982, 33 ff).

Die Eingebundenheit der bayerischen IFS in ihre Sozialräume hat örtliche und funktionelle Aspekte. In den örtlichen Aspekten berichten wir über die Standorte der IFS, ihre Verkehrsanbindung/Erreichbarkeit, ihre mobilen Leistungen (d.h. Angebote der IFS bei den Familien zu Hause bzw. in der benachbarten KiTa) und die organisatorische Selbständigkeit. Bei den funktionellen Aspekten berichten wir über die Beziehungen der IFS zu den benachbarten Systemen: Gesundheit, Jugend, Schule und (organisierte) Elternschaft.

In die Analyse sind die Daten aus der Befragung der Leiter/Leiterinnen, der GeschäftsführerInnen bzw. Träger-Verantwortlichen, wie auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingegangen.

---

\* Erstellt von M. Thurmair, L.Held, S. Höck und H-G. Wolf, Juli 2011

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

## 1. Die bayerischen IFS an ihren Standorten: Räumliche und verkehrstechnische Aspekte

Eine "Interdisziplinäre Frühförderstelle" ist seit dem bayerischen Rahmenvertrag Frühförderung verwaltungstechnisch definiert durch die Zulassung durch den Sozialhilfeträger und die Gesetzliche Krankenversicherung; sie hat eine entsprechende "IK"-Nummer, ein "Institutskennzeichen".

Die institutionellen Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung sind relativ gering; in der entsprechenden Liste werden gegenwärtig über 200 IFS aufgeführt. Darunter sind die "traditionellen" bayerischen Frühförderstellen (etwa 140), die auch Außenstellen unterhalten und teils in der Folge des BayRahmenV FF neu eingerichtet haben (etwas über 50); sie sind zu einem geringen Teil bei öffentlichen, sonst bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege (AWO, Caritas, Diakonie, Kath. Jugendfürsorge, Lebenshilfe, Parität). Daneben gibt es einige neu entstandene IFS in privater Hand, die meist an Praxen (medizinisch-therapeutische oder auch heilpädagogische) angegliedert sind.

### 1.1. IFS, Landkreise und kreisfreie Städte, Zentrale Orte: "Wo ist die nächste Frühförderstelle?"

Von 2 Landkreisen (Aichach-Friedberg, Eichstätt) abgesehen sind in jedem der 71 bayerischen Landkreise und allen 25 kreisfreien Städten Frühförderstellen angesiedelt; die beiden erwähnten Landkreise werden von der nächstliegenden kreisfreien Stadt (Augsburg, Ingolstadt) aus versorgt.

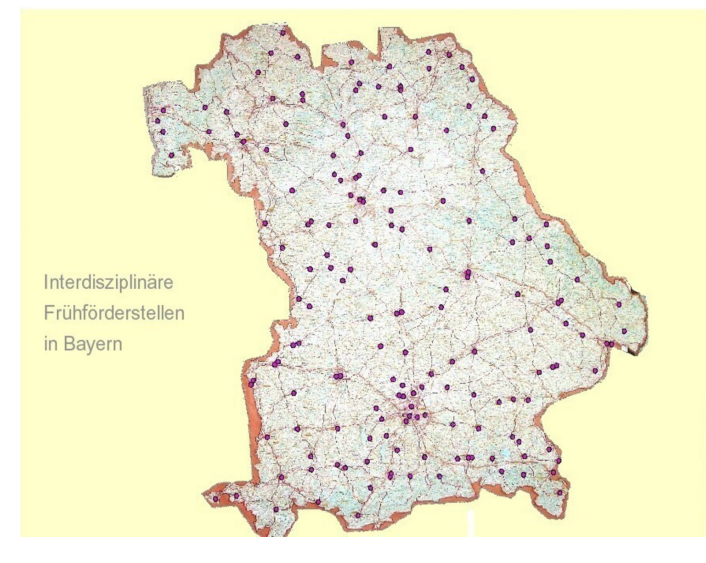
In 10 kreisfreien Städten sind mehrere IFS angesiedelt; sie wirken teils in der Versorgung zusammen (beispielsweise durch räumliche Aufteilungen und Absprachen), teils konkurrieren sie auch miteinander. In einigen Regierungsbezirken orientieren sich die Einzugsbereiche der IFS nicht unbedingt an den Landkreisgrenzen, sondern sind die Gebiete traditionell etwas anders aufgeteilt (z.B. aus den Traditionen der Behinderteneinrichtungen, aus denen die IFS großenteils hervorgegangen sind).

Die Verwaltungsgliederung der Landkreise und kreisfreien Städte ist allerdings weniger aufschlußreich für Siedlungsschwerpunkte und Bedarfsstrukturen im Land. Sie werden besser abgebildet im Konzept der "zentralen Orte".

"Zentrale Orte" sind Ortschaften, die für die nähere und ferner Umgebung in vielen Hinsichten Bedeutung haben; diese Bedeutung kann verschieden groß sein, was in der Klassifikation "Oberzentrum", "Mittelzentrum", "Unterzentrum" und "Kleinzentrum" ausgedrückt wird. Erfasst werden dabei Faktoren wie z.B. der Einzelhandel, Arbeitsplätze, Post und Banken, Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Sozialeinrichtungen, Schulen, Öffentlicher Personennahverkehr, Behörden und Gerichte.

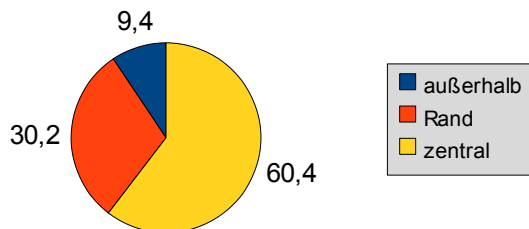
Im bayerischen Landesentwicklungsprogramm von 2006 sind viele Orte in Bayern entsprechend klassifiziert (<http://www.landesentwicklung.bayern.de/instrumente/landesentwicklungsprogramm/download-lep-2006.html>); die bayerischen IFS haben sich teilweise in diesen "zentrale Orten" angesiedelt, sind teils auch im Lauf der Jahre in die "zentralen Orte" umgezogen.

Bezogen auf die "zentralen Orte" sind die IFS in Bayern so lokalisiert:

	<b>Oberzentren</b> (wie z.B. München, Passau, Regensburg, Bayreuth, Nürnberg, Würzburg, Augsburg)	IFS in 22 von 23
	<b>mögliche Oberzentren</b> (wie z.B. Freising, Neumarkt/Opf., Kulmbach, Schwabach, Kaufbeuren)	IFS in 8 von 8
	<b>Mittelzentren</b> (wie z.B. Landsberg/Lech, Eggenfelden, Cham, Lichtenfels, Lauf/Pegnitz, Haßfurt, Nördlingen)	IFS in 67 von 107
	<b>mögliche Mittelzentren</b> (wie z.B. Dorfen, Hauzenberg, Neustadt/Waldnaab, Helmbrechts, Feuchtwangen, Volkach, Buchloe)	IFS in 12 von 50

In sog. "Unterzentren" (wie z.B. Ruhpolding, Bodenmais, Mitterteich, Hirschaid, Neuendettelsau, Veitshöchheim, Nesselwang) sind insgesamt 9 IFS angesiedelt, in der Mehrzahl mit Außenstellen.

Innerhalb der Ortschaften haben über 60% der Frühförderstellen Räume im Ortszentrum (Ortskern, zentral in einem Stadtteil) bezogen; zu knapp einem Drittel sind sie aber auch am Ortsrand, oder - zu knapp einem Zehntel - in der Peripherie (Vororte, ländliches Areal) untergebracht; das hängt z.T. mit der räumlichen Lage größerer Einrichtungsverbünde zusammen, in denen auch die IFS ihre Räume haben.



Lage der bayerischen IFS in ihren Landkreisen und Städten; Leiter-Daten; N=89, in %

In den Ortskernen befinden sich einige Einrichtungen in Lagen mit viel Publikumsverkehr (knapp 10%); von Randlagen mit viel Publikumsverkehr (Gewerbepark, Einkaufszentrum...) berichten einige wenige IFS.

### 1.2. Mobile Tätigkeit, Verkehrsanbindung, Erreichbarkeit

Zu einem Versorgungsprinzip der Frühförderung gehört die Arbeit im Hausbesuch: Nicht die Familien kommen zur Frühförderstelle, sondern die Frühförderung kommt zu den Familien nach hause.

Neben dem Gesichtspunkt, allen Bürgern im Flächenland Bayern - auch im "hintersten Winkel" - die gleiche Chance zu sichern, die Dienste der Frühförderung in Anspruch nehmen zu können, spielte dafür die entscheidende Rolle, daß im Regelfall die Angebote dann am besten in die Entwicklungsumgebungen der Kinder integriert werden und im Alltag umgesetzt werden können,

wenn sie auch in der Lebenswelt der Kinder, also in der Familie oder der Kindertageseinrichtung durchgeführt werden. Dies gilt gleichermaßen für die Förderung durch pädagogische oder psychologische wie auch durch medizinisch-therapeutische Fachkräfte.

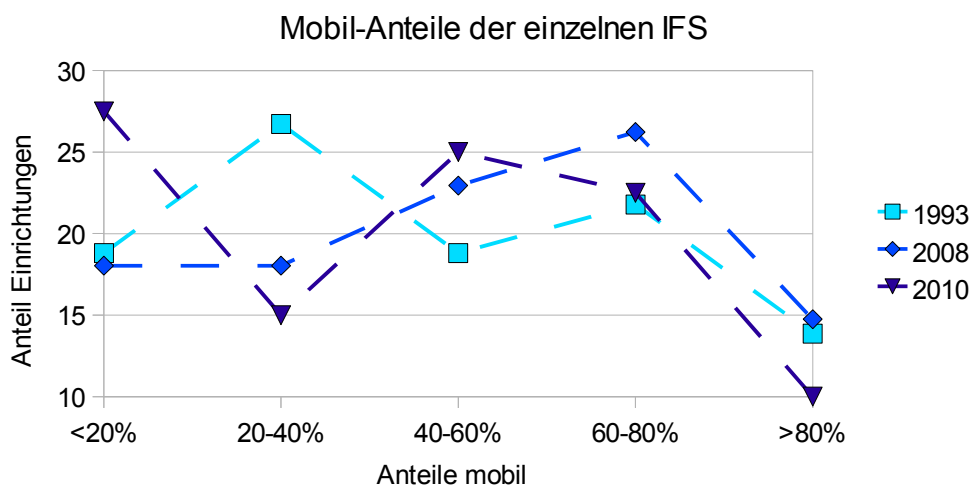
Daß daneben auch ambulante Angebote sinnvoll und hilfreich sind, ist in der Frühförderung breit diskutiert worden, und es hat sich ein Spektrum von Formen und Begründungen für beide Arten von Angeboten entwickelt. Die verschiedenen IFS haben sich in dieser Frage durchaus auch verschieden positioniert, und ihre Stellen hinsichtlich des Raumangebots, des Fuhrparks und damit verbundener organisatorischer und inhaltlicher Akzente unterschiedlich ausgebaut.

In den Aufbaujahren wurde die Hausfrühförderung als Angebotsform favorisiert, und konnte von den IFS sowohl für die pädagogischen wie auch für die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte umgesetzt werden, wenn sie bei den IFS angestellt waren. Dem entsprechend lag in den Aufbaujahren 1975-1980 der Anteil der mobil betreuten Kinder und Familien bei den allgemeinen Frühförderstellen zwischen 65% und 79% (Arbeitsstelle Frühförderung 1982, 150). Aus den Daten von Peterander (1993) läßt sich errechnen, daß der mobil-Anteil 1991/1992 bei knapp 58% gelegen hat.

Die mobile Arbeit ist seit dem BayRahmenV FF nicht nur mit einem eigenen Preis für mobile Angebote versehen, und zwar sowohl bei den pädagogisch-psychologischen wie auch bei den medizinisch-therapeutischen Behandlungseinheiten; sie ist auch begründungspflichtig. Da sich die FranzL-Studie in diesem Bereich auf Daten aus dem Formular „Anlage 8“ des BayRahmenV FF gestützt hat, verfügen wir über Informationen nur über mobile Angebote der IFS im pädagogisch-psychologischen Bereich.

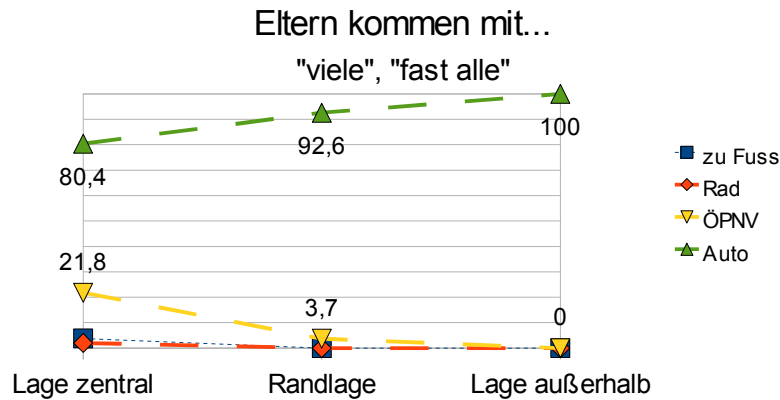
Im Jahr 2008 ermittelten wir aus Daten der „Anlage 8“, in die uns 63 IFS Einblick gegeben hatten, einen Anteil von 50,1% mobil erbrachter Behandlungseinheiten im pädagogisch-psychologischen Bereich. Im Jahr 2009 zeigen die Informationen aus 40 IFS einen Anteil von nur noch 43,0 %. Diese Veränderung kann der relativ schwachen Datenbasis geschuldet sein, ist möglicherweise aber auch eine reale Bewegung zu weniger mobiler Tätigkeit der IFS.

Über die Jahre betrachtet hat sich der Anteil der Einrichtungen, die viel fahren, deutlich verringert; zugenommen hat der Anteil von Einrichtungen, die etwa hälftig fahren, und vor allem auch derer, die wenig oder kaum noch fahren.



Mobil-Anteile in den bayerischen IFS, in %. Daten aus Peterander (1993,148) (N=67), aus "Anlage 8" (heilpädagogische Leistungen) von 2008 (N=60) und 2010 (N=40)

Wenn Eltern zu Terminen in die Frühförderstelle kommen, nutzen sie am häufigsten das Auto. Das gilt nicht nur für IFS "auf dem Land", sondern auch für IFS in zentraler Lage. Die Verkehrsmittel "zu Fuss", "Rad", "Öffentlicher Personen-Nahverkehr" spielen eine geringere Rolle; sie - insbesondere der ÖPNV - werden etwas mehr genutzt bei IFS in zentraler Lage, was ja nicht überraschend ist. Praktisch nicht mehr als Verkehrsmittel in Frage kommt das Taxi.



Verkehrsmittel, nach der Lage der IFS, Leiter-Daten, in %,

Alternative - und nur vereinzelt genannte - Lösungen für das Kommen der Familien sind Hol- und Bringdienste, die einige wenige Frühförderstellen unterhalten, Fahrgemeinschaften befreundeter Eltern, wenn die Kinder in Gruppen gefördert werden, oder Hol- und Bringdienste über eine Service-Börse. Daß Eltern Fahrgemeinschaften mit kooperierenden Therapeuten bilden ist sehr selten.

Ausreichend Parkplätze für die Eltern hat die Mehrzahl der IFS (72,9%); gut ein Viertel (27,1%) hat aber zu wenige davon.

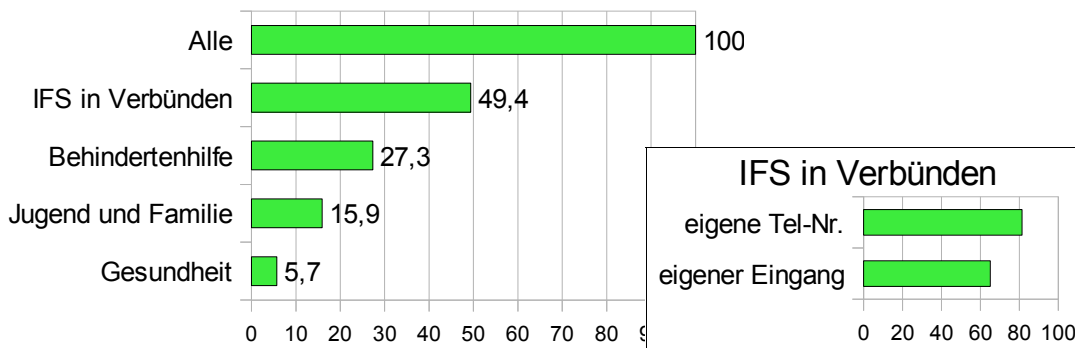
### 1.3. Räumliche und symbolische Autonomie der IFS

Die meisten bayerischen IFS sind bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege. Je nach deren Ausrichtung und Interesse sind deshalb die IFS unterschiedlich selbständig, und unterschiedlich bei ihren Trägern angebunden.

In der Aufbauzeit der bayerischen IFS wurden viele Stellen im Zusammenhang mit Sonderschulen, aber auch mit anderen schon bestehenden Einrichtungen aufgebaut, in räumlicher, personeller und organisatorischer Nähe. Diese Verflechtungen sind teils hilfreich und wichtig, wurden teils aber auch als problematisch wahrgenommen, vor allem dann, wenn die IFS in Behinderteneinrichtungen angesiedelt waren, oder aber mit Fahrzeugen unterwegs, die das Logo des Trägers zeigten. Räumliche Eigenständigkeit der IFS war deshalb eine wichtige Entwicklung; waren sie in Einrichtungsverbänden angesiedelt, sollte die IFS als solche unmittelbar erreichbar sein (direkte Anwahl beim Telefon, eigener Eingang, eigene Adresse...).

In Einrichtungsverbänden angesiedelt ist knapp die Hälfte der IFS (49,4%), wobei Einrichtungen aus dem Behindertenbereich (Behinderteneinrichtungen, familienunterstützende Dienste (FeD) oder Offene Behindertenarbeit (OBA) häufiger die Nachbarn sind als Einrichtungen aus dem Jugend- und Familien-Bereich (Erziehungsberatungsstelle und verwandte Beratungsdienste, Familienzentren)

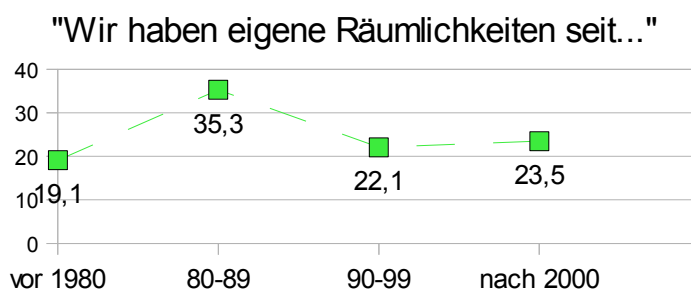
oder dem Gesundheitsbereich (Ärzte und Therapeuten im gleichen Haus, IFS in einem Klinik-Komplex). Diese Einrichtungsverbünde sind überwiegend in den Zentren, seltener in Randlagen der Orte. Die wenigen IFS außerhalb der Orte in Einrichtungsverbänden sind an Behinderteneinrichtungen angegliedert.



Frühförderstellen in Einrichtungsverbänden, Art des Verbundes, organisatorische Selbständigkeit, Leiter-Daten, N=88, in %

Um - insbesondere bei Frühförderstellen in Einrichtungsverbänden aus dem Behindertenbereich - keine unnötigen Schwellen für Eltern aufzubauen, ist eine Selbständigkeit der IFS gegenüber ihrem Verbund ein wichtiges Ziel. Die meisten IFS in Einrichtungsverbänden haben deswegen eigene Telefonnummern (81,4%), und - weniger häufig - auch einen eigenen Eingang (65,1%).

Daß die IFS eigene Räume haben, hat sich in den Jahren unterschiedlich verwirklichen lassen. Aus dem Jahr 1979 wird ein Anteil von damals 38% an räumlich selbständigen Frühförderstellen berichtet (Arbeitsstelle Frühförderung 1982, 70f); dem stand der Wunsch von 80% der Einrichtungen nach räumlicher Autonomie gegenüber. Mittlerweile verfügen 78,4% der IFS über eigene Räumlichkeiten; die Haupt-Bewegung zur räumlichen Eigenständigkeit ist in den 80er Jahren zu verzeichnen.

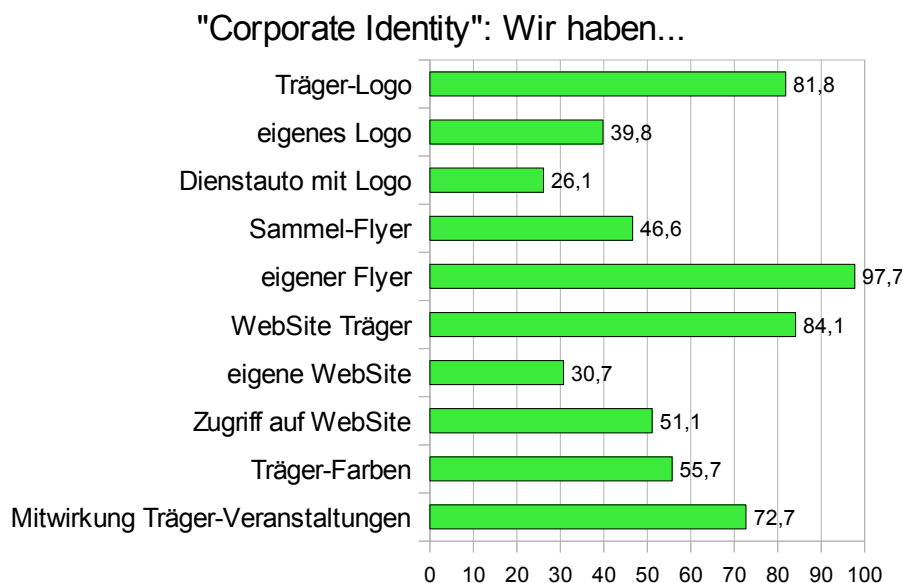


Entwicklung der räumlichen Autonomie der IFS in den letzten Jahrzehnten, 10-Jahres-Cluster, Leiter-Daten, in %, N=68

Die Autonomie der IFS und die Verbindung zu ihrem Träger drückt sich auch symbolisch darin aus, wieweit die IFS an der "Corporate Identity" ihres Trägers oder Trägerverbandes teilnehmen, also das Logo und die Farben des Trägers nutzen, auf der WebSite ihres Trägers vertreten sind, in einer Flyer-Sammlung ihres Trägers mit vorkommen u.a.m.

Die meisten IFS nutzen das Logo des Trägers, zwei Fünftel haben aber ein eigenes Logo. Mit eigenem Flyer sind praktisch alle IFS unterwegs, gut die Hälfte davon nutzt darin und in sonstigen

öffentlichen Auftritten die Farben des Trägers. Eigene Web-Auftritte hat ein knappes Drittel der IFS; die meisten kommen auf der Träger-WebSite vor, gut die Hälfte hat selber Zugriff auf die WebSite. Auf den Dienstautos findet sich das Träger-Logo bei einem Viertel der IFS. An Veranstaltungen ihres Trägers wie Fachtagen, Festen u.ä. beteiligen sich die IFS überwiegend.



Verbindungen der IFS zu ihren Trägern: "Wir haben..., nutzen..., tragen bei..." ("Corporate Identity"); Leiter -Angaben; in %; N=88

## 2. Funktionelle Beziehungen der IFS: Versorgungskontexte und Netzwerke

Die Sozialraumorientierung der bayerischen IFS hat neben der räumlichen auch eine Komponente in den funktionellen Beziehungen der IFS zu benachbarten Systemen.

Von ihrer Aufgabenstellung her sind die IFS dabei positioniert als sozusagen „zurückhängende“ Ebene in der auf Kinder ausgerichteten sozialen und Dienstleistungsstruktur. Die allgemeine "Publikums"-Ebene, sozusagen die Normalsituation, bilden dabei die Dienstleister, mit denen praktisch alle Kinder und Familien zu tun haben: Der Geburtshilfe-Kontext (Geburtskliniken, Geburtshelfer, Hebammen), der Kontext der ärztlichen Vorsorge und Versorgung (Kinder- und Jugendärzte, Allgemein-/Hausärzte), der Kontext der Kinderkrippen und Kindergärten als außerfamiliärer Bildungs- und Erziehungsagenturen, und schließlich der Kontext Schule als weiterführender Bildungseinrichtung.

Die Aufgabe der IFS als Ebene für den Fall, "daß mit dem Kind was ist", also für spezifische Bedarfe, erstreckt sich auf die Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsgefährdungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen - dies wiederum in Kooperation zunächst mit den behandelnden Ärzten, bei spezifischeren Fragen dann auch mit spezialisierten Ärzten, Sozialpädiatrischen Zentren, Kliniken u.a.m.; Kooperationen sind aber auch notwendig und hilfreich mit Kindertageseinrichtungen („Risikokinder“, Kinder auf "Integrationsplätzen") oder mit den „Frühen Hilfen“ (Kontext Jugendhilfe), wie sie in Bayern u.a. als „koordinierende Kinderschutzstelle“ (KoKi) an allen Jugendämtern eingerichtet wurden und noch werden, um Kinder in prekären Familienverhältnissen frühzeitig und angemessen unterstützen zu können. Soweit Kinder aus der Frühförderung in spezielle Einrichtungen vermittelt werden, ist der Jugendhilfebereich mit seinen Heilpädagogischen Tagesstätten, aber auch der Schulbereich mit den "Schulvorbereitenden Einrichtungen" der

Förderschulen ein wichtiger Partner, und schließlich auch die Förderschulen selbst, die auch differenzierte Eingangsstufen ("Diagnose- und Förderklassen") anbieten. Zunehmend bedeutsam wird die Vermittlung und Überleitung von Kindern mit spezifischen Bedarfen in die allgemeine Schule werden. Die Eltern haben hier ein weit gehendes Recht, ihr Kind in der allgemeinen Schule anzumelden.

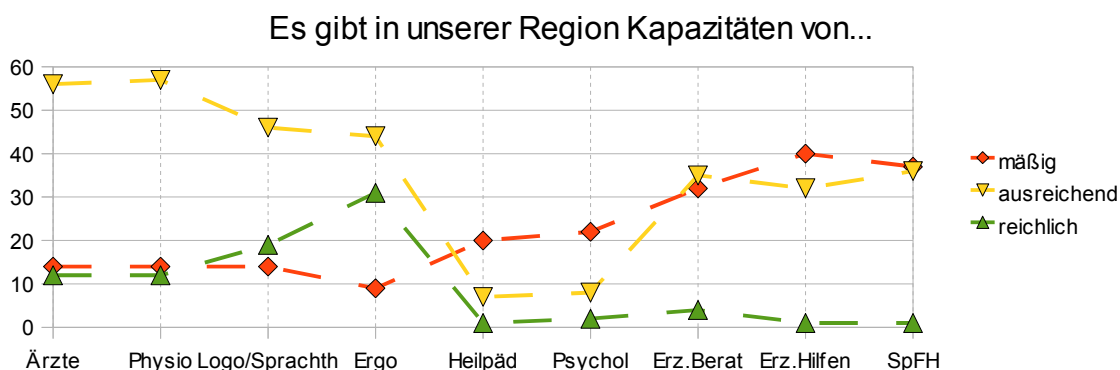
Auf einer zweiten Ebene für spezifische Bedarfe sind auch andere Versorger angesiedelt: Praxen von medizinisch-therapeutischen Fachkräften, die auf ärztliche Verordnung hin (oder auch von Selbstzahlern) aufgesucht werden; Angebote aus dem Jugendhilfe-Sektor, die bei spezielleren Bedarfslagen ins Spiel kommen (Erziehungsberatung; Hilfen zur Erziehung und sozialpädagogische Familienhilfen), und "mobile sonderpädagogische Hilfen" aus dem Förderschulbereich, die - in unterschiedlicher Dichte - in Kindertageseinrichtungen tätig sind und teilweise mit den IFS systematisch kooperieren. Nicht zu vergessen ist schließlich eine Vielzahl von privaten Anbietern mit unterschiedlichen Beratungs- und Förderungsangeboten, wie psychologische oder heilpädagogische Praxen, die unterschiedlich verbreitet sind, und ihre Angebote teils auch auf Selbstzahler-Basis machen.

Für die genannten Systeme und Anbieter können die IFS wichtige Ergänzungen ihrer eigenen Leistungen und auch naheliegende Partner sein. Für die IFS sind die genannten Systeme bedeutsame Partner in der Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen, bedeutende Partner in der Umsetzung ihrer eigenen Angebote im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung, und wichtige Kontaktstellen bei der Weitervermittlung von Kindern und der Überleitung in die Schule.

## 2.1. Versorgungskontexte

Den IFS benachbarte, und für sie wichtige Anbieter gibt es in den Systemen Gesundheit, Jugend und Schule; daneben hat sich ein unterschiedlich breites Angebot von freien Anbietern und Sozialfirmen etabliert.

In der Wahrnehmung der Leiterinnen und Leiter der IFS ist die Versorgung in ihren jeweiligen Regionen im medizinischen Bereich (Ärzte, medizinische Therapeuten) am besten. Heilpädagogische und psychologische Praxen, die im vorschulischen Bereich bedeutsam sind, gibt es weniger. Im Bereich der Jugendhilfe (Erziehungsberatung, Hilfen zur Erziehung, SpFH...) nehmen die Leiterinnen/Leiter die Versorgung zu etwa gleichen Teilen als "mäßig" oder "ausreichend" wahr.

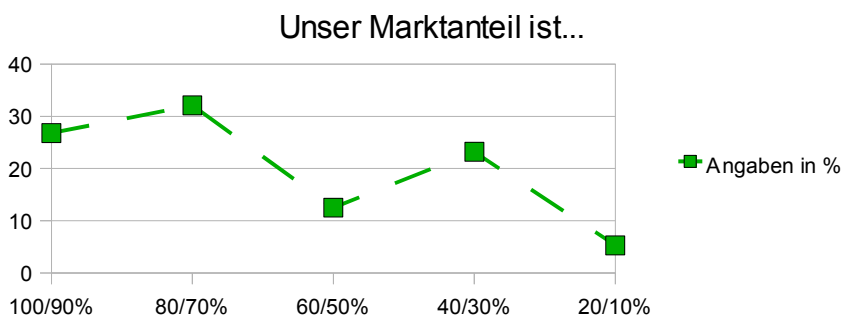


Regionale Versorgung, Abstufung der Einschätzungen nach "reichlich", "ausreichend", "mäßig", "gering", "keine", Leiter-Angaben, absolut, N=88

Insgesamt erscheint die Versorgung durch die eher auf das Kind und Schwierigkeiten der Kinder bezogenen Dienste deutlich besser als die Versorgung mit Diensten, die eher Eltern und Familien ansprechen und für sie gedacht sind. Die IFS haben mit ihrem familienorientierten Ansatz hier möglicherweise ein Plus in der Versorgung.

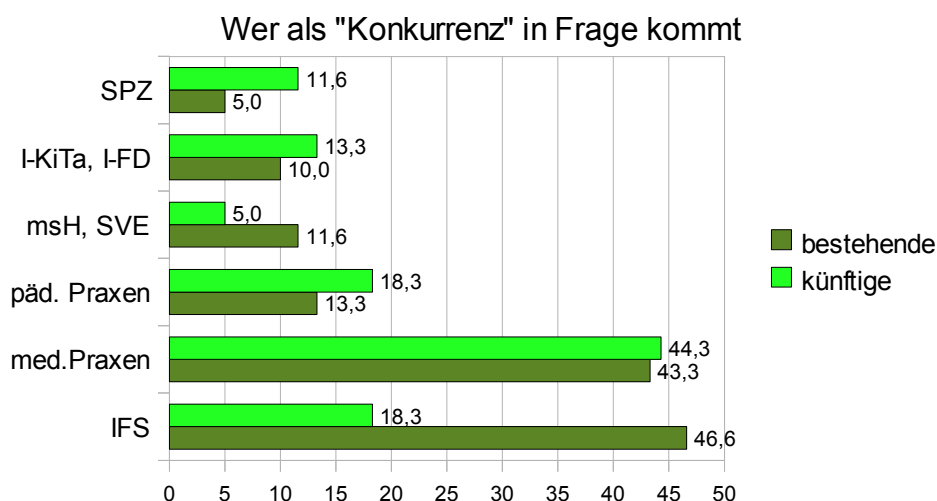
Im Hinblick auf die "Markt"-Situation befragten wir spezifisch die Träger/Geschäftsführer; von Interesse war ihre Einschätzung der "Marktsituation" der IFS und der Situation gegenüber benachbarten Angeboten, die sich möglicherweise zu Konkurrenten entwickeln können. Als "Markt" angesehen wird dabei, nach unserer Erfahrung, der Bereich von Kindern mit spezifischen Bedürfnissen: Anbieter, die als kindorientiert angesehen werden, kommen den Angeboten der IFS noch am ehesten nahe; familienbezogene Dienste kommen eher in zweiter Linie in den Blick.

Die "Marktanteile", wie sie die Träger/Geschäftsführer beziffern, schwanken relativ stark. Sie sind eher als "gefühlte Marktanteile" zu verstehen, die sich aus einer Wahrnehmung der eigenen und regional konkurrierender Angebote ergeben. Praktisch eine Monopolstellung nehmen die überregionalen IFS für sinnesbehinderte Kinder für sich wahr; einige davon haben sich in der Untersuchung als solche zu erkennen gegeben. Ansonsten hat die Verteilung zwei deutliche Spitzen im Bereich von Marktanteilen um 70-80% (ein Drittel der IFS), und bei Marktanteilen um 30-40% (ein Viertel der IFS).



"Marktanteile" der IFS in ihren Regionen, Träger-Daten, Angaben in 10-% Schritten; in % der Angaben, N=56

Unter den regional konkurrierenden Angeboten nennen die Träger/Geschäftsführer am häufigsten IFS von Privaten oder gemeinnützigen Trägern in der gleichen Region, und Praxen von niedergelassenen Fachkräften vor allem aus dem medizinischen Bereich, aber auch von heilpädagogischen Praxen. Perspektivisch rechnen die Träger/Geschäftsführer mit Konkurrenz durch Praxen und Praxisgemeinschaften mit medizinischer (44,3%) oder pädagogischer (18,3%) Ausrichtung, durch neu zugelassene IFS (18,3%), durch neu zugelassene SPZ (11,6%), und vereinzelt durch regional bedeutsame Groß-Praxen mit Ärzten als Partnern. Die Neuzulassung von IFS fürchten einige Träger/Geschäftsführer vor allem deshalb, weil ihnen die Zulassungsprozedur als sehr niedrigschwellig erscheint. Als bedeutsam für die künftige Position der IFS sehen einige Träger/Geschäftsführer auch Integrations-/Inklusions-KiTas und die dazu gehörigen Fachdienste an, wogegen im Bereich der mobilen heilpädagogische Hilfen und SVE - von Einzelerfahrungen abgesehen - offenbar weniger Potential steckt.



Bestehende und künftige "Konkurrenten" der IFS, Angaben der Träger/Geschäftsführer, in %, N=60

Die größte Konkurrenz, bezogen auf Marktanteile, geht offenbar von Interdisziplinären Frühförderstellen aus, die in der gleichen Region tätig sind: Frühförderstellen, die nur oder unter anderem andere IFS als Konkurrenten angeben, berichten von einem durchschnittlichen Marktanteil von 47,5%. Praxen, seien es heilpädagogische wie auch Praxen von Heilmittelerbringern wie auch Gemeinschaftspraxen von Heilmittelerbringern, oder ärztliche Großpraxen mit angeschlossenen Angeboten werden zwar als Konkurrenten wahrgenommen, beeinflussen aber die Marktstellung der IFS weit weniger als naheliegende Frühförderstellen: IFS, die nur oder unter anderem Praxen als Konkurrenten angeben, aber keine IFS, berichten von einem durchschnittlichen Marktanteil von 75,5 %. Mobile sonderpädagogische Hilfen, Fachdienste für KiTas, Integrations-KiTas und auch SPZ werden teils als Konkurrenten erwähnt; auf die Marktposition der IFS hat dies aber bestenfalls in Einzelfällen einen deutlichen Einfluß: IFS, die weder eine Konkurrenz durch Praxen noch durch andere IFS erleben, berichten von einem durchschnittlichen Marktanteil von 84%.

Abgesehen von der Befürchtung der Neuzulassung von IFS rechnen 44,3 % der Träger/ Geschäftsführer (44,3 %) mit Konkurrenz aus dem medizinischen Bereich: Neuerrichtung von Praxen, aber vor allem Großpraxen und Praxen-Verbünde, vor allem wenn unter ärztlicher Beteiligung und Regie, werden als dem Angebot der IFS am nächsten kommend angesehen und stellen dann eine große Herausforderung dar.

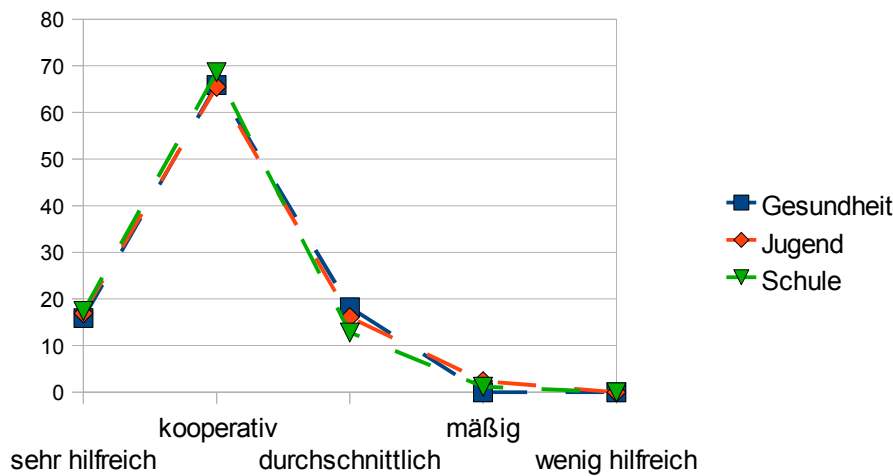
## 2.2. Netzwerke mit benachbarten Systemen - Überblick

In „FranzL 2010“ waren die Kooperationen der IFS mit den wichtigen benachbarten Systemen Gesundheit, Jugend, Schule, und auch mit den Eltern (soweit sie in irgend einer Weise organisiert sind) Gegenstand der Untersuchung.

"Gesundheit", "Jugend" und "Schule" beziehen sich dabei auf die durch Gesetz konstituierten Systeme (SGB V, SGB VIII, BayEUG), innerhalb derer wiederum bestimmte Versorger für die IFS herausragend sind: So im Bereich Gesundheit die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, im Bereich Jugend die Kindertageseinrichtungen, aber auch, in deutlich anderer Funktion, die Jugendämter und die Jugendhilfeleistungen.

Vorausgehend zu den Einzelbetrachtungen sei hier festgehalten, daß sowohl die Qualität wie auch die Zweiseitigkeit der Kontakte zu diesen Systemen relativ homogen sind.

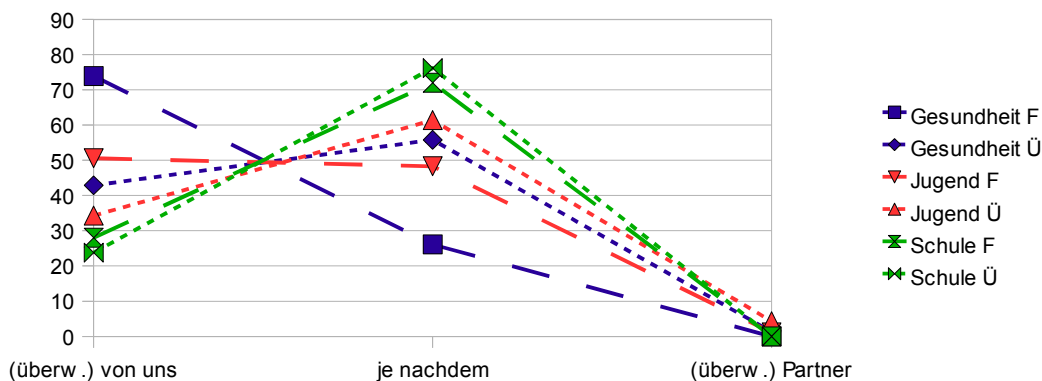
Die IFS-Leiterinnen und Leiter beschreiben die Qualität ihrer Kontakte in diese Systeme überwiegend als positiv:



„Die Qualität der Kontakte (in der fallbezogenen Zusammenarbeit) erleben wir überwiegend als...“, Leiter-Daten, N=88, in %

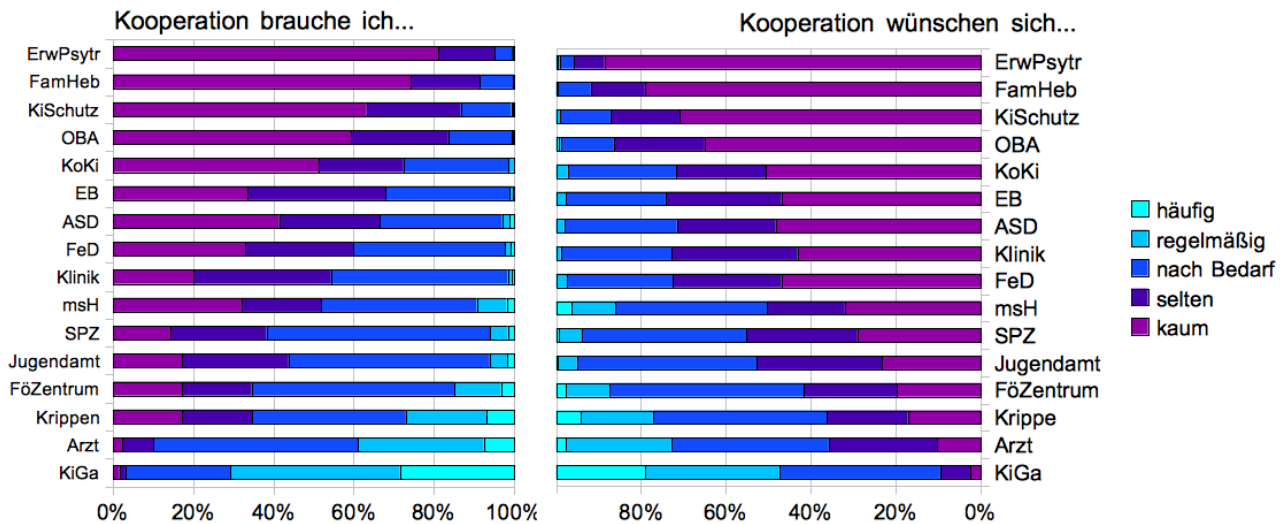
In unseren Kontakten mit den IFS wurde oft beklagt, daß in der Kooperation meistens die IFS selber, und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Initiative ergreifen und die Kontakte anbahnen und aufrecht erhalten müßten. Wir fragten deshalb auch danach, woher denn die "Energie" in den fallbezogenen wie den fallübergreifenden Kontakten komme. Übereinstimmend in allen drei Systembeziehungen erfahren die IFS nur sehr selten, daß Kooperationsinitiativen überwiegend von den Partnern ausgingen. Die "Energie" in den Kooperationen ist ausgesprochen linksschief, d.h. liegt deutlich mehr bei den IFS als bei den Partnern, wenngleich der mittlere Bereich, d.h. eine Zweiseitigkeit der Initiativen ("Die Energie kommt ... "je nachdem" von einem der beiden Partner"), gut ausgeprägt ist.

Besonders deutlich ist, daß fallbezogen im Gesundheitssystem die IFS die meiste Initiative entwickeln müssen; dies geht darauf zurück, daß die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten sehr intensiv sein, die Initiative aber sehr häufig von der IFS ausgehen muß.



"Energie" in den fallbezogenen ("F") und fallübergreifenden ("Ü") Kooperationen der IFS mit den Systemen Gesundheit, Jugend und Schule, Leiter-Daten, Nennungen in %, N max = 87

Auf der Ebene der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter stellt sich der Charakter der Kooperationen als in vielen Bereichen recht symmetrisch dar: Die Ausprägungen für das Item "Für meine Arbeit brauche ich die Kooperation mit..." und für das sozusagen spiegelbildliche Item "Kooperationen wünschen sich und initiieren..." sind in vielen Zusammenhängen ähnlich. Dabei sind die Kooperationsbeziehungen zu den Kindergärten am regelmäßigsten, gefolgt von denen zu den Ärzten, Krippen und Förderzentren. Am meisten Asymmetrie gibt es zu den Jugendämtern und den SPZ; die Mediane in den Datensätzen haben hier einen Punkt Differenz - im Gegensatz zu allen anderen Datensätzen, in denen die Mediane jeweils gleich sind.



Zweiseitigkeit der Kooperationswünsche ("brauche ich...", "wünschen sich..."), Mitarbeiter-Daten, in %, N=590,

### 2.2.1. Beziehungen ins System Gesundheit

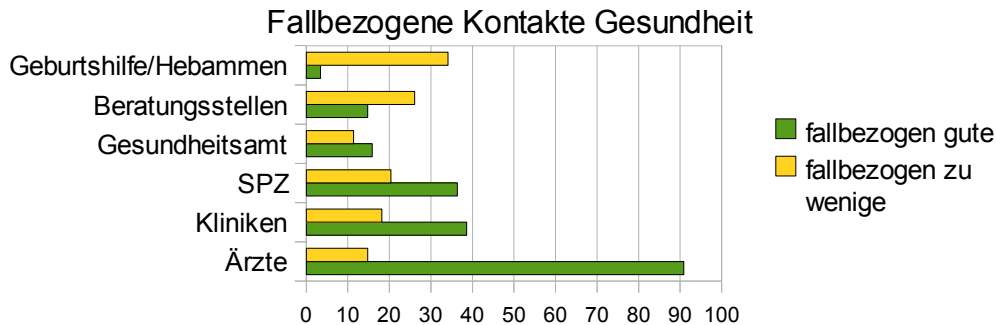
Unter den Beziehungen ins Gesundheitssystem sind die Kontakte zu den Ärzten die bedeutsamsten. Nicht nur, daß die Ärzte die herausragenden Partner der Eltern sind, wenn es um die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder geht; sie sind auch die Partner der IFS für die Klärung von Entwicklungsgefährdungen, für die Indikationsstellung zur Frühförderung, und unterschreiben und verantworten in dieser Funktion den Förder- und Behandlungsplan zusammen mit der verantwortlichen Fachkraft der IFS.

#### a) Fallbezogene Kontakte

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten hat sich in der interdisziplinären Frühförderung überwiegend sehr positiv entwickelt; praktisch alle Leiterinnen und Leiter der bayerischen IFS (90,9%) berichten über gute fallbezogene Kontakte zu den Ärzten. Daß es dabei auch Unterschiede gibt, und die Qualität der Kooperation von mehreren Faktoren mit abhängt, heben einige Leiter hervor (Zusätze wie „einige Ärzte“, „Ärzte zum Teil“, „Allgemeinärzte“, „Landärzte“).

Die Form dieser Kontakte ist meist das Telefon; andere Formen spielen eine deutlich geringere Rolle. Daß die "Energie" in der Kooperation deutlich intensiver von der IFS kommen muß, wurde schon erwähnt; möglicherweise hängt das mit dem bei jedem Kind notwendigen intensiven Kontakt zum behandelnden Arzt zusammen.

Deutlich wahrgenommen wurde in den Beziehungen ins Gesundheitssystem ein Mangel an Kontakten in den geburtshilflichen Bereich. Weder zu Schwangerenberatungsstellen, noch zu Geburtskliniken, Geburtshelfern, oder Hebammen sind die Kontakte im System ausgeprägt gut. Einzelne Stellen berichten allerdings von guten Kooperationen z.B. mit Schwangerenberatungsstellen, mit Hebammen in regionalen Netzwerken, etc.

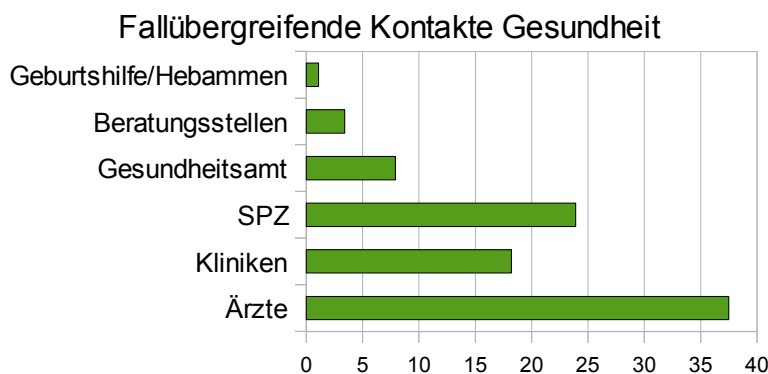


Fallbezogene Kontakte der IFS ins Gesundheitssystem, in %, Mehrfachnennungen, Leiter-Daten, N=88

### b) Fallübergreifende Kooperationen

Auch fallübergreifend haben sich gute Kooperationen entwickelt, die teils in bestimmten Formen der Austauschs ihren Ausdruck finden (regelmäßige Treffen, regelmäßiger Austausch in Fallteams), teils auch eher atmosphärischer Art sind (Wertschätzung der IFS durch den Arzt, Austausch „auf Augenhöhe“ ...). Von solchen fallübergreifenden Kooperationen berichten nicht alle, aber immerhin 72,7% der IFS.

Kooperationen zwischen IFS und Akteuren im System Gesundheit gibt es auch fallübergreifend in verschiedenen Formen. Am häufigsten sind Treffen und Qualitätszirkel. Daß die Kontakte regelmäßig stattfinden berichteten 42% der IFS; diese Treffen haben teils einen monatlichen oder Quartals-Rhythmus, sind halbjährlich oder auch jährlich verabredet; der Mittelwert liegt bei 6,3 Monaten. Fast ebenso häufig berichteten die IFS von Kontakten aus bestimmten Anlässen (40,9%) oder Gelegenheiten (39,8%); „ab und zu“ haben Kontakte lediglich 20,5% der IFS (Mehrfachnennungen).



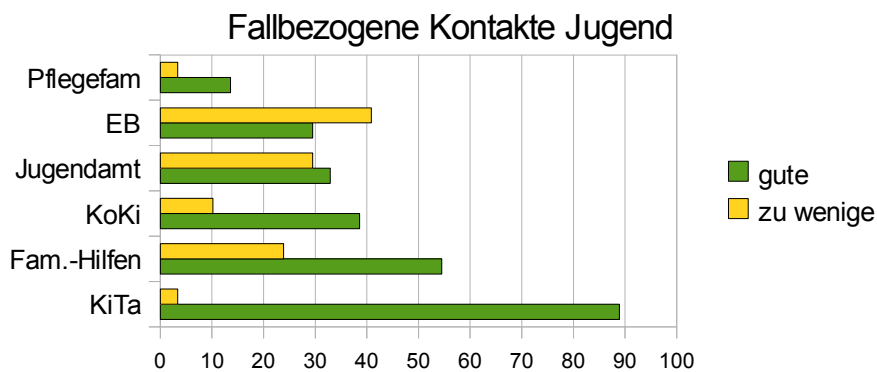
Fallübergreifende Kontakte der IFS ins Gesundheitssystem, in %, Leiter-Daten, N=88

## 2.2.2. Beziehungen ins System Kinder- und Jugendhilfe

Vom System Jugendhilfe sind für die IFS vor allem zwei Komplexe bedeutsam: Zum einen die Kindertageseinrichtungen in ihrer Rolle als Lebenswelt der Kinder, zum anderen die Hilfeangebote für sozial schwache Familien, und die Hilfe- und Eingriffsmöglichkeiten der Jugendämter bei Gefährdungen des Kindeswohls. (Zur Erinnerung: Bei den IFS kommt ein Gutteil der Klientenfamilien aus prekären Lagen; siehe 1. Auswertung)

### a) Fallbezogene Kontakte

Ins System der Kinder- und Jugendhilfe haben praktisch alle IFS (97,7%) fallbezogene Kontakte; Partner sind in der Hauptsache Kindertagesstätten, und häufig auch die Dienste für familienentlastende und -unterstützende Hilfen der Jugendämter (SpfH, ASD, Hilfen zur Erziehung u.ä.; dabei haben die IFS auch Bezeichnungen benutzt, die nicht überall noch aktuell sind; so ist z.B. „Allgemeiner Sozialdienst“ ASD neben „Bezirkssozialarbeiterin“ BSA im Gebrauch), sowie auch viele andere Angebote aus dem Sektor. Bei den „guten fallbezogenen Kontakten“ sind die Kindertageseinrichtungen mit deutlichem Abstand vorne. Als „zu wenig“ ausgeprägt wird vor allem der Kontakt zu den Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern wahrgenommen.



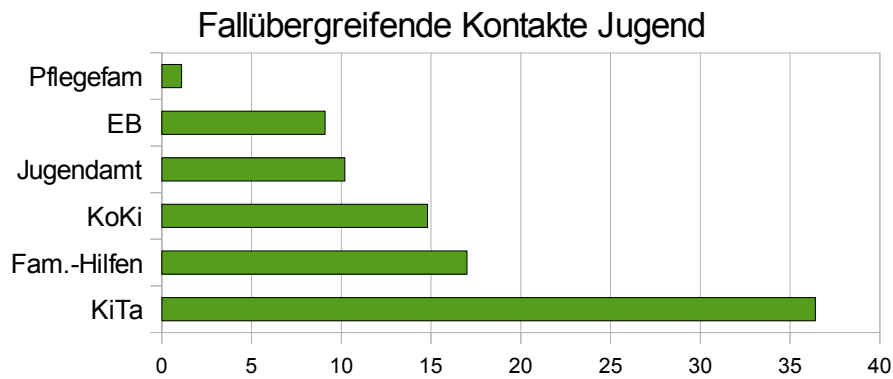
„Gute“ und „zu wenige“ fallbezogene Kontakte der IFS zu Diensten im Jugendhilfebereich, Leiter-Daten, in %, Mehrfachnennungen, N=88

Die intensivste Zusammenarbeit gibt es mit den Kindertagesstätten und Kinderkrippen; sie fragen mit Abstand am häufigsten auch von sich aus die IFS und ihre Mitarbeiterinnen an; „nach Bedarf“ sind aber auch die Kooperationswünsche von Jugendämtern, dem ASD und den KoKis herauszuheben.

Kontakte werden vor allem telefonisch oder persönlich gepflegt; die Häufigkeit persönlicher Kontakte ist höher als im Bereich "Gesundheit", die der telefonischen geringer. Andere Formen finden weniger häufig statt.

### b) Fallübergreifende Kontakte

Fallübergreifende Kontakte unterhalten die IFS offenbar nicht durchgehend; nur insgesamt 87,5% der Leiterinnen/Leiter äußerten sich zu diesem Punkt. Auch hier nehmen die Kindertageseinrichtungen den ersten Platz ein, gefolgt aber direkt von den Jugendämtern.



Fallübergreifende Kontakte ins System Jugendhilfe, Leiter-Daten, in %, N=88

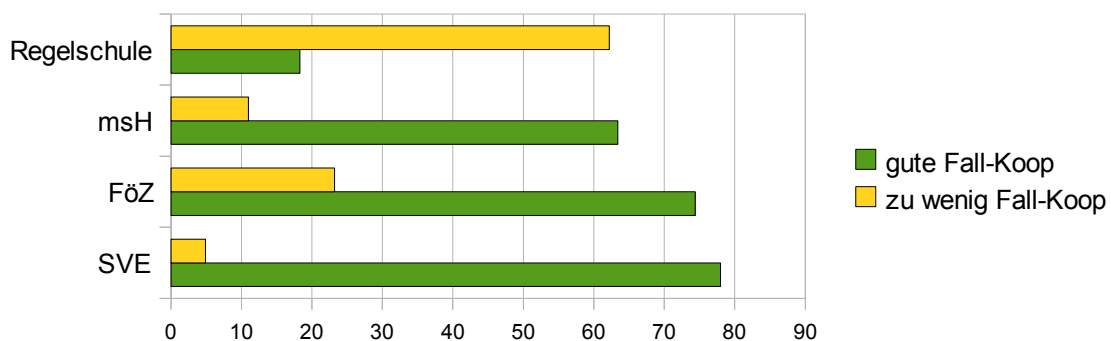
Regelmäßige Treffen gibt es bei 22,7% IFS, im durchschnittlichen Abstand von 6,7 Monaten; Kontakte bei bestimmten Gelegenheiten (43,2%) oder Anlässen (40,9%) sind eher die Regel, Kontakte „ab und zu“ kommen eher seltener vor (17%) (Mehrfachnennungen). Der Form nach überwiegen im Bereich Jugendhilfe Treffen und thematische Veranstaltungen.

### 2.2.3. Kooperationen ins System „Schule“

Die bayerischen IFS sind aus dem Schulsystem heraus entwickelt und systematisch ausgebaut worden; mehrere Jahre war auch schulisches Personal (Sonderschullehrer, heilpädagogische Unterrichtshilfen) in den IFS substantiell beschäftigt; daraus erklärt sich eine gewisse Nähe der IFS auch zum Schulsystem, nicht nur in bezug auf die Einschulung von Kindern und die Beratung der Eltern bei der Schulwahl, sondern auch bei der Frage des Kindergartenbesuchs (Sonderkindergärten, in Bayern "Schulvorbereitende Einrichtungen" genannt). Das System Schule ist für die IFS also in der Weiterbetreuung der Kinder ein wichtiger Partner.

Ins System Schule haben fast alle IFS (93,2%) fallbezogene Kontakte; sie beziehen sich allerdings vorwiegend auf den Förderschulsektor. Gute fallbezogene Kontakte haben die IFS vor allem zu Schulvorbereitenden Einrichtungen, Förderschulen und Förderzentren, und mobilen sonderpädagogischen Hilfen; speziell erwähnt wurden auch gelegentlich die Diagnose-Förderklassen und die mobilen heilpädagogischen Dienste.

Als "zu wenig" werden wahrgenommen vor allem die Kontakte zu Regelschulen/Grundschulen. Perspektivisch steckt darin das Problem der Überleitung von Kindern, wenn zunehmend Inklusion in Regelschulen stattfindet.



"Gute" und "zu wenig" fallbezogene Kontakte ins Schulsystem, in % der Nennungen, N=82

Die fallbezogenen Kontakte finden auch hier vorrangig über das Telefon statt. Die Qualität der fallbezogenen Kontakte ist überwiegend gut; die Leiterinnen/Leiter beurteilen die Kontakte zu gut zwei Dritteln als kooperativ; die "Energie" in den fallbezogenen Kontakten mit dem System Schule ist weitgehend zweiseitig verteilt: Je nach Lage der Dinge wird der eine oder der andere Partner aktiv, in knapp 72% aller Fälle.

#### b) Fallübergreifende Kontakte

Auch fallübergreifende Kontakte unterhalten die IFS nur zum Teil; knapp zwei Drittel der Leiterinnen/Leiter (N=56, 63,6%) berichten darüber.

Der Reihenfolge nach sind hier vor allem Schulvorbereitende Einrichtungen und die mobilen sonderpädagogischen Hilfen bedeutsam, gefolgt von Förderschulen und Förderzentren. Von fallübergreifenden Kontakten zu Regelschulen ist seltener die Rede: 10 Leiterinnen und Leiter berichten davon.

Bei den regelmäßigen Kontakten ist der durchschnittliche Abstand 5,5 Monate. Treffen und Arbeitskreise sind häufig, thematische Veranstaltungen spielen ab und zu eine große Rolle.

In den fallübergreifenden Kontakten geht, ähnlich wie schon in den fallbezogenen Kontakten, die Initiative je nach Situation ziemlich symmetrisch von einem der beiden Partner aus; Kooperationen "nach Bedarf" überwiegen deutlich.

#### **2.2.4. Beziehungen zur (organisierten) Elternschaft**

Eltern kommen in der interdisziplinären Frühförderung in der Hauptsache als Eltern ihrer Kinder, als erwachsene Gestalter von Familien und familiären Alltags vor.

Mit der Untersuchung der Beziehungen der IFS zur "Elternschaft" waren impliziert Kontakte zu in irgendeiner Weise organisierten Eltern, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Initiativen etc., oder Eltern in offiziellen Funktionen, wie z.B. als Elternvertretungen, Elternbeiräte u.dgl.

Beziehungen zu organisierter "Elternschaft" nehmen in den Netzwerken der IFS eine eher untergeordnete Position ein. Dem Charakter nach sind sie keine Beziehungen zu professionellen Systemen mit eigenen Aufgaben und Regeln; andererseits gehen sie über Eltern-Personen mit ihren individuellen Fragen und Ansprüchen hinaus, insoweit sie eigene Informationswege haben, selbst vernetzt sind, und auch mit einem Mandat auftreten.

Wie verbreitet "organisierte" Eltern in der Frühförderung generell sind, wissen wir nicht. Unsere Vermutungen und Erfahrungen deuten darauf hin, daß in der frühen Kindheit organisierte Beziehungen von Eltern eher selten sind, dagegen (individuelle) Kontakte zu anderen Eltern eher gesucht und als hilfreich erlebt werden. Die bayerischen IFS haben dieses Anliegen traditionell schon seit langem auf ihrer Agenda; dazu gehört (in ganz unterschiedlichem Ausmaß bei den einzelnen IFS) z.B. die (genehmigte) Weitergabe von Adressen engagierter Eltern, dazu gehören Elterngruppen verschiedener Arten und Formen, oder auch Kontakt-Gelegenheiten wie Eltern-Cafés oder offene Treffpunkte (beispielsweise "Minimax" an der IFS Landsberg/L).

Nach unserer Erfahrung braucht eine strukturierte Beziehung, brauchen Organisationformen von Eltern einen Kristallisationspunkt, der in der frühen Kindheit offenbar am ehesten gefunden werden kann bei Eltern Frühgeborener, oder bei Eltern von Kindern mit Down-Syndrom. Kristallisationspunkt kann auch eine Elterninitiative sein für z.B. integrative Kinderkrippen oder Kindergärten.

In unserer Untersuchung berichteten 19 IFS (21,6%) von guten Kontakten zu organisierter/strukturierter Elternschaft, hauptsächlich zu Selbsthilfegruppen; genannt wurden dabei vorwiegend Down-Syndrom- oder Frühgeborenen-Elternorganisationen. Vereinzelt wurden auch Kontakte zu Mütterzentren oder zu Eltern-Initiativen erwähnt.

Die Qualität der Kontakte wird vereinzelt als "durchschnittlich" bis "mäßig" erlebt, mehrheitlich aber als kooperativ; der Median der Einschätzungen liegt bei "2 = kooperativ". Die "Energie" in den Kontakten kommt nicht so sehr von der IFS, kommt vielmehr auch von der Elternschaft selber; der Median der Einschätzungen liegt bei "3 = je nachdem".

Formen der Kontakte sind vorwiegend Austausch und Absprachen; 13 IFS (14,8%) berichten, daß diese Kontakte gut funktionieren. Persönliche Gespräche, oder das Telefon sind die bevorzugten Formen der Kommunikation.

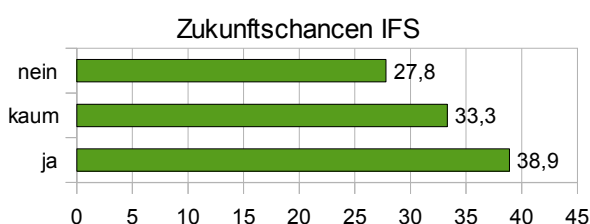
Als "zu wenig" benannten 27 IFS (30,7%) ihre Kontakte zur Elternschaft; genannt wurden dabei vor allem Selbsthilfegruppen.

### 3. Perspektiven

Nach unseren Daten zu urteilen sind die bayerischen IFS gut eingebunden in die Strukturen ihrer regionalen medizinischen, sozialen und pädagogischen Dienstleister. Das gilt vor allem für ihre fallbezogenen Kontakte; in unterschiedlichem Ausmaß sind auch systematische Kontaktmöglichkeiten vorhanden (Arbeitskreise, Gremien, Treffen...), an denen die IFS beteiligt sind. Vereinzelt berichten von IFS (z.B. im Bereich der "Frühen Hilfen") zufolge kommt die interdisziplinäre Frühförderung bei den benachbarten Systemen nicht von selbst in den Blick; systemübergreifende Kontakte (Mitwirkungen in Arbeitsgruppen, Zirkeln, Gremien, an Runden Tischen u.a.m.) müssen oft von den IFS selbst initiiert werden.

Eines der meistdiskutierten Themen in der bayerischen FF seit Einführung des RV ist allerdings die ökonomische Situation der Frühförderstellen. Es war absehbar, daß nur durch straffe Organisation und vor allem Arbeitsverdichtung ein Überleben der IFS gewährleistet werden könne.

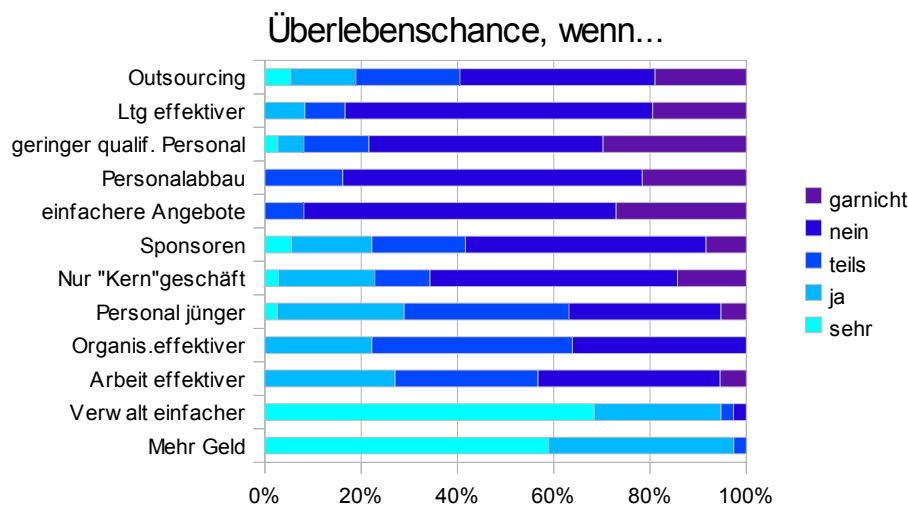
Aktuell sind die Träger und Geschäftsführer nur zum Teil davon überzeugt, daß ihre Stellen werden überleben können: Die Chance, die nächsten 10 Jahre bei der aktuellen Organisationsform und - in etwa - gleichbleibender finanzieller Basis zu überleben schätzen die Träger/Geschäftsführer deutlich mehrheitlich skeptisch ein:



"Hat Ihre IFS bei etwa gleichbleibenden Bedingungen eine Chance, die nächsten 10 Jahre zu überleben?" Daten Träger/Geschäftsführer, in %, N=67

Für bessere Perspektiven sehen sie es übereinstimmend als notwendig an, höhere Entgelte für ihre Leistungen zu erhalten und die Verwaltung zu vereinfachen; in zweiter Linie setzen sie auf Ergänzungen im BayRahmenV FF, und nennen da vor allem die Anpassung der Entgelte an die Lohnentwicklung, die Vergütung von Netzwerkarbeit und die zweckentsprechende Verwendbarkeit der Mittel des Kultusministeriums.

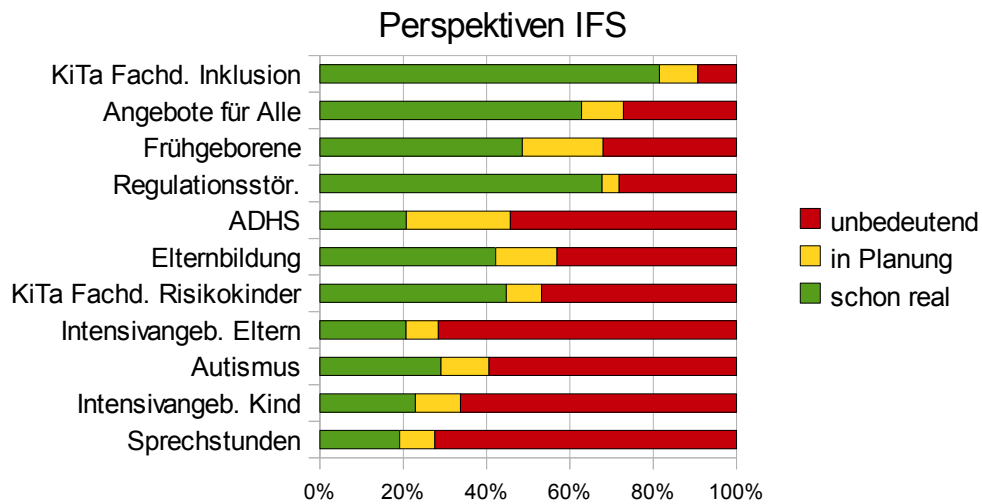
Von anderen denkbaren Alternativen sind die Träger/Geschäftsführer weniger überzeugt: Personalverjüngung, Steigerung der Arbeitseffektivität und effektivere Organisation der IFS scheinen noch am ehesten Steuerungsmöglichkeiten; von der Konzentration auf das Kerngeschäft, Sponsoren und „fund raising“, Veränderungen im Personal (Abbau, niedrigere Qualifikationen, effektivere Leitung) und Outsourcing von Leistungen halten sie jedoch wenig. Einzig die Träger/Geschäftsführer, die ihren IFS keine Zukunft geben, setzen eher auf die Konzentration auf ein Kerngeschäft (MDN=3, "teils"), und sehen die Effektivierung ihrer Stellen als ausgereizt an (MDN=4, "nein").



Was nötig ist, um den IFS eine Zukunftschance zu erhalten, Angaben Träger/Geschäftsführer, N=67

Unter die Zukunftsaufgaben ihrer IFS zählen die Träger/Geschäftsführer vor allem die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Standardangebote der IFS, die Entwicklung von Angeboten für spezielle Zielgruppen, und auch eine verstärkte Präsenz in der sozialen Infrastruktur (Elternangebote, Treffpunkte, Sprechstunden, Familienzentren...); eine entsprechende Personalentwicklung liegt ihnen ebenfalls Herzen. Am wenigsten zielführend erscheint ihnen mehr Präsenz in der Fläche.

Aus Sicht der Leitungen sind an vielen IFS bereits Angebote entwickelt worden oder in Planung, die auf die veränderten Bedarfe in den Regionen und der Gesellschaft insgesamt eingehen. Dazu zählen in erster Linie, und bei 76,5% der IFS, Fachdienste für Integration/Inklusion in KiTas, daneben aber auch „Schreisprechstunden“/Angebote für Säuglinge mit Regulationsstörungen, Beratung für KiTas bei Risikokindern, und auch allgemeine Angebote für Eltern (wie PEKIP oder das Heidelberger Elterntraining).



Perspektiven für IFS, Leiterangaben, N=88

Der geringste Bedarf für Weiterentwicklungen der Angebote der IFS wurde von den LeiterInnen kundgetan für die Einrichtung von Sprechstunden, für Intensiv- oder Kompaktangebote, für spezielle Autismus-Therapie und für Fachdienste für Risikokinder (in dieser Reihenfolge).

München, im Juli 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](http://www.fruehfoerderung-bayern.de)

"Resultate Teil III" wird sich den Leistungen der IFS in Bayern widmen.

Quellen:

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

Landesentwicklungsprogramm Bayern 2006, <http://www.landesentwicklung.bayern.de/instrumente/landesentwicklungsprogramm/download-lep-2006.html>, 24.5.2011

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

## Allgemeines zu "FranzL 2010 (in den Resultaten, Teil 1, schon vorangestellt)

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 Träger/Geschäftsführerseite sind deswegen weniger Antworten zu erwarten gewesen.

Bis Anfang November 2010 (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); ca. 31%