



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

Resultate, Teil III*

Das Leistungsangebot der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen

Die Arbeitsstelle Frühförderung Bayern hat die Aufgabe, zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung an den bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen beizutragen. Sie tut dies u.a. durch Kontakte, in Arbeitskreisen, und auch durch formelle Datenerhebungen wie die Studie „FranzL 2010“

Die Analyse des Leistungsangebots der bayerischen IFS, die wir hier als dritten Teil unserer Auswertung der Daten präsentieren, erlaubt einen direkten Blick auf die Umsetzung der Leistungsmodule, wie sie der Bayerische Rahmenvertrag Frühförderung (BayRahmenV FF) vorsieht, und die an den IFS dafür verfügbaren Ressourcen.

Aus diesen Daten ziehen wir auch Schlüsse auf die an den IFS zu erfüllenden Standards für ein Angebot, das den Qualitätsstandards des Faches entspricht.

Inhalt

1. Angebote der Frühförderstellen nach dem Bay RahmenV Frühförderung

- 1.1. Das "Offene Beratungsangebot"
 - 1.1.1. Konzeptionelle Beschreibungen
 - 1.1.2. Zugang
 - 1.1.3. Durchführung
 - 1.1.4. Übergang in die Eingangsdiagnostik
- 1.2. Die interdisziplinäre Entwicklungsdiagnostik
 - 1.2.1. Konzeptionelle Beschreibungen der "Eingangsdiagnostik" und der Indikation für Frühförderung als "Komplexleistung"
 - 1.2.2. Durchführung der Eingangsdiagnostik
 - 1.2.3. Indikation für Frühförderung und Diagnosemitteilung an die Eltern
 - 1.2.4. Hausbesuche im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik und Prozessbegleitung
 - 1.2.5. Diagnostische Instrumente
- 1.3. Das Leistungsmodul "Förderung und Behandlung"
 - 1.3.1. Die Definition der "Komplexleistung"
 - 1.3.2. Die Umsetzung der "Komplexleistung"
 - 1.3.2.2. Komplexleistung parallel
 - 1.3.2.2. Komplexleistung nacheinander und flankierend

2. Angebote "isolierter" Leistungen

3. Spezifische Angebote, die nicht alle IFS vorhalten

4. Leistungen der IFS in und für Kindertageseinrichtungen

- 4.1. Die KiTa als Förder-Ort
- 4.2. Fachdienste der IFS für Kindertageseinrichtungen

5. Ressourcen der IFS

- 5.1. Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- 5.2. Das Arbeitspensum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - 5.2.1. Behandlungseinheiten
 - 5.2.2. Zusammenhangstätigkeiten
- 5.3. Räumliche Ausstattung und Dienstfahrzeuge

6. Resümee

* 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

1. Die Angebote der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen nach dem bayerischen Rahmenvertrag Frühförderung

Die Angebote der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen werden im BayRahmenV FF nach Leistungsmodulen wie folgt beschrieben, und in dieser Gliederung auch hier aufgegriffen.

Die Komplexleistung nach SGB IX und FrühV setzt sich aus den folgenden Leistungsmodulen zusammen:

- Im Leistungsmodul „Offenes Beratungsangebot“ werden die Eltern beraten und das förderbedürftige Kind in die Maßnahmen der Frühförderung vermittelt. Es umfasst zwei Behandlungseinheiten.
- Im Leistungsmodul „Eingangsdagnostik“ wird der konkrete Bedarf für Frühfördermaßnahmen vom behandelnden Arzt im Zusammenwirken mit der Interdisziplinären Frühförderstelle ermittelt und der individuelle Förder- und Behandlungsplan entwickelt.
- Im Leistungsmodul „Förderung und Behandlung“ werden die erforderlichen Leistungen handlungs- und alltagsorientiert in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder wesentlichen Bezugspersonen des Kindes erbracht. Behandlungsumfang und -häufigkeit richten sich nach dem Förder- und Behandlungsplan.

(BayRahmenV FF, § 8)

1.1. Das "Offene Beratungsangebot"

1.1.1. Konzeptionelle Beschreibung

Das "Offene Beratungsangebot" ist im BayRahmen V FF, Anlage 11a, Leistungsprofil, unter Bezugnahme auf die FrühV näher beschrieben:

3.1 Offenes Beratungsangebot (§ 5 Abs. 2 und § 6 FrühV)

Eltern bzw. Bezugspersonen können das offene Beratungsangebot (Erstgespräch) Interdisziplinärer Frühförderstellen in Anspruch nehmen, in dem geklärt wird, ob das vermutete Entwicklungsrisiko des Kindes weitergehender fachlicher Maßnahmen bedarf. Dieses Beratungsangebot wird von speziell dafür qualifiziertem Personal erbracht.

Als Ergebnis des Erstgespräches kann sich ergeben, dass eine interdisziplinäre Eingangs- und Verlaufsdiagnostik gemeinsam mit dem behandelnden Arzt veranlasst wird. Ergebnis kann aber auch sein, dass für eine Interdisziplinäre Frühförderung kein Bedarf besteht oder andere Maßnahmen erbracht werden sollten.

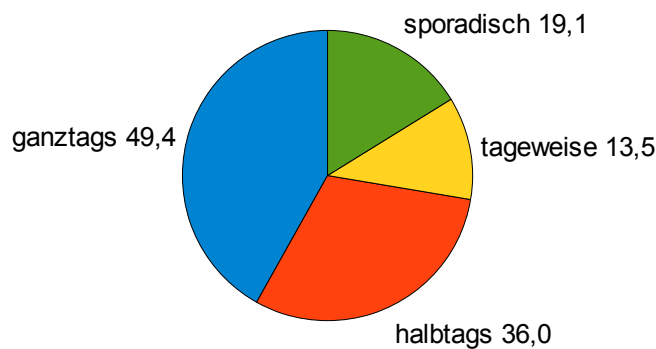
1.1.2. Zugang

Das "Offene Beratungsangebot" der IFS ist Eltern und anderen Personensorgeberechtigten frei zugänglich; es bedarf keiner vorausgehenden Begutachtung, Überweisung o.ä. In den meisten Fällen gibt es natürlich eine Empfehlung, einen Hinweis; Ärzte und Kindertagesstätten spielen hier eine wichtige Rolle (s. Auswertung Teil I, S. 7 f).

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.

Fast bei der Hälfte der bayerischen IFS können sie dabei mit einem ganztags besetzten Telefon rechnen; zumindest halbtags besetzt ist das Telefon bei einem weiteren guten Drittel. 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 nur tageweise besetzt ist (bei gut 13 % der Einrichtungen) ist überwiegend an 3-4 Tagen jemand erreichbar. Fast ein Fünftel der Einrichtungen hat sein Telefon an weniger als 3 Tagen oder nur sporadisch besetzt.

Telefonische Erreichbarkeit der IFS



Besetzung des Telefons an den bayerischen IFS; Mehrfachnennungen, in % der Einrichtungen, Leiterangaben, N=89

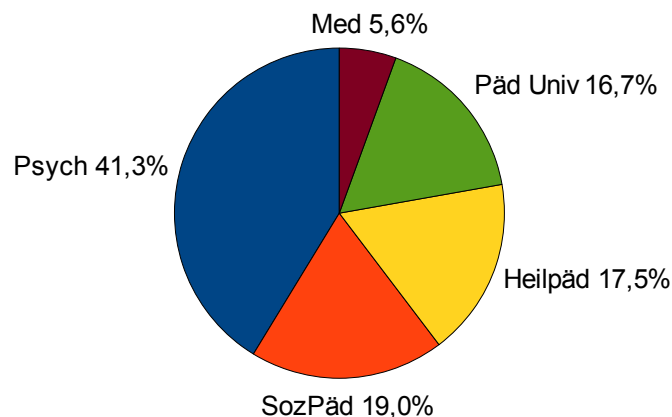
Wenn die Eltern bei der Frühförderstelle anrufen, wird mit den allermeisten von ihnen ein Termin für das Offene Beratungsangebot vereinbart. Einige Eltern werden auch schon am Telefon auf andere, zielführendere Möglichkeiten hingewiesen; Daten dazu haben wir nicht erhoben.

Das Offene Beratungsangebot findet im Schnitt 2-3 Wochen nach dem ersten Telefonkontakt statt (Minimum: wenige Tage; Maximum: mehr als 4 Wochen).

1.1.3. Durchführung

Das Offene Beratungsangebot wird bei der überwiegenden Mehrzahl der Stellen (91,5%) von dafür bestimmten und erfahrenen Mitarbeiterinnen durchgeführt; bei 8,5 % der IFS machen es die meisten oder alle Kolleginnen und Kollegen (längere Berufserfahrung in der Frühförderung wird dann meist verlangt). Wenn Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter speziell betraut sind, ist das Kriterium oft die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe, die spezielle Qualifikationen mitbringt (z.B. in der Gesprächsführung); meistgenannt sind Psychologinnen/Psychologen, gefolgt von den pädagogischen Berufsgruppen. Teils ist das Kriterium aber auch die Stellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung, sei es als Leiterin/Leiter, in Fachdienst-Funktion (z.B. als Mitglied des diagnostischen Teams), oder als spezifisch für die Eingangsphase/Diagnostik Beauftragte, bei denen dann auch die Erfahrung im Umgang mit den Eltern, der Überblick über die Frühförderung, und eine begleitende, eventuell steuernde Funktion im Förderprozeß zukommt.

Wer das Offene Beratungsangebot durchführt, Berufe



Speziell mit der Durchführung des "Offenen Beratungsangebots" betraute Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, überwiegend Mehrfachnennungen, in %-Anteilen, Leiterangaben, N=89

Das Offene Beratungsangebot wird - über alle IFS hin betrachtet - 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) spricht z.B. der Bedarf der Familien, oder auch das Interesse der IFS, die familiäre Umgebung mit kennenzulernen. (Details dazu in der Auswertung Teil I)

Das "Offene Beratungsangebot" ist Teil des Schlüsselprozesses "Eingangsphase", der vom ersten Telefonat bis zum Arbeitsbündnis mit den Eltern (falls Frühförderung als Komplexleistung notwendig ist und genehmigt wurde) klar strukturiert werden kann.

Die IFS haben in der großen Mehrzahl hierfür organisatorische Festlegungen getroffen;

- bei der überwiegenden Mehrzahl der IFS (78,8%) gibt es schriftliche Ablaufschemata (Beschreibungen, Flussdiagramme, Regelsammlungen...) über den Schlüsselprozess "Eingangsphase".
- bei 74,2% der IFS gibt es auch Handreichungen für die Mitarbeiterinnen, um sicherzustellen, daß sie beim Offenen Beratungsangebot alle wichtigen Punkte beachten.

Beim Offenen Beratungsangebot kommt die IFS, kommen die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur mit den Eltern in Kontakt; es gilt auch - vor allem, wenn sich abzeichnet, daß eine Entwicklungsdiagnostik notwendig wird, oder für das Kind Frühförderung sinnvoll und notwendig erscheint - Informationen zu geben und Verwaltungsvorgänge abzuwickeln: Informationen über Frühförderung, Flyer der Frühförderstelle, Informationen über den Träger; Erklärungen, Anträge, Schweigepflichtsentbindungen u.a.m.

- Bei 94,4% der Frühförderstellen ist die Erledigung dieser formalen Dinge Teil des Offenen Beratungsangebots.
- Die Informations- und Formularsammlungen der IFS umfassen im Schnitt 9,3 Seiten (Min. 2 S., Max. 34 S.).
- Die große Mehrzahl der IFS (86,5%) verfügt über einen Flyer, den die Eltern erhalten.
- Eine schriftliche Information über den Ablauf der Frühförderung halten knapp die Hälfte der Stellen (46,1%) bereit; sie ist im Schnitt 3 Seiten lang (Min. 1 Seite, Max. 10 S.).
- Ein Drittel der IFS (32,6%) informiert die Eltern auch über die verschiedenen sonstigen Angebote ihres Trägers im Sozialbereich (Angebote für behinderte Menschen, für Kinder und Jugendliche...).

1.1.4. Übergang in die Eingangsdiagnostik

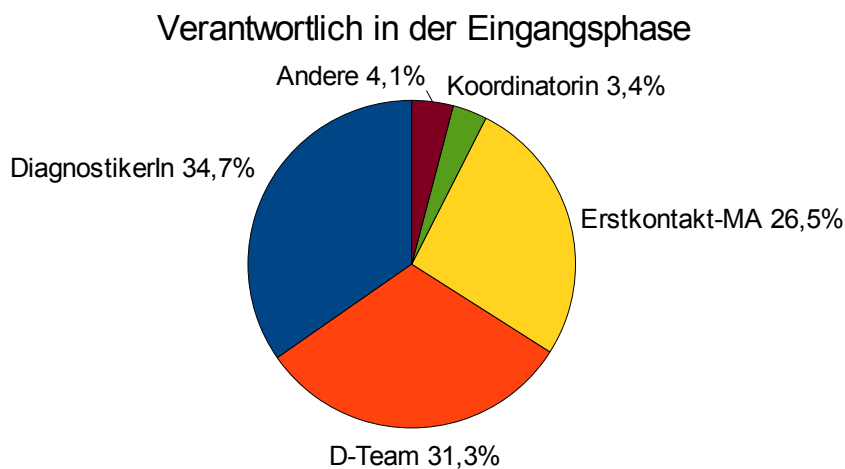
Aus dem Offenen Beratungsangebot empfehlen die IFS von den Eltern/Familien im Durchschnitt 17,5% weiter, bei 82,5% (Min. 20%, Max. 95%) der Fälle veranlassen sie eine Eingangsdiagnostik.

Die Weiterempfehlungen nach dem Offenen Beratungsangebot folgen am ehesten den erkannten Notwendigkeiten; auf Erziehungsberatungsstellen, Allgemeine Maßnahmen (wie Sportverein, Musikschule...), Therapien, Schulvorbereitende Einrichtungen, heilpädagogische Tagesstätten, und Sozialpädiatrische Zentren wird je nach Bedarf vor allem verwiesen. Bei den IFS für Sinnesgeschädigte spielt auch der Verweis auf die regionale Stelle eine Rolle (vgl. Resultate Teil I).

Da die Eingangsdiagnostik vielfach, und je nach Situation des Kindes und der Familie, ein arbeitsteiliger Prozess ist, kommen die Eltern bis zum Beginn der Förderung/Therapie meist mit mehreren Personen aus der IFS in Kontakt:

- Zwei Personen sind es in 42,7% der Fälle,
- drei Personen sind es bei 39,3 % der IFS,
- vier Personen (das Maximum) immerhin bei 12,4% der Stellen.

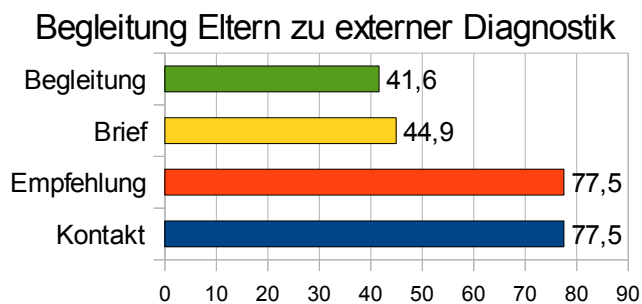
Um hier die nötige Kontinuität zu sichern, hat oft eine „Diagnostikerin“/ein „Diagnostiker“, ein Diagnostik-Team, oder auch diejenige Mitarbeiterin, die das Gespräch im Offenen Beratungsangebot ("Erstkontakt-MA") geführt hat, die Verantwortung für den Prozess bis zum Beginn der Förderung/Therapie. Selten (4,1% der Nennungen) ist der Prozess in der Hand der Leitung, oder auch einer Verwaltungskraft (und damit zumindest formell gesichert). Eine fallverantwortliche Person ("Kordinatorin") wird in dieser Phase noch kaum beauftragt.



Verantwortung für den Ablauf der Eingangsdiagnostik bis Beginn der Förderung/Therapie und Beratung, Mehrfachnennungen, in %-Anteilen, Leiterangaben, N=87

Obligatorisch ist in der Eingangsdiagnostik eine ärztliche Diagnostik, die vielfach von Kinder- und Jugendärzten, je nach Situation auch von anderen Fachärzten, aber auch von Allgemeinärzten durchgeführt wird.

Wenn darüber hinaus eine spezifische Diagnostik in einem SPZ oder einer Klinik notwendig ist und vom Arzt entsprechend veranlaßt wird, unterstützen die IFS die Familien gelegentlich, indem sie z.B. eine Empfehlung geben, ein Schreiben an den Arzt mitverfassen, die Kontaktnahme unterstützen, oder die Eltern auch zu den Terminen begleiten.



Unterstützung der Eltern bei nötigen Diagnostik-Terminen in Kliniken/SPZ, Mehrfachnennungen, in % der IFS, Leiterangaben, N=89

1.2. Die interdisziplinäre Entwicklungsdiagnostik

Entwicklungsdiagnostik ist eine Aufgabe in der interdisziplinären Frühförderung, die sowohl am Beginn des Prozesses, wie auch im Verlauf immer wieder erforderlich ist.

Die bayerischen IFS können für ihre Entwicklungsdiagnostik zunächst auf ein Modul des BayRahmenV FF zurückgreifen, das dort als "Eingangsdiagnostik" beschrieben ist.

Diese "Eingangsdiagnostik" hat den Zweck, die Erstellung des "Förder- und Behandlungsplans" zu ermöglichen, der - als Formular im BayRahmenV FF festgelegt - wiederum Voraussetzung für die Antragstellung und die Bewilligung von Förderung, Behandlung und Beratung als "Komplexleistung" ist. Von daher ist die "Eingangsdiagnostik" auch in einem schmalen Zeitfenster durchzuführen, damit bis zum Beginn der Förderung/Behandlung und Beratung nicht allzu viel Zeit verstreicht.

1.2.1. Konzeptionelle Beschreibung der "Eingangsdiagnostik" und der Indikation für Frühförderung als "Komplexleistung"

Die vertragliche Leistungsvereinbarung beschreibt dieses Modul so:

3.2 Diagnostik und Erstellung des Förder- und Behandlungsplans

Der behandelnde Arzt und die IFS erstellen gemeinsam die Diagnostik und entwickeln auf dieser Basis unter Einbeziehung der Eltern bzw. Bezugspersonen den Förder- und Behandlungsplan.

Zur Früherkennung und Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung gehören:

- a) ärztliche Diagnostik durch behandelnden Arzt,
- b) medizinisch-therapeutische Befunderhebung,
- c) psychologische Diagnostik,
- d) heilpädagogische Diagnostik.

Die Leistungen umfassen jeweils auch die Beratung und Begleitung der Eltern/anderer Bezugspersonen, anamnestische Gespräche, die Vermittlung der Diagnose, die Erörterung des Förder- und Behandlungsplans gemäß § 5 Abs. 2 FrühV. Die entsprechenden Berufsgruppen arbeiten interdisziplinär zusammen. Die diagnostischen Einzelbeiträge und Befunde werden in einer Gesamtschau zusammengetragen und münden in einen interdisziplinär entwickelten individuellen Förder- und Behandlungsplan. Die fachlichen Schwerpunkte und der individuelle Bedarf des Kindes und seiner Familie sind im Förder- und Behandlungsplan grundsätzlich beschrieben.

(BayRahmenV FF, Anlage 11)

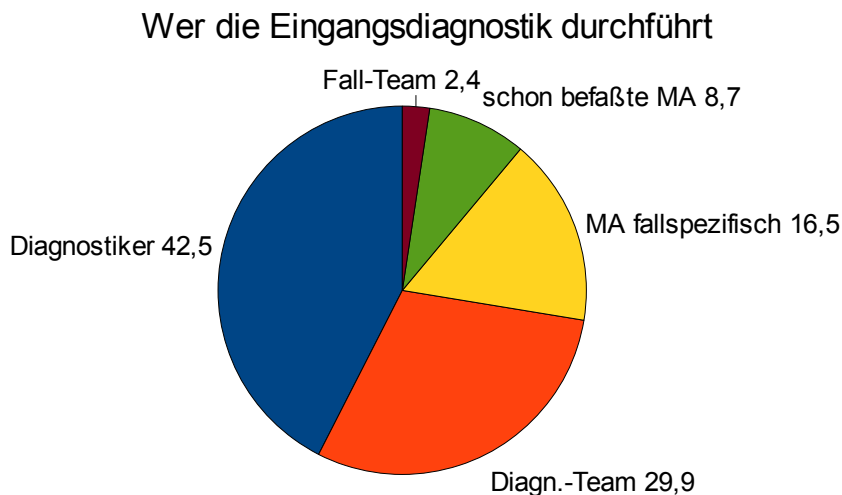
In der Vergütungsvereinbarung des Bay RahmenV FF wird das Modul "Eingangsdiagnostik" genannt; die Aufwendungen der IFS (nicht die ärztlichen Aufwendungen) werden mit einer Pauschale von den Krankenkassen vergütet.

Das Leistungsmodul "Eingangsdiagnostik" deckt nach Auffassung und Praxis der bayerischen IFS nur einen Teil der entwicklungsdiagnostischen Tätigkeiten ab, die die Frühförderstellen aufwenden, um zu einem guten, interdisziplinär und mit den Eltern abgestimmten individuellen Förderplan zu kommen, und auch den Förderprozess fortlaufend zu begleiten ("Verlaufsdagnostik"). (vgl. "Standards der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen bezogen auf die Module des BayRahmen V FF" 2009)

1.2.2. Durchführung der Eingangsdiagnostik

- Die bayerischen Frühförderstellen führen die Eingangsdiagnostik im Durchschnitt 2-3 Wochen nach dem Offenen Beratungsangebot durch (Mittel 2,6 Wochen; Min. 1 Wo, Max mehr als 6 Wo).
- 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%).
- Ein Hausbesuch gehört nur für einen kleinen Teil der IFS (9%) zum Standard in der Eingangsdiagnostik; allerdings lernen fast 30% der IFS die häuslichen Verhältnisse im Rahmen der Eingangsphase insgesamt und bei den ersten Terminen der Förderung/Behandlung kennen.

Die Durchführung der Eingangsdiagnostik mit ihren verschiedenen Komponenten wird von den IFS überwiegend bestimmten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übertragen („D-MA“); häufig sind auch Diagnostik-Teams ("D-Team"), also mehrere Kolleginnen und Kollegen, die schwerpunktmäßig diagnostische Aufgaben haben. Daß je nach Problematik des Kindes und/oder der Familie die verschiedenen Gewerke in die Eingangsdiagnostik einbezogen werden, ist für einen Teil der IFS möglich und geboten; bei vielen IFS ist die Eingangsdiagnostik aber auch in der Verantwortung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Kind und Familie schon befaßt sind/waren. "Fallteams", also eine feste Arbeitsgruppe von mit einem Fall befaßten Kolleginnen und Kollegen, sind in diesem Stadium noch selten.



Verantwortung für Durchführung der Eingangsdiagnostik, Mehrfachnennungen, in % der IFS, Leiterangaben, N=89

Die für die Eingangsdiagnostik bestimmten Mitarbeiter sind mehrheitlich PsychologInnen (54,6%); PädagogInnen (Univ, Sozial- oder Heilpäd.) sind zu einem Viertel (25,6%), medizinische TherapeutInnen bei 9,3 % der Einrichtungen in der Verantwortung. Benannt wurden auch Funktionen in der Stelle, wie die Leitung oder die Mitarbeiterin, die auch das Offene Beratungsangebot durchgeführt hat (10,5%).

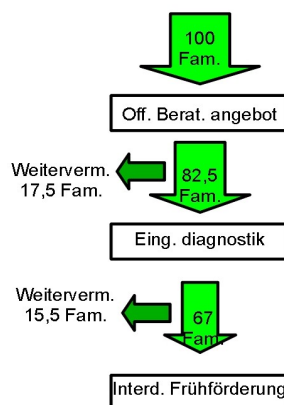
Wenn die Diagnostik in der Hand eines Teams liegt, sind diese Teams überwiegend interdisziplinär zusammengesetzt:

drei Disziplinen (Psych, Päd und Med.)	45,5%
zwei Disziplinen, „komplex“ (Päd./Psych. und Med.)	39,4%
zwei Disziplinen, nicht „komplex“ (=nur Psych + Päd.)	12,1%
Eine Disziplin (monodisziplinär)	3,0%

1.2.3. Indikation für Frühförderung und Diagnosemitteilung an die Eltern

Die Eingangsdiagnostik der IFS ergibt zusammen mit der ärztlichen Diagnostik im größeren Teil der Fälle (82,2%; min. 40%, max. 90%) eine Indikation für Frühförderung durch eine IFS, und die Empfehlung an die Eltern, für ihr Kind Frühförderung als Komplexleistung zu beantragen. Sie ermöglicht auch, den Förder- und Behandlungsplan entsprechend zu erstellen.

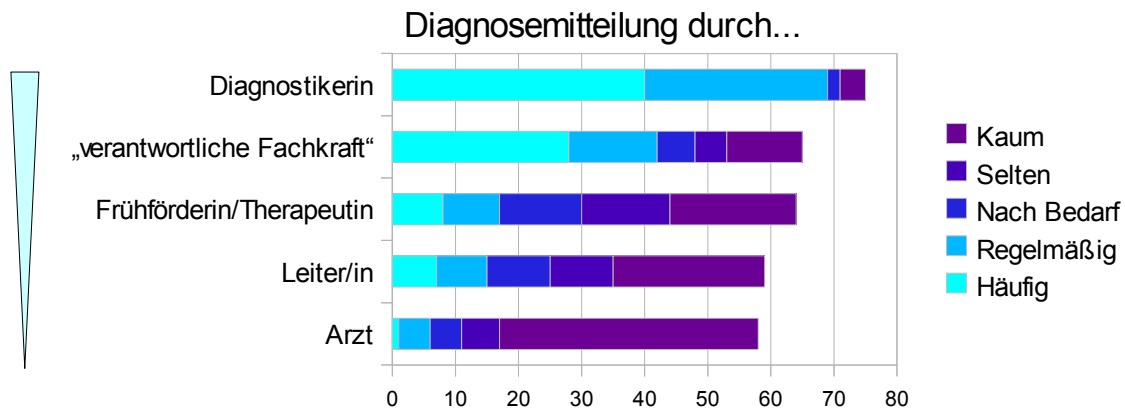
Daß die IFS sowohl nach dem Offenen Beratungsangebot, wie auch nach der Eingangsdiagnostik selektiv wirken, nur bei 2/3 der Familien, die das Offene Beratungsangebot in Anspruch nehmen, auch tatsächlich Frühförderung für angezeigt erachten, und keineswegs - wie das oft unterstellt wird - "jeden nehmen, der anklopft", haben wir in folgendem Bild veranschaulicht (vgl. Teil I der Resultate):



Der Antrag auf Frühförderung, und die vorgeschriebene Beteiligung der Eltern an der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans erfordern ein Gespräch mit den Eltern, das als "Diagnosemitteilung" oder "Mitteilung der Behinderung des Kindes" und auch als Konkretisierung seiner Behinderung/drohenden Behinderung in den Diagnose- und Befundzeilen des Förder- und Behandlungsplans eine besondere Aufmerksamkeit erfordert. Nötig ist dazu nicht nur ein eigener Termin, sondern auch die sorgfältige Auswahl einer entsprechenden Person.

- Einen eigenen Termin bevorzugen die meisten IFS ("häufig" oder "regelmäßig": 69,5%);
- weniger üblich ist die Besprechung direkt im Anschluß an den (letzten) Diagnostik-Termin. Natürlich sind die IFS hier auch flexibel je nach der Situation; in etwa 20% ihrer Fälle entscheiden sie "nach Bedarf".
- Die Diagnose mit den Eltern am Telefon zu besprechen ist sehr selten; nur 8,5% der Stellen benutzen diese Variante "häufig", "regelmäßig" oder auch nur "nach Bedarf".

Bei den Personen, die die IFS für die Diagnosemitteilung und Besprechung des Förder- und Behandlungsplanes wählen, dominieren klar diejenigen, die die Diagnostik durchgeführt haben, oder die als "verantwortliche Fachkraft" den Förder- und Behandlungsplan auf der Seite der IFS unterschreiben und zusammen mit dem Arzt auch verantworten. Das sind oftmals ein und dieselben Personen. Daß die Leiterin/der Leiter, oder auch die Frühförderin/Therapeutin, die mit Kind und Familie zusammenarbeiten, die Diagnose und den Behandlungsplan mit den Eltern besprechen, ist für einige Frühförderstellen eher die Regel. Letzteres hat vor allem den Vorzug, daß Frühförderin/Therapeutin und Eltern dann bereits darüber gesprochen haben, wie sie das Kind und seine Schwierigkeiten sehen, und was sie zu tun für nötig halten.



Mit der Mitteilung der Diagnose betraute Fachkräfte, geordnet, Leiterangaben, absolut, N=87

Die Ärzte (fast immer niedergelassene Ärzte), die ihren Teil zur Diagnostik beitragen, als "Medizinische Diagnose/Befund des Arztes" in den Förder- und Behandlungsplan eintragen und diesen mit unterschreiben, haben zu ihren Diagnosen und Befunden mit den Eltern ein eigenes Gespräch, und sind in die Organisationsabläufe der Kooperation zwischen IFS und Eltern nur selten eingebunden (und einbindbar).

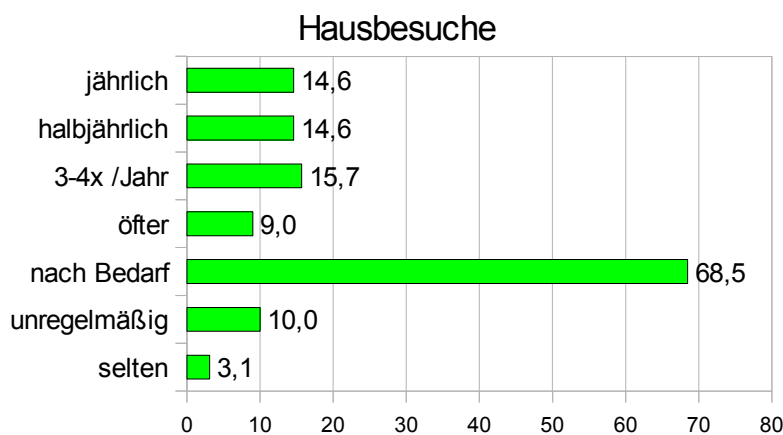
Aus vielen Praxisberichten ist uns bekannt, und in der Auswertung der Kooperationsbeziehungen der IFS (Resultate Teil II) auch aufgezeigt, daß die Kooperation zwischen IFS und Ärzten auf der inhaltlichen Ebene, vor allem aber im Verwaltungsablauf aufwändig herzustellen und zu gestalten ist. Das liegt u.a. daran, daß der Förder- und Behandlungsplan sehr präzise ausgefüllt werden muß, was immer wieder zusätzliche Kontakte erfordert; es liegt aber auch daran, daß die Schnittstelle Arzt - IFS strukturell und finanziell nicht sorgfältig genug bedacht worden ist.

1.2.4. Hausbesuche im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik und Prozessbegleitung

Hausbesuche sind wichtige Bestandteile einer familienorientierten Frühförderung. Auch wenn die Förderung/Behandlung ansonsten ambulant oder in der KiTa stattfindet, macht jede der an FranzL beteiligten IFS zumindest sporadisch einen Hausbesuch bei den Familien.

- Standardmäßig gehört ein Hausbesuch zur Eingangsphase der Frühförderung bei 29,2% der bayerischen IFS, sei es, daß das Offene Beratungsangebot zu hause stattfindet, ein Hausbesuch im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik oder auch bei den ersten Terminen der Förderung/Behandlung fester Bestandteil der Kontaktnahme und Informationsgewinnung ist.
- Ansonsten führen 53,9% der bayerischen IFS regelmäßig Hausbesuche durch, auch wenn die Förderung/Behandlung ambulant oder in der KiTa stattfindet. Die Handhabung des BayRahmenV FF macht ihnen dies auch unproblematisch möglich.
 - Jährliche oder halbjährliche Besuche sind dabei bei jeweils 14,6% der IFS vorgesehen,
 - weitere 15,7% besuchen die Familien 3-4x im Jahr zu hause,
 - und 9,0% kommen noch öfter in die Wohnungen.

"Bei Bedarf" fahren 68,5% der IFS zu den Familien nach Hause, "unregelmäßig" 10%, und daß sie die Familien "selten" besuchen, berichten 3% der Leiterinnen/Leiter.

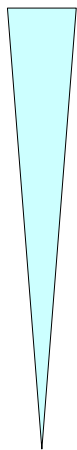


Regelmäßige Hausbesuche der bayerischen IFS, Leiterangaben, in %, Mehrfachnennungen, N=87

1.2.5. Diagnostische Instrumente

Sowohl in der Eingangsdiagnostik wie auch in der Prozessbegleitung und Prozesssteuerung verlassen sich die IFS nicht nur auf die Erfahrung und das persönliche Können ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; sie verwenden auch Instrumente wie Tests, Screenings, Inventare und andere strukturierte und strukturierende Hilfsmittel. Praktisch durchgehend finden Tests und Screenings Anwendung. Bemerkenswert ist auch, daß Videoaufzeichnungen für Fallbesprechungen ziemlich verbreitet sind. Inventare für Eltern werden dagegen recht selten verwendet.

Neben diesen Hilfsmitteln benannten die IFS auch immer wieder bestimmte Arbeitsformen, wie Fallberatungen und Fallsupervision, die vor allem in der Prozessbegleitung und Prozesssteuerung wichtig sind.



Hilfsmittel	wird verwendet bei IFS in %
Tests und Screenings	98,9
Anamnesebögen	91,0
Videoaufzeichnungen für Fallbesprechungen	68,5
Beobachtungsschemata für Verhaltensbeobachtungen	65,2
Fragebogen/Feedbackbogen für Eltern	59,5
Formulare/Elektronische Formulare für die Verlaufsdocumentation	56,2
Vorlagen für Fallbesprechungen	44,9
Projektive Verfahren	40,5
Inventare für Kinder (CBCL, ...)	29,2
Inventare für Eltern (SOEBEK...)	16,8

Instrumente und Hilfsmittel, die die IFS in der Entwicklungsdiagnostik verwenden, Mehrfachnennungen, in %, Leiterangaben, N=89

1.3. Leistungsmodul "Förderung und Behandlung"

1.3.1. Die Definition der "Komplexleistung"

Bei der gesetzlichen Fixierung der interdisziplinären Frühförderung im SGB IX war wohl eine der bedeutsamsten Innovationen die Einführung der "Komplexleistung". Mit diesem juristisch unbestimmten Begriff sollten die Leistungen nach SGB V und SGB XII verbindlich miteinander verknüpft werden; das wurde in der fachlichen Diskussion der Frühförderung sehr positiv aufgenommen als Signal, die Interdisziplinarität der Frühförderung zu fixieren und auszugestalten. In diesem Sinn formulierte die "Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung" in ihren "Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX" im Jahr 2003:

In der ‚Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung‘ werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Dies findet seinen Ausdruck in der interdisziplinären Diagnostik sowie in dem gemeinsam verantworteten und mit den Eltern des Kindes abgestimmten Förder- und Behandlungsplan und dessen praktischer Umsetzung.

Die Zusammenführung der Leistungen und deren fortlaufende fachliche und organisatorische Koordination ist eine über die Summe der Einzelleistungen hinausgehende besondere Leistung. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

Der BayRahmenV FF setzt die "Komplexleistung" so um, daß in den Förder- und Behandlungsplänen im beantragten Zeitraum jeweils Leistungen aus dem medizinisch-therapeutischen wie auch dem pädagogisch-psychologischen Teil notwendig sein müssen. Entsprechende Kreuzchen im Förder- und Behandlungsplan sind deswegen sowohl für mindestens eine medizinisch-therapeutische wie für psychologische/heilpädagogische Leistungen nötig, weshalb diese Lösung auch als "Zwei-Kreuzchen-Lösung" apostrophiert wurde.

Form und Umfang der Behandlung:			
	ambulante Einzelbehandlung	ambulante Gruppenbehandlung	mobile Einzelbehandlung
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)
*Begründung für mobile Leistungserbringung: _____			

„Zwei-Kreuzchen“-Lösung der Komplexleistung im Förder- und Behandlungsplan des BayRahmenV FF

Die Vertragspartner in Bayern haben in ihren "Gemeinsamen Vollzugshinweisen" diese Lösung präzise gefaßt:

Es handelt sich immer dann um eine Komplexleistung im Sinne des § 30 SGB IX und der FrühV, wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogisch-psychologische Leistungen notwendig sind. Dabei können Maßnahmen gleichzeitig, nacheinander oder mit unterschiedlicher und ggf. wechselnder Intensität erfolgen, sofern sie nach dem Förder- und Behandlungsplan für denselben Förderzeitraum vereinbart wurden.

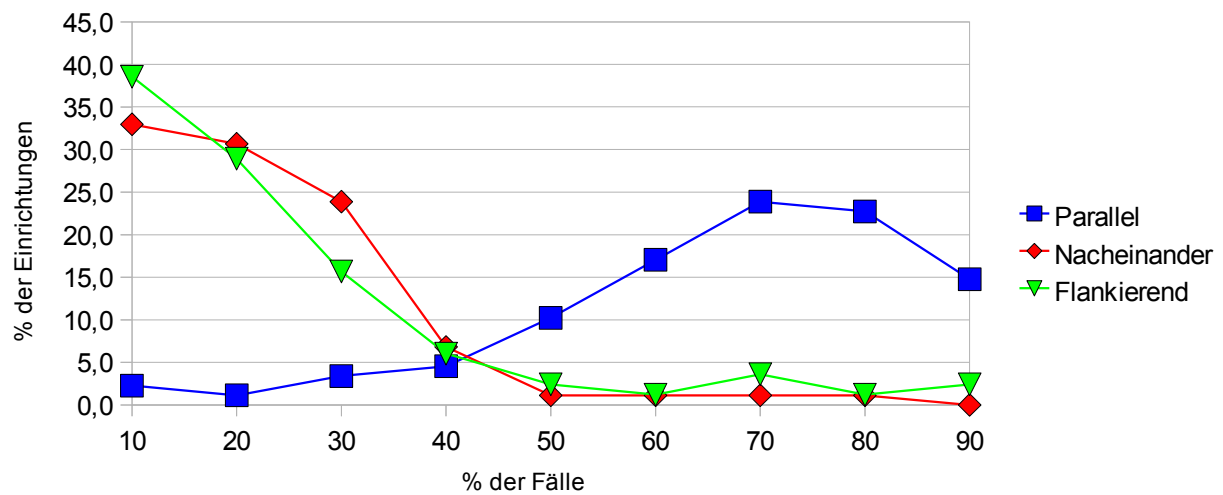
("Gemeinsame Vollzugshinweise...", Fassung vom Juli 2011)

1.3.2. Die Umsetzung der "Komplexleistung"

Die bayerischen IFS bieten Frühförderung definitionsgemäß durchgehend als "Komplexleistung" an. Sie hat Gestaltungsvarianten nach Reihenfolge und Intensität, die wir in drei Typen zusammengefaßt und in der FranzL-Studie so erfragt haben:

- "Parallel" bedeutet, daß gleichzeitig zwei oder mehr Maßnahmen stattfinden (z.B. jeweils am Montag Ergotherapie, am Donnerstag heilpädagogische Förderung; bzw.: am Dienstag Logopädie/Sprachtherapie, und anschließend heilpädagogische Förderung)
- "Nacheinander" bedeutet eine zeitliche Staffelung der Maßnahmen, z.B. im ersten Halbjahr Heilpädagogik, im zweiten Halbjahr Logopädie/Sprachtherapie
- "Flankierend" bedeutet, daß schwerpunktmäßig eine Maßnahme stattfindet, und eine zweite Profession gelegentlich hinzugezogen wird (z.B.: es findet schwerpunktmäßig Ergotherapie statt, und die Psychologin begleitet den Prozeß in gelegentlichen Hospitationen oder in gemeinsamen Elterngesprächen; oder: Die Heilpädagogin holt sich immer wieder Unterstützung und Beratung bei der Logopädin/Sprachtherapeutin...)

In den bayerischen IFS wird die "Komplexleistung" mehrheitlich als parallele Leistung erbracht (Mittelwert der Prozentanteile: 66,5); "flankierende" oder "nacheinander"-Varianten nutzen die IFS jeweils nur in einem Fünftel der Fälle (Mittelwerte der Prozentanteile: 22,0 bzw. 24,0). Offenbar kommen aber auch Kombinationen aus diesen Varianten vor: Immerhin 44,9 der IFS geben Prozentanteile der Varianten an, die sich zu mehr als 100% addieren.



Umsetzung der Komplexleistung an bayerischen IFS, in % der Fälle und Einrichtungen, gültige N=88 bzw. 83 (für "flankierend")

Die vertragliche Definition der "Komplexleistung" zog für die bayerischen IFS nach sich, daß sie sämtliche notwendigen Leistungen für alle Kinder, die an der IFS betreut werden, selbst vorhalten müssen.

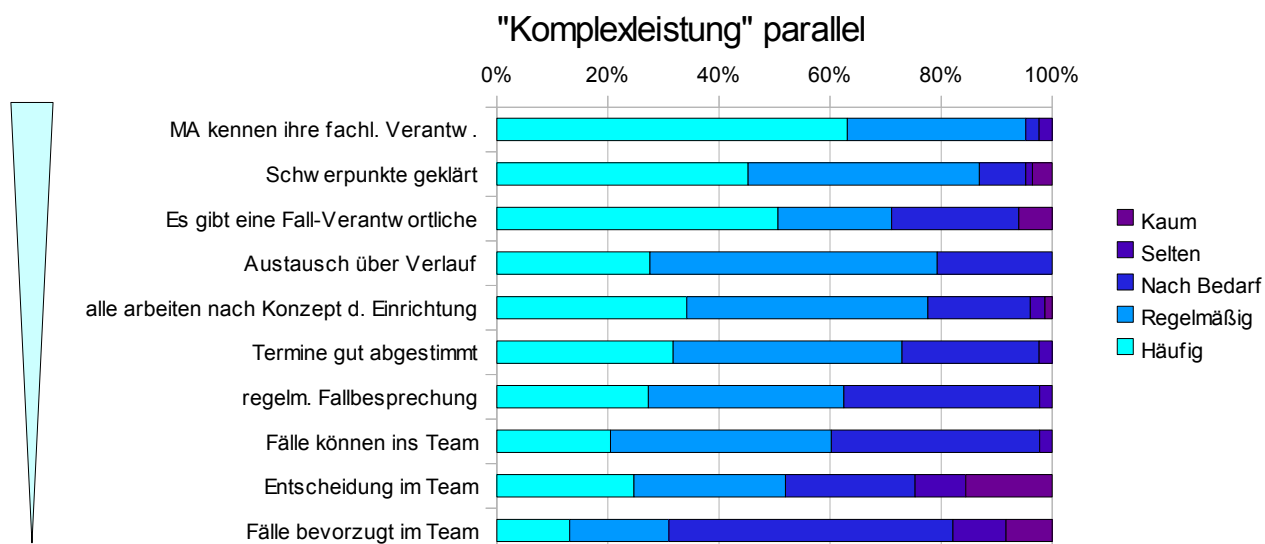
Wenn dies mit angestelltem Personal nicht gewährleistet werden kann - so haben es die Vertragspartner vereinbart - können die IFS Leistungen auch von Kooperationskräften erbringen lassen, also Fachpersonen, die nicht an der IFS angestellt, sondern über Kooperationsverträge mit eingebunden sind.

Detaillierte Informationen zu Ausmaß und Inhalt der Leistungen von Kooperationskräften haben wir in Teil I der Resultate vorgelegt. Zum Zeitpunkt unserer Studie waren von den Personen, die Leistungen der interdisziplinären Frühförderung erbringen, etwa ein Drittel Kooperationskräfte. Sie waren bei - grob geschätzt - 1/3 aller Kinder mit eingesetzt; gut die Hälfte ihrer Leistungen waren aus dem Fachbereich Logopädie/Sprachtherapie.

1.3.2.1. Komplexleistung parallel

Daß mehrere Mitarbeiterinnen gleichzeitig mit Kind und Familie zu tun haben, erfordert ein gewisses Maß an Absprache unter den Kolleginnen, nicht nur, damit die Förderung/Behandlung aufeinander abgestimmt ist, sondern auch zur Sicherung einer abgesprochenen Beratung der Eltern.

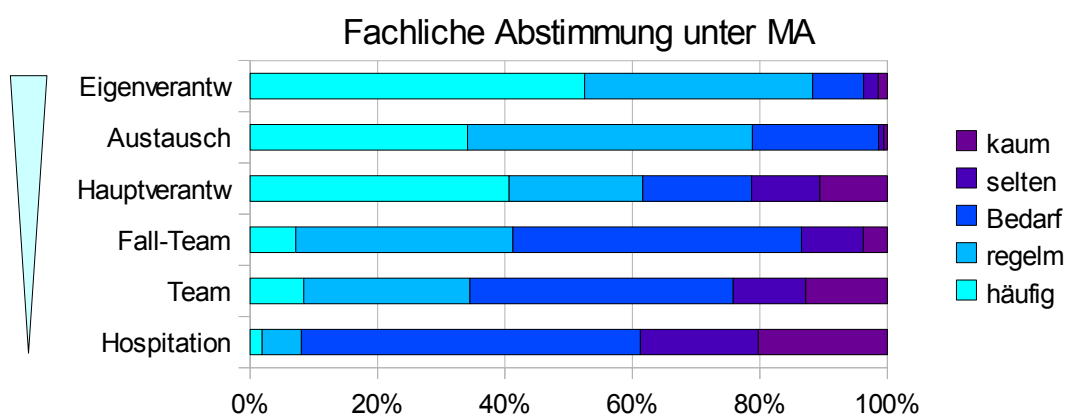
Hier verlassen sich die IFS offenbar überwiegend auf allgemeine Formen und Absprachen ("Jede Mitarbeiterin kennt ihre fachliche Verantwortung"; "die Schwerpunkte von Förderung/Behandlung und Beratung sind geklärt"; "die Mitarbeiterinnen tauschen sich über den Verlauf aus"; "alle Mitarbeiterinnen arbeiten nach dem einheitlichen Konzept der Einrichtung"; "die Termine sind gut abgestimmt"). Daß eine Fall-Verantwortliche/Fall-Managerin bestimmt wird, die die Fäden in der Hand hat (auch in administrativen Fragen), ist eine relativ häufige Form der Sicherung eines abgestimmten Prozesses; Fallbesprechungen und Besprechungen im Team spielen allerdings eher eine nachgeordnete Rolle.



Kooperationsformen, wenn mehrere Mitarbeiterinnen gleichzeitig mit einem Kind und seiner Familie zu tun haben, geordnet nach Medianen, in %, N max = 88,

Speziell mit den Kooperationskräften ist die Abstimmung sorgfältig vorzunehmen; fast ein Drittel (30,7%) aller Leiterinnen und Leiter sieht hier Besonderheiten und spezifischen Aufwand in der Abstimmung. Äußere Bedingungen (weniger oft im Haus; weniger beteiligt am Team, aufwendige Terminabsprachen) wurden als Gründe häufig genannt. Details sind im Teil I der Auswertung aufgeführt.

Auch aus der Sicht der Mitarbeiterinnen ist die je persönliche fachliche Verantwortung am meisten maßgebend; der kurze Austausch zwischen den beteiligten Kolleginnen gehört zur Fall-Abstimmung ebenfalls dazu. Daß eine Kollegin die Haupt-Verantwortung hat, ist ein bedeutsames Instrument ("häufig" oder "regelmäßig" bei 61,6 % der Mitarbeiterinnen); am seltensten ist offenbar die Möglichkeit der Hospitation bei einer Kollegin. Bei den sehr wenigen "anderen" Formen wurden vor allem gemeinsame Termine mit Kind und Eltern genannt (6 mal).



Fachliche Abstimmung, wenn 2 oder mehr MA mit Kind und Familie befaßt sind, Mehrfachnennungen, Mitarbeiterangaben, prozentual, N_{max}= 588

Unter der traditionellen Vorgabe, daß die Kinder und Familien nach Möglichkeit eine Ansprechpartnerin in der Frühförderung haben sollten (die dann auch nur einmal pro Woche in die Familie kommt), stellt sich die große Zahl paralleler Leistungen als ein analysierenswertes Thema dar. Sie bedeutet nicht nur eine Mehrzahl von Fachkräften, sondern auch eine Mehrzahl von wöchentlichen Terminen für die Kinder und Familien.

Zu einigen Aspekten dieser Form der Leistungserbringung haben wir die Leiterinnen/Leiter nach ihrer Einschätzung möglicher Vor- und Nachteile gefragt.

Chancen für die Kinder	Risiken für die Kinder
<ul style="list-style-type: none"> Kind profitiert mehr von vielfältigen Anregungen? 76% "Ja", "Häufig", 23% "teils" 	<ul style="list-style-type: none"> Schwierigerer Beziehungsaufbau zu den einzelnen Therapeutinnen? 52% "nein", "gar nicht", 43% "teils" Weniger "ganzheitlicher" Ansatz? 80% "nein", "gar nicht", 15% "teils" Weniger Abstimmung der Maßnahmen? 73% "nein", "gar nicht", 24% "teils"
Chancen für die Eltern/Familien	Risiken für die Eltern/Familien
<ul style="list-style-type: none"> Eltern schätzen vielfältiges Angebot: 62% "Ja", "Häufig", 36% "teils" Unterschiedlich vertrauensvolle Beziehungen möglich: 59% "Ja", "Häufig", 40% "teils" Eltern suchen sich Haupt-Ansprechpartnerin: 56% "Ja", "Häufig" 36% "teils" 	<ul style="list-style-type: none"> Widersprüchliche Informationen und Ratschläge: 57% "nein", "gar nicht", 34% "teils" Erleben Maßnahmen als zusammenhanglos: 76% "nein", "gar nicht", 19% "teils"

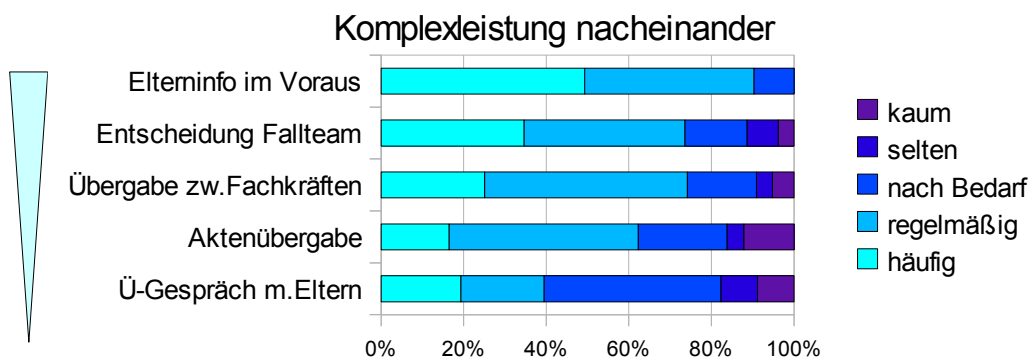
Chancen und Risiken von paralleler Leistungserbringung, Leiterangaben, N=88,
"Wenn mehrere Mitarbeiterinnen der IFS mit demselben Kind und seiner Familie zu tun haben, kann es sein, daß...";

Daß sich die Familien selbst eine Haupt-Ansprechpartnerin auswählen, wenn mehrere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der IFS in der Familie tätig sind, wurde uns von Leiterinnen/Leitern allerdings immer wieder berichtet.

Angesichts des Ausmaßes, in dem Leistungen von Kooperationskräften erbracht werden, muß aus unserer Sicht auf die Möglichkeiten einer fallbezogenen Zusammenarbeit und Absprache der Mitarbeiterinnen besonders geachtet werden.

1.3.2.2. Komplexleistung nacheinander und flankierend

Die "Nacheinander"-Variante der Komplexleistung (z.B.: im ersten halben Jahr Heilpädagogik, im zweiten halben Jahr Logopädie/Sprachtherapie...) zieht die Notwendigkeit einer guten Fall-Übergabe unter den verschiedenen Fachkräften nach sich. Die Eltern sind über den Wechsel der Frühförderin/ Therapeutin meist vorab schon informiert; auch ist das oft schon im Team besprochen. Konkrete Übergabegespräche zwischen den Fachkräften und die Aktenübergabe (wenn diese nicht sowieso zentral aufbewahrt werden) gehören eher zum Standard; ein Übergabegespräch der Fachkräfte mit den Eltern wird dagegen weniger regelhaft, und häufiger (knapp 40% der Einrichtungen) nach Bedarf geführt.



"Wenn die Komplexleistung nacheinander erbracht wird...", Leiterangaben, prozentual, N max=89

Die "flankierende" Komplexleistung ist, wie auch die "Nacheinander"-Variante, eher selten. Bei "flankierender" Komplexleistung müssen die entsprechenden gemeinsamen Zeiten der beiden Mitarbeiterinnen verfügbar sein (Hospitationen, Video-Analysen, gemeinsame Fallbesprechung, gemeinsame Gespräche mit den Eltern, Austausch). Details dazu haben wir nicht erfragt, wissen nur aus unseren Kontakten, daß dies in der FF-Stelle, also bei ambulanten Terminen, deutlich einfacher zu handhaben ist als bei mobiler Frühförderung.

2. Angebote "isolierter" Leistungen

Der BayRahmenV FF bietet den IFS, neben der Erbringung von Frühförderung als Komplexleistung, auch die Möglichkeit, mit den Kostenträgern eigene Vereinbarungen über "isolierte" Leistungen abzuschließen.

Ob dies für die IFS ratsam ist, ist umstritten; aus fachlicher Sicht bedeutet es eine formelle Absage an die Interdisziplinarität (nicht unbedingt eine inhaltliche), aus Sicht der meisten Trägerverbände eine Schwächung der Arbeit, der ökonomischen Grundlagen und des politischen Gewichts der "Komplexleistung" an den IFS.

Die IFS selber halten sich die Option "isolierter" Leistungen immerhin zu mehr als einem Drittel offen: 33,7% der IFS haben mit dem jeweiligen Bezirk, 6,7% mit den Kassen entsprechende Verträge geschlossen.

Nach unseren unsystematischen Informationen aus einzelnen IFS kommen die "isolierten" Leistungen dann zum Einsatz, wenn sich aus triftigen Gründen eine "Komplexleistung" praktisch nicht realisieren läßt, aber doch eine Förderung/Behandlung durch die IFS notwendig ist. Das kann z.B. der Fall sein, wenn die Eltern privat krankenversichert sind und die Kassen die medizinischen Leistungen aus der Hand der IFS nicht unproblematisch übernehmen.

3. Spezifische Angebote, die nicht alle IFS vorhalten

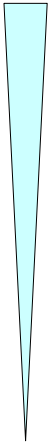
In ihrer öffentlichen Darstellung (wie beispielsweise in ihrer Selbst-Darstellung im Internet auf der WebSite der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern) weisen die bayerischen IFS neben den Angeboten, die sie nach dem BayRahmenV FF erbringen, auf spezifische Angebote hin, die sie vorhalten, und in denen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders geschult sind.

Am meisten verbreitet sind dabei Angebote der IFS für Eltern mit Säuglingen, welche Entwicklungsprobleme und Regulationsschwierigkeiten aufweisen, beispielsweise beim Essen/Trinken, Schlafen, Sich-Beruhigen. Überwiegend (bei 51,5 der IFS) wird dabei auf die „Entwicklungspsychologische Beratung EPB“ (Ziegenhain et al.) zurückgegriffen, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich seit einigen Jahren vor allem bei der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern weiterbilden lassen können. Weitere Kompetenzen in diesem Feld (bei 8,8% der IFS) stammen überwiegend aus der Weiterbildung "Integrative Eltern-Säuglings/Kleinkindberatung IESK-B" (Papousek, Kinderzentrum München), gelegentlich auch einer Weiterbildung nach dem Konzept von STEEP (Kißgen et al.). Zusammengenommen halten 60,6% der bayerischen IFS Angebote für die frühe Interaktions-Beratung bei Regulationsstörungen von Säuglingen und Kleinkindern und bei Interaktionsproblemen vor.

Das zweite wichtige Angebotsfeld der bayerischen IFS sind Fachdienst-Leistungen für Kindertageseinrichtungen. Zusammengenommen halten 43,1% der bayerischen IFS solche (verschieden akzentuierte) Fachdienste für KiTas vor. Sie haben wir in Punkt 4.2 gesondert betrachtet.

Unter den spezifischen pädagogischen und therapeutischen Angebotsformen nimmt die Psychomotorik den ersten Platz ein; 24,8 % aller IFS weisen darauf besonders hin. Auch Psychomotorik-Angebote bedürfen spezifisch weitergebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; die Angebote sind dabei meist Gruppen-Angebote.

Die von der „Arbeitsstelle Frühförderung Bayern“ besonders unterstützten Angebote der „Harl.e.kin“-Nachsorgeprojekte für Frühgeborene und der „Früherkennung und Frühtherapie von Kindern mit Autismus“ sind bereits relativ gut verbreitet, und rangieren an 5. und 6. Stelle der Liste.



Angebot	in % der IFS
Entwicklungspsychol. Beratung/Frühe Interaktionsberatung	60,6
Fachdienste KiTa ((Heil)pädagogische FD, Integrations-FD)	43,1
Psychomotorik u. verwandte Angebote	24,8
Elterntrainings	13,1
Harl.e.kin-Frühgeborenen-Nachsorge	13,1
Autismus-Früherkennung und -therapie	12,4
Elterngruppen	11,7
Eltern/Mutter-Kind-Gruppen	10,9
SI-Therapie (Sensorische Integration)	7,3
Montessori	5,1

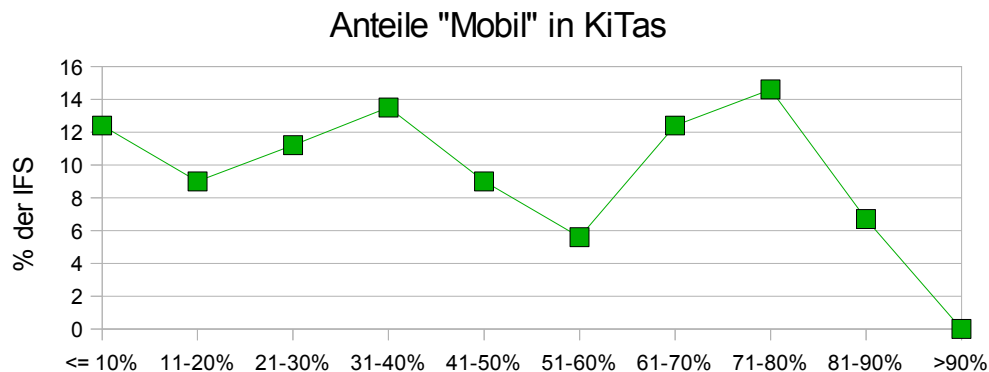
Spezielle Angebote, auf die die bayerischen IFS auf der WebSite der Arbeitsstelle Frühförderung hinweisen. N=137

4. Leistungen der IFS in und für Kindertageseinrichtungen

Die bayerischen IFS erbringen eine Vielzahl verschiedener Leistungen in und für Kindertageseinrichtungen in ihrer Region, beginnend damit, daß die mobile Förderung/Behandlung der Kinder in den KiTas stattfindet, und damit - sozusagen "naturwüchsig" - auch Kontakte zwischen den Frühförderinnen und den Erzieherinnen und anderen Fachpersonen in der KiTa entstehen.

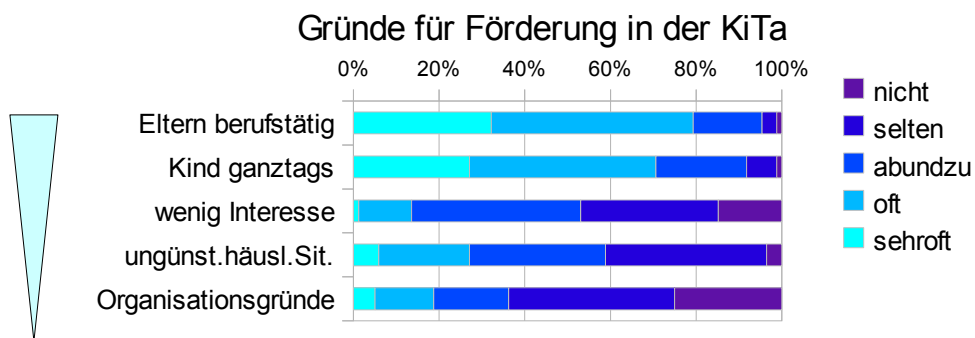
4.1. Die KiTa als Förder-Ort

Die bayerischen IFS erbringen von ihren mobilen Förder/Behandlungseinheiten fast die Hälfte, nämlich 48,2%, in Kindertageseinrichtungen (StAbw 26,3; Min: 0, Max: 90%). Die Verteilung der Anteile zeigt deutliche Spitzen in den Bereichen unter 10%, bei 30-40% und bei 70-80%.



Prozentuale Anteile "Förderung in der KiTa" an den "mobil" erbrachten Leistungen der IFS, Leiterangaben, in % der Einrichtungen, N=88

Die Gründe für die Durchführung der mobilen Frühförderung in der KiTa sind vor allem, daß die Kinder den ganzen Tag in der KiTa sind, und/oder beide Eltern berufstätig, so daß eine Förderung in der Familie (zu vernünftigen Zeiten) nicht in Betracht kommt. Mangelndes Interesse der Eltern oder ungünstige häusliche Situationen sind weitere, aber weniger gewichtige Gründe, ebenso Organisationsgründe in der IFS.



Gründe für die mobile Leistungserbringung in der Kindertageseinrichtung, Leiterangaben, geordnet, prozentual, N max=87,

Die Präsenz der Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen zieht nach sich, daß die Erzieherinnen und Leiterinnen mit ihnen im Kontakt sind, und sich über das Kind, oft auch über andere Kinder oder andere Fragen austauschen. Dementsprechend präsent sind die Kontakte zu Kindertageseinrichtungen auch bei den Leitern: 88,6% von ihnen erwähnen ausdrücklich eine gute fallbezogene Zusammenarbeit mit den Kindertageseinrichtungen, überwiegend sogar an erster Stelle ihrer Aufzählung; als weniger gut beurteilen nur 2,3% diese Zusammenarbeit, nennen aber hier ausdrücklich Kinderkrippen.

Aus Nachfragen ist uns bekannt, daß die mobile Arbeit in Kindertageseinrichtungen meist auf einem Gast-Status der IFS beruht, nur sehr selten eine vertragliche Vereinbarung (z.B. über die zeitweise Überlassung bestimmter Räume) zugrundeliegt. Die IFS sind den KiTas also in diesem Sinne auch "verpflichtet".

4.2. Fachdienste der IFS für Kindertageseinrichtungen

Abgesehen von der Kooperation mit den KiTas im Zuge einer mobilen Leistungserbringung gibt es noch andere Fachdienst-Leistungen von IFS für KiTas.

- Das BayStMAS unterhält insgesamt 18 „Heilpädagogische Fachdienste zur Beratung des Personals in Kindertageseinrichtungen“, von denen 15 an bayerische IFS angebunden sind. Sie nehmen, wie der regelmäßigen Dokumentation der Fachdienste zu entnehmen ist (www.mhfd-bayern.de) schwerpunktmäßig die Aufgabe wahr, Fragen zu Kindern mit auffälliger Entwicklung oder auffälligem Verhalten zusammen mit den Erzieherinnen und Eltern zu klären, und eventuell notwendige Hilfen in die Wege zu leiten.
- 43% der bayerischen IFS berichten in FranzL davon, daß sie für KiTas Fachdienst-Leistungen anbieten. Dabei handelt es sich zum Teil um
 - allgemeinpädagogische oder heilpädagogische Fachdienstleistungen, die allen KiTas im Einzugsbereich zugänglich sind (bei 21,9% der IFS), oder
 - um solche Fachdienstleistungen, die in integrativen Kindertageseinrichtungen oder im Zuge der Einzelintegration von Kindern notwendig sind und durch die IFS erbracht werden (bei 21,2% der IFS).

Die Angebote, die die IFS für KiTas machen, sind unterschiedlich "mächtig", nach dem Ausmaß der Angebote und auch nach der Zahl der KiTas, die in einer Region davon Gebrauch machen können. Da vor allem die Leistungen im Zusammenhang mit Integration/Inklusion in den verschiedenen Regierungsbezirken verschieden gehandhabt werden und durchwegs auf Einzelvereinbarungen zwischen den Bezirken als Kostenträgern und den KiTas basieren, läßt sich darüber kein einheitliches Bild gewinnen.

5. Ressourcen der IFS

5.1. Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Für ihre vielfältigen allgemeinen wie auch speziellen Angebote können die IFS auf entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zurückgreifen. Sie können sich dabei nicht nur auf die Berufsausbildungen stützen, sondern auch auf eine breite Basis verschiedener Zusatzqualifikationen: Immerhin 61,9% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben an, daß sie zu ihrem Grundberuf eine oder mehrere Zusatzqualifikationen erworben haben.

FranzL 2010 fragte nach „beschriebenen Konzepten“, auf die die Mitarbeiterinnen zurückgreifen können; von Interesse waren dabei sowohl Konzepte für die Förderung/Therapie der Kinder, wie auch Qualifikationen für die Zusammenarbeit mit den Eltern. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter gaben hier eine Selbsteinschätzung über ihre Qualifikation, die sich auf mehrere Quellen stützen kann, wie z.B. Schwerpunkte in der Ausbildung, Fort- und Weiterbildungen, Hospitationen und angeleitete Praxiserfahrung, aber auch zertifizierte Zusatzausbildungen.

Der Rangfolge nach sind verbreitet:

Förderung/Behandlung der Kinder	% der MA	Elternberatung/ Interaktionsberatung:	% der MA
Psychomotorik (nach Fischer, Zimmer, Kiphard...)	47,3	Klientenzentrierte Gesprächsführung (Rogers)	46,5
Sensorische Integration nach Ayres	43,3	Familientherapie/ Systemische Beratung	26,0
Basale Stimulation	34,7	Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain)	13,7
Frostig-Konzept	34,2	Videogestützte Beratung (Marte Meo, Video Home Training)	11,9
Montessori-Pädagogik	31,2	Triple-P	9,4
Heilpädagogische Übungsbehandlung (v.Oy, Sagi)	27,3	Interaktionsberatung bei Regulationsstörungen (Papoušek)	9,1
Affolter	24,5	Heidelberger Elterntraining	7,0
Verhaltenstherapie	21,6	SAFE	2,0
Bobath-Therapie	21,0	STEEP	1,5
Personzentrierte Spieltherapie	20,8		
Castillo-Morales-Therapie	13,4		
Mototherapie, Motopädagogik	13,4		
Kinesiologie	11,4		
Kinderpsychotherapie	10,1		
Musiktherapie	9,6		
Pörnbacher-Konzept	9,4		
Manuelle Behandlung	8,5		
Waldorfpädagogik (Steiner), Anthroposophische Konzepte	6,9		
TEACCH	6,9		
Vojta-Therapie	6,7		
Kunsttherapie	5,5		
Feldenkrais	5,0		
Pikler-Konzept	4,5		
Konduktive Pädagogik (Petö)	4,0		
Reiten (Heilpädagogisches, Hippotherapie)	2,7		

Beschriebene Konzepte, auf die die Mitarbeiterinnen zurückgreifen können, in %, Mehrfachnennungen, MA-Angaben, N=596

Neben den von uns vorgegebenen Alternativen konnten auch andere Konzepte benannt werden; das war bei den Konzepten für die Förderung der Kinder bei 23,6% der Mitarbeiterinnen der Fall, bei den Konzepten für die Elternberatung/ Interaktionsberatung bei 14,6% der Mitarbeiterinnen.

Interessanterweise waren die in FranzL 2010 führenden Konzepte „Psychomotorik“ und „klientenzentrierte Gesprächsführung“ bereits in der Untersuchung von Peterander (1993, 447) die meisterworbenen Zusatzqualifikationen.

Die Analyse der "beschriebenen Konzepte" bezogen auf die großen Handlungsfelder Medizin, Pädagogik und Psychologie zeigt auf, daß je nach Berufsfeld bestimmte Schwerpunktsetzungen gegeben sind. Einige Konzepte sind aber sozusagen berufsfeldübergreifend relativ weit verbreitet.

Kindbezogene Konzepte					
Psych	% der MA	Heilpäd (Sammelbegriff)	% der MA	med.-ther.	% der MA
Verhaltenstherapie	52,7	Psychomotorik (nach Fischer, Zimmer, Kiphard...)	59,7	Sensorische Integration nach Ayres	54,1
Personenzentrierte Spieltherapie	43,2	Heilpädagogische Übungsbehandlung (v.Oy, Sagi)	48,3	Bobath-Therapie	44,9
Kinderpsychotherapie	43,2	Sensorische Integration nach Ayres	45,7	Psychomotorik	41,8
Montessori-Pädagogik	13,5	Montessori-Pädagogik	44,3	Affolter	35,2
Frostig-Konzept	12,2	Basale Stimulation	43	Frostig-Konzept	32,7
Psychomotorik	10,8	Frostig-Konzept	41,0	Basale Stimulation	31,1
		Personenzentrierte Spieltherapie	26,7	Castillo-Morales-Therapie	24,5
		Verhaltenstherapie	21,7	Manuelle Behandlung	19,4
		Affolter	21,7	Montessori-Pädagogik	18,4
		Mototherapie, Motopädagogik	18,3	Pörnbacher-Konzept	15,3
		Kinesiologie	16,3	Vojta-Therapie	11,2
		Musiktherapie	14,0	Verhaltenstherapie	10,7
Elternbezogene Konzepte					
Klientenzentr. Gesprächsführ. (Rogers)	59,5	Klientenzentr. Gesprächsführ. (Rogers)	57,3	Klientenzentr. Gesprächsführ. (Rogers)	24,0
Familientherapie/ Systemische Beratung	52,7	Familientherapie/ Systemische Beratung	29,3	Familientherapie/ Systemische Beratung	9,7
Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain)	32,4	Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain)	14,3		
Interaktionsberatung bei Regulationsstörungen (Papoušek)	25,7	Videogestützte Beratung (Marte Meo, Video Home Training)	13,7		
Videogestützte Beratung (Marte Meo, Video Home Training)	16,2	Triple-P	11,3		
Triple-P	12,2				

Verfügung über (Zusatz)Qualifikationen der MA nach Häufigkeit, Werte über 10%, für Medizinisch-therapeutische (N=196), (heil)pädagogische (Sammelbegriff) (N=300) und psychologische (N=74) Fachkräfte

Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind demnach ausgeprägter in den kind-bezogenen Schwerpunkten; in der Zusammenarbeit mit den Eltern sind die Gesprächsführungs- und systemischen Ansätze offenbar für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter durchwegs hilfreich, und haben sich relativ breit auch durchgesetzt.

5.2. Das Arbeitspensum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

5.2.1. Behandlungseinheiten

Mit der Einführung des BayRahmenV FF, den bayernweit einheitlichen Entgelten, und vor allem der Höhe der ausgehandelten Entgelte war auf den Leitungs- und Verbandsebenen sehr bald klar, daß eine kostendeckende Finanzierung der Interdisziplinären Frühförderung nur möglich sein würde mit einer deutlichen Arbeitsverdichtung auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bereits ein Jahr nach Inkrafttreten des Vertrages meldeten uns viele bayerische IFS substantielle Defizit-Erwartungen (Frage zur Lage 2007). Eine Verbesserung der Einnahmesituation der IFS wird als das Mittel der Wahl angesehen; sie ist nur möglich durch eine Mehrung der abgerechneten Behandlungseinheiten, was sich unmittelbar auf das Pensum der MA auswirkt.

Für das Jahr 2010 ergibt sich folgende Verteilung der Pensen (in Behandlungseinheiten/Woche) der angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den bayerischen IFS:

Berufsgruppe	MW	StAbw
Logopädie/Sprachtherapie	34,0	3,9
Ergotherapie	33,5	3,3
Physiotherapie	33,2	4,0
Heilpädagogik	32,7	6,9
Sozialpädagogik	29,7	7,6
Andere*	27,2	11,3
Pädagogik (Univ)	26,9	11,7
Psychologie	25,2	10,8

*"Andere": Etwa zur Hälfte langjährig in den IFS tätige Erzieherinnen, Motopädinnen, Heilerziehungspflegerinnen und anders Qualifizierte, die aufgrund der Bestandsschutzklausel des BayRahmenV FF an den IFS angestellt sind.

Durchschnittliches Wochen-BE-Pensum Mitarbeiterinnen, normiert auf Vollzeit 38,5 Std, 44 Arbeitswochen/Jahr, Mittelwerte und Standardabweichungen, Leiterangaben, N=87

Die Unterschiede in den Mittelwerten sowohl wie auch die sehr verschiedenen großen Standardabweichungen (= Streuungen der Werte um den Mittelwert) weisen darauf hin, daß die IFS verschiedene Schwerpunkte bei den verschiedenen MA setzen. Einige Tätigkeiten in der Frühförderung lassen sich nicht in BE ausdrücken, weil sie entweder pauschal finanziert sind (wie die Eingangsdiagnostik, die Team-Zeiten), oder aber in den Behandlungssatz "eingepreist" sind, wie etwa Verwaltungs-, Zusammenhangs- und übergreifende Tätigkeiten

Über alle IFS hin betrachtet sind für die Gewichte in den Tätigkeitsschwerpunkten der verschiedenen Mitarbeiter-Gruppen folgende Tendenzen beschreibbar:

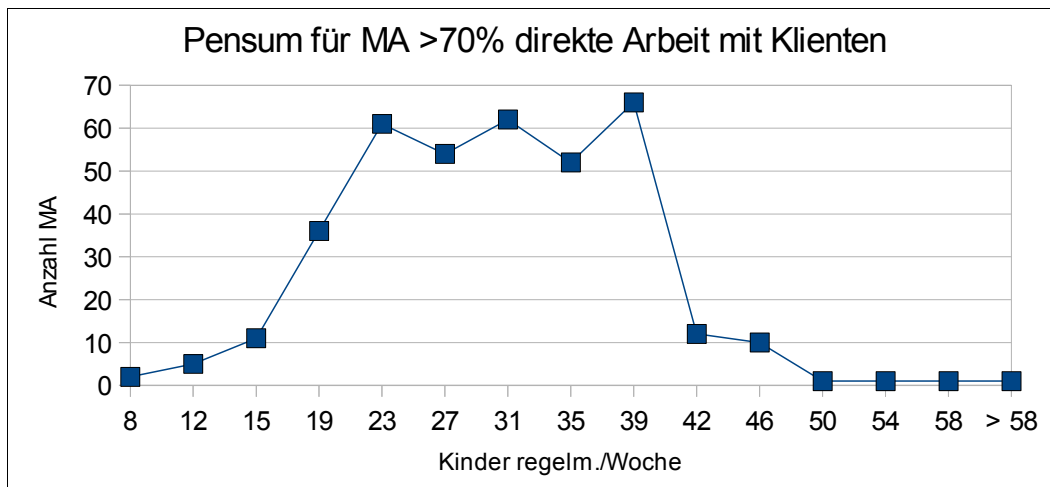
- In der Eingangsphase (Erstkontakt, Offenes Beratungsangebot, Entwicklungsdiagnostik, Erstellung des Förder- und Behandlungsplans) werden eher Psychologen, Pädagogen (Univ) und Sozialpädagogen eingesetzt;
- in der Förderung/Behandlung der Kinder und Beratung der Familien (bzw. KiTas) eher

Heilpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten und teilweise Sozialpädagogen (s.a. Teil I der Resultate).

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Situation derjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den IFS "die Grundlast fahren", d.h. regelmäßig und längerfristig die Kinder fördern/behandeln und die Eltern (bzw. das Fachpersonal in den Kindertageseinrichtungen) beraten.

Wir haben aus den Fragebögen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diejenigen ausgewählt, die in mehr als 70% ihrer Arbeit direkt mit Kindern und Eltern zu tun haben; in diese Gruppe fallen 386 MA. Als "Pensum" bezeichnen wir die i.d.R. wöchentlich betreuten Kinder der Mitarbeiterinnen, standardisiert auf eine Vollzeitkraft mit 38,5 Wochenstunden.

Die Verteilung sieht so aus:



Pensum der MA mit 70% und mehr direkter Arbeit mit dem Kind, normiert auf 38,5 Std/Wo, Mitarbeiter-Daten, absolut, N=386

Die normierten Pensen der Mitarbeiterinnen liegen also mehrheitlich zwischen 23 und 39 Kindern/Woche.

In diesen Durchschnittspensen wird nicht sichtbar, daß Mitarbeiterinnen in der Gruppenförderung mehr Kinder betreuen können als Mitarbeiterinnen, die die Familien zu Hause anfahren. Die verschiedenen Settings beeinflussen also die Zahl der zu betreuenden Kinder (und das damit zu erwirtschaftende Entgelt).

Nicht sichtbar sind auch Kinder mit Doppel-BE. Für sie wird mehr Zeit aufgewendet, was die Kinderzahl wiederum senkt. Doppel-BE sind in der Eingliederungshilfe regelhaft, bei den medizinischen Leistungen bei entsprechender Angabe im Förder- und Behandlungsplan möglich.

Die Gewichtungverhältnisse der verschiedenen Settings (mobil, ambulant, Gruppe, mobil überregional) sind im BayRahmenV FF über die Entgelte bestimmt, und verhalten sich so:

1,0	Kind ambulant 60 Min.
1,58	Kind mobil Krankenkasse
1,34	Kind mobil Eingliederungshilfe
0,47	Kind Gruppe Krankenkasse (60 Min.)
0,56	Kind Gruppe Eingliederungshilfe
1,94	Kind mobil überregional (IFS für Sinnesbehinderte) Eingliederungshilfe

5.2.2. Zusammenhangstätigkeiten

Die Arbeit der Fachkräfte in der Frühförderung schließt mit ein, daß neben der Arbeit mit den Kindern und Eltern (auch "face-to-face" genannt) viele Tätigkeiten notwendig sind, die diese Arbeit ermöglichen, stützen und wirksam werden lassen. Dazu gehören z.B. Vor- und Nachbereitungen, Telefonate mit anderen Fachpersonen (Ärzten, Erzieherinnen,...), Auswertung von Videoaufnahmen, Fallberatungen im Team oder Fall-Team, Berichte und Dokumentationen, Informationsbeschaffung (Lesen, Internetrecherche...), Pflege von Spiel- und Therapiematerial, Verwaltungstätigkeiten (Anträge, Listen, Akten, Telefonate mit Zentralverwaltung...) und anderes.

Die MA wenden für diese Zusammenhangstätigkeiten in etwa folgende Zeitkontingente auf:

	Vor-/ Nachber	Team	Doku	Verw	Info	Tel	Video	Spielmat
Mittl. Anteil an MA-Arbeitszeit	12,9%	8,5%	7,5%	4,5%	4,0%	3,3%	2,6%	2,5%
Std/Wo	5,0	3,3	2,9	1,7	1,5	1,3	1,0	1,0

Zeitkontingente für Zusammenhangs-Tätigkeiten der MA, geordnet, standardisiert auf 38,5 Wochenstunden Arbeitszeit, Mitarbeiter-Daten, MA mit mehr als 70% direkter Arbeit mit Kind/Familie, N=386

Vor- und Nachbereitung sind dabei in der Beschreibung der "Behandlungseinheit" im BayRahmenV FF als deren Bestandteil explizit genannt; der Austausch im Team ist ein eigener Abrechnungstatbestand mit einem vereinbarten Entgelt. Zeit für Video-Auswertungen hat nur ein kleinerer Teil (18,4%) dieser MA angegeben.

Die Summe aus den restlichen Tätigkeiten Doku, Verwaltung, Infobeschaffung, Telefonate, Spielmaterial beträgt 8,4 Wochenstunden. Für Mitarbeiterinnen, deren BE-Pensum schon nahe bei ihrer Wochenarbeitszeit liegt (Logopädie/Sprachtherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Heilpädagogik) bedeutet das eine Auslastung bis an die Grenze oder auch darüber hinaus.

5.3. Räumliche Ausstattung und Dienstfahrzeuge

Alle bayerischen IFS sind Institutionen mit einem realen Standort (Hausadresse) und mit eigenen Räumen. Auch bieten alle IFS - in verschiedenem Umfang - ihre Leistungen auch ambulant an (s. Resultate Teil II). Notwendig sind für die IFS also Räume, und natürlich auch Parkplätze zumindest für die Dienstfahrzeuge oder dienstlich genutzten Privatfahrzeuge für MA im mobilen Dienst, aber auch für die Eltern, die ganz überwiegend mit dem Auto in die IFS kommen (s. Resultate Teil II).

Im Allgemeinen muß eine IFS Räume für folgende Funktionen vorhalten:

- Räume versch. Größe und Ausstattung für Entwicklungsförderung, incl. großer Bewegungs-/Gruppenraum(räume)
- Räume für Beratung
- Wartezone/ Warteraum
- Räume für Sekretariat, Verwaltung, Leitung
- Räume mit Arbeitsplätzen für die MA (Schreibtischtätigkeiten)
- Team-Raum, evtl. auch als Raum für Elterngruppen
- Teeküche, Sanitärräume, Lagerräume für Spielmaterial

Die Raumausstattung liegt im Allgemeinen an den IFS längerfristig fest; beweglich ist zum Teil die Ausnutzung/Mehrfachnutzung der Räume.

Der Raumbedarf an IFS hängt - neben der Nachfrage nach den Leistungen "Offenes Beratungsangebot", "Eingangsdagnostik", Frühförderung als "Komplexleistung" - von einer Reihe anderer Faktoren im Angebot der IFS ab, wie z.B. dem Verhältnis ambulanter zu mobilen Angeboten, Gruppenangeboten, Angeboten an Elterngruppen, und auch Anzahl der Mitarbeiterinnen, Umfang der Leitungsaufgaben, Umfang der in den Räumen der IFS stattfindenden Verwaltungstätigkeiten u.a.m.

Im Schnitt verfügen die bayerischen IFS über folgende Raumausstattung:

Raum für	\bar{x}	StAbw	Max
Förderung/Behandlung	6,2	5,0	35
Bewegungsraum	1,6	1,2	5
Diagnostik	0,9	1,0	6
Beratung	0,7	1,0	5
Team	0,9	0,7	5
Warteraum/Wartezone	1,3	0,9	5
Empfang	0,2	0,4	1
Sekretariat/Verwaltung	1,1	0,7	6
Leitung	0,8	0,5	2
Mitarbeiterinnen	1,3	1,8	9
Teeküche	1,0	0,8	5
Lager	1,6	1,4	9

Durchschnittliche Raumausstattung der bayerischen IFS, Leiterangaben, mit Standardabweichungen und Max-Angaben, N=89. Das Minimum ist in jeder Zeile "0".

Zufrieden mit ihrer räumlichen Situation ist mehr als die Hälfte (54,5%) der bayerischen IFS; ein Drittel der Leiterinnen/Leiter findet, die Raumausstattung "geht so", 12,5% sind unzufrieden. Neue Räumlichkeiten wünschen sich 39,8% der Leiterinnen und Leiter.

Gründe für den Wunsch nach neuen Räumlichkeiten liegen

- z.T. (29% der Nennungen) in den veränderten Bedingungen des BayRahmenV FF ("Komplexleistung" zieht mehr Behandlungen nach sich; Räume müssen für die Koop-Kräfte zur Verfügung gehalten werden; "mobil"-Anteile gehen zurück, Zunahme von Diagnostik-Aufwendungen, Fehlen von Büroraum für die gestiegenen Verwaltungstätigkeiten),
- z.T. (29% der Nennungen) in Veränderungen in der Klientel (mehr Kinder, mehr Bewegungsräume notwendig),
- zum Teil auch (26%) im Ungenügen der bestehenden Räume (Räume zu klein, wichtige Funktionsräume nicht vorhanden, Sanierungsbedürftigkeit der Räume).

Einige der antwortenden IFS ziehen auch bald in neue Räume ein.

In der Ausstattung mit Dienstfahrzeugen für die mobile Frühförderung sind die bayerischen IFS eher zurückhaltend, und bevorzugen häufig die dienstliche Nutzung von Privatfahrzeugen: Auf 1 Dienstfahrzeug kommen 1,7 dienstlich genutzte Privatfahrzeuge.

Auch mit Diensthandys sind die IFS eher sparsam: Mitarbeiterinnen im mobilen Dienst können, um erreichbar zu sein - z.B. um von kurzfristigen Absagen von Familien benachrichtigt werden zu können - nur zu einem kleinen Teil auf Diensthandys zurückgreifen (16,8%); fast zwei Drittel der Mitarbeiterinnen (64,1%) nutzen im Fall ihr privates Handy, fast ein Fünftel (19,1%) ist nicht erreichbar.

	Dienstfahrzeuge	dienstl. genutzte Privatfahrzeuge	Diensthandy Ja
Anzahl	Ø 2,8	Ø 4,9	16,8%
StAbw	2,7	6,2	
Anzahl Max	13	30	

Resumee

Die bislang veröffentlichten Resultate aus "FranzL 2010", und unsere Hintergrund-Recherchen bei den bayerischen Frühförderstellen zu vielen der angesprochenen Punkte, lassen uns folgendes allgemeine Resumee ziehen:

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt, September 2011, stellt die Arbeitsstelle eine Gefährdung der Qualität der Arbeit an den bayerischen IFS fest:

- Die mobile Arbeitsweise nimmt ab;
- Team- und Austauschzeiten werden weniger, bei gestiegenen Anforderungen an Austausch und Kooperation;
- die mobile Arbeit in Kindertageseinrichtungen nimmt zu, mit steigenden Anforderungen an den Kontakt zu den KiTas und deren Fachpersonal;
- die Familienorientierung der IFF wird schwieriger wegen der sich verändernden Situation der Familien (Abnahme von "Familienzeit" in vielen Familien) und der Zunahme von außerfamiliärer Kindertagesbetreuung (Kinder wachsen schon sehr früh in "zwei Welten" auf)
- "schwierige" Familien zu halten ist für die IFS schwieriger und ökonomisch riskanter geworden;
- Die Arbeitsverdichtung und der BE-Druck haben zugenommen, mit Folgen für die Qualität der Angebote an Kinder und Eltern (Stichwort "Großpraxis");
- Kooperations-Kräfte und MitarbeiterInnen auf Honorarbasis - inhaltlich die schwächere Lösung gegenüber Angestellten - stellen eine wirtschaftlich interessante Alternative zu angestelltem Personal dar;
- die Konzept-Entwicklung an den bayerischen IFS hat einen Schwerpunkt in verwaltungskonformer Umsetzung der rechtlichen und finanziellen Grundlagen; inhaltliche Konzepte z.B. zu den Veränderungen bei den Familien, in den KiTas, zur Inklusion, zum Übergang in die Schule... stehen eher hinten.

Um die Qualität der Interdisziplinären Frühförderung an den bayerischen IFS zu erhalten und zu stärken, setzt die Arbeitsstelle Frühförderung auf eine Beachtung zweier wichtiger "Stellgrößen":

- a) die Leistungsfähigkeit der IFS als Institutionen, und
 - b) das Pensum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- a) Die Leistungsfähigkeit der IFS als Institution:**

Die Qualitätsansprüche an eine regionale interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung sind vielfach und ausführlich beschrieben. Um sie halten zu können, müssen die IFS als Institutionen folgende Merkmale aufweisen:

- eine multiprofessionelle Personalzusammensetzung, nach Berufsgruppen, Bildungsabschlüssen, Berufserfahrung;
- ausreichend angestelltes Personal, um die Leistungen vollständig oder überwiegend damit zu erbringen und das Volumen der Leistungen von Kooperationspartnern zu senken
- Möglichkeiten der Sicherung der Expertise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und der Weiterentwicklung des Personals (Fort-, Weiterbildung, Supervision)
- Räume und Fahrzeuge in einem bedarfsgerechten Verhältnis mobil-ambulant
- Vorhaltekapazitäten für das Offene Beratungs-Angebot, die Eingangs-Diagnostik, und für Förder-/Therapieplätze v.a. im Frühjahr
- Kapazitäten für Leitung und regionale Vernetzung
- Kapazitäten für fallübergreifende Qualitätsentwicklung (Fallmanagement, MA mit übergreifenden Aufgaben, Zeiten für Konzeptentwicklung etc.)
- ausreichend Verwaltungskapazität (Logistik, Dokumentation, Abrechnung, Terminüberwachung...)

b) das Pensum der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

- muß enthalten (unterschiedlich je nach Bedarfen von Kindern und Lebenswelten)
 - Zeit für die Förderung der Kinder,
 - Zeit für die Beratung der Eltern
 - zzgl. Zeit für die Beratung der KiTa, Krippe, Tagesmütter...;
 - Zeit für die Netzwerkarbeit im Interesse der Familien (fallbezogen: Arzt, KiTa, SPZ/Klinik, SpFH, KoKi, msH, Ämter,...);
 - Zeit für den bedarfsgerechten interdisziplinären Austausch unter den Fall-Beteiligten + nötigen anderen;
 - Zeit für die Beschaffung von Informationen (Bücher, Zeitschriften, Internet...)
 - Zeit für das Fall-Management
- muß auf die unterschiedlichen Fall-Bedarfe angepaßt werden können (z.B. komplexe Belastungssituationen in Familien bedingen weniger Kapazität für andere Kinder & Familien)
- muß Vorhaltekapazitäten für unerwartete Anforderungen enthalten (krisenhafte Entwicklungen bei Kindern, in Familien; Wartelisten; Beratungsleistungen für Kolleginnen in Fremd-Fällen)
- muß eine ständige Aktualisierung der Expertise der MA ermöglichen (beginnend mit ausreichend Zeit für interdisziplinärem Austausch bis hin zu Weiterbildungen).

Die FranzL-Studie kann dazu dienen, diese Positionen auch mit zahlenmäßigen Eckdaten zu versehen.

München, im Oktober 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

Quellen:

Bayerischer Rahmenvertrag Frühförderung, Fassung vom 1.1.2011

Gemeinsame Vollzugshinweise der Vertragspartner zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 1.7.2009
Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder FrühV vom 24.Juni 2003

"Standards der bayerischen Interdisziplinären Frühförderstellen bezogen auf die Module des BayRahmen V FF.

Ergebnisse aus den Regionalkonferenzen im April und Mai 2009 in allen bayerischen Regierungsbezirken".

http://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/PDFs/Informations-_und_Arbeits-Papiere/Standards_aus_Regionalkonferenzen.pdf

Weitere Detail-Auswertungen aus den FranzL-Daten werden wir sukzessive vorlegen und auf unserer WebSite veröffentlichen.

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%