

An die Mitglieder
des Landesjugendhilfeausschusses

Köln, 26.03.2019
Frau Fischer-Gehlen
Fachbereich 41

Landesjugendhilfeausschuss

Donnerstag, 28.03.2019, 9:30 Uhr

Köln, Landeshaus, Rheinlandsaal

2. Aktualisierte Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschriften
- 2.1. Niederschrift über die 22. Sitzung vom 31.01.2019
- 2.2. Niederschrift über die 23. Sitzung vom 20.02.2019
3. **NEU:** Neukonzeption der Auszeichnungen und Preise des **14/3082 E**
LVR
Berichterstattung: LVR-Direktorin Frau Lubek
4. Frühförderstrukturen
- 4.1. Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den
Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände
Berichterstattung: Herr Dr. Dietrich Engels und Frau Lisa
Huppertz, Institut für Sozialforschung und
Gesellschaftspolitik, Köln
- 4.2. Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den **14/3267 K**
Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände
Berichterstattung: LVR-Dezernent Herr Bahr-Hedemann
5. Bericht über den Stand der Umsetzungen des BTHG
Berichterstattung: LVR-Dezernent Herr Bahr-Hedemann
6. Überblick über die Angebote für Systemsprenger in der
LVR-Jugendhilfe Rheinland
Berichterstattung: Betriebsleiter der LVR-Jugendhilfe
Rheinland, Herr Sudeck-Wehr

7. **NEU:** Bericht aus dem IAK "Zukunft der Modellförderung" **14/3290 K**
vom 18.03.2019
Berichterstattung: LVR-Dezernent Herr Bahr-Hedemann
8. Aktuelle Entwicklungen in der frühkindlichen Bildung
Berichterstattung: LVR-Dezernent Herr Bahr-Hedemann
9. Mitteilungen der Verwaltung
10. Anfragen und Anträge
11. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

12. Niederschriften
 - 12.1. Niederschrift über die 22. Sitzung vom 31.01.2019
 - 12.2. Niederschrift über die 23. Sitzung vom 20.02.2019
13. Anfragen und Anträge
14. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

N a t u s - C a n

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

TOP 2 Niederschriften

Beratende Mitglieder

Alich-Meyer, Roswitha
Sütterlin-Müsse, Maren
Wegner-Hens, Katja

Verwaltung:

LVR-Dezernent Kinder, Jugend und Familie	Herr Bahr
Leiter LVR-Fachbereich Quer- schnittsaufgaben und Transferleistungen	Herr Bruchhaus
Leiterin LVR-Fachbereich Kinder und Familie	Frau Clauß
Leiter LVR-Fachbereich Jugend	Herr Göbel
LVR-Fachbereich Jugend	Herr Schönberger (TOP 4)
Leiter LVR-Fachbereich Soziales Entschädigungsrecht	Herr Anders (TOP 5)
Leiter Stabsstelle AuB	Herr Naylor (TOP 5)
LVR-Fachbereich Querschnitts- aufgaben und Transferleistungen	Frau Fischer-Gehlen (Protokoll)

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 29.11.2018
3. Projekt „Gehört werden!“ –
Einmaliger Antrag auf Gewährung von besonderen
Verfügungsmitteln im Produkt Inklusion für die
Finanzierung von Gebärdensprachdolmetscherinnen/
Gebärdensprachdolmetschern **14/3158 E**
4. Die Anerkennung als freier Träger der Jugendhilfe durch
den LJHA gemäß
§ 75 SGB VIII **14/3121 K**
5. Rückblick auf den Fonds Heimerziehung und Ausblick auf
die Stiftung Anerkennung und Hilfe **14/3111 E**
6. Seelische Gesundheit von Kindern **14/3112 K**
7. Aktuelle Entwicklungen in der frühkindlichen Bildung **14/3150 K**
8. Umsetzung des AG BTHG
9. Bericht aus den Sitzungen des Betriebsausschusses LVR-
Jugendhilfe Rheinland vom 18.09., 09.11.2018 und
29.01.2019
10. Mitteilungen der Verwaltung
11. Beschlusskontrolle
12. Anfragen und Anträge
13. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

14. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 29.11.2018
15. Bericht aus den Sitzungen des Betriebsausschusses LVR-
Jugendhilfe Rheinland vom 18.09., 19.11.2018 und
29.01.2019
16. Beschlusskontrolle
17. Anfragen und Anträge
18. Verschiedenes

Beginn der Sitzung: 09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil: 11:50 Uhr

Ende nichtöffentlicher Teil: 11:55 Uhr
Ende der Sitzung: 11:55 Uhr

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird anerkannt.

Punkt 2

Niederschrift über die 21. Sitzung vom 29.11.2018

Die Niederschrift wird ohne Anmerkungen anerkannt.

Punkt 3

Projekt „Gehört werden!“ –

Einmaliger Antrag auf Gewährung von besonderen Verfügungsmitteln im Produkt Inklusion für die Finanzierung von Gebärdensprachdolmetscherinnen/ Gebärdensprachdolmetschern Vorlage 14/3158

LVR-Dezernent Herr Bahr weist auf die vom 06. bis 08.05.2019 stattfindende Veranstaltung in Duisburg hin, zu der sich erstmalig landesweit gehörlose Kinder und Jugendliche aus einer Erziehungshilfeeinrichtung im Rheinland angemeldet haben. Um ihnen die Teilnahme zu ermöglichen, sollen Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher eingesetzt werden. Die Mittel stammen aus dem Sonderbudget Inklusion. Der LWL erkläre sich bereit, für die nächste Veranstaltung Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetscher zur Verfügung zu stellen.

Der Landesjugendhilfeausschuss beschließt **einstimmig** empfehlend:

Für die im Mai 2019 stattfindende Veranstaltung im Rahmen des Projektes „Gehört werden!“ werden gemäß Vorlage 14/3158 zusätzlich 5.000 Euro bereitgestellt. Diese Mittel sollen ausschließlich für den Einsatz von Gebärdendolmetscherinnen/Gebärdendolmetscher zur Verfügung stehen und werden aus dem Sonderbudget Inklusion bereitgestellt.

Punkt 4

Die Anerkennung als freier Träger der Jugendhilfe durch den LJHA gemäß § 75 SGB VIII Vorlage 14/3121

Auf Nachfrage der Vorsitzenden erläutert **Herr Schönberger**, dass eine förmliche Aberkennung grundsätzlich einen entsprechenden Beschluss des Landesjugendhilfeausschusses erfordert, der dann mittels eines rechtsmittelfähigen Bescheides an die Träger vollzogen werden müsste. Dies setze aber voraus, dass die Träger noch zu ermitteln seien, was in vielen Fällen nicht mehr möglich ist. Im Rahmen der Überprüfung des weiteren Vorliegens der Voraussetzungen der Anerkennung hätten

aber sehr viele Träger erklärt, dass sie auf die Anerkennung verzichten, bzw. diese nicht mehr benötigten, da die Anerkennung des LVR-Landesjugendamtes Rheinland durch eine Anerkennung des Landes NRW obsolet geworden sei. Aus diesem Grund habe sich bisher noch keine Notwendigkeit ergeben, eine förmliche Aberkennung in den Landesjugendhilfeausschuss einzubringen.

Der Ausschuss nimmt die Vorlage 14/3121 zur Kenntnis.

Punkt 5

Rückblick auf den Fonds Heimerziehung und Ausblick auf die Stiftung

Anerkennung und Hilfe

Vorlage 14/3111

LVR-Dezernent Herr Bahr erläutert die Vorlage, die in der vorgelegten Form von der üblichen Darstellung abweiche. In dieser Vorlage kommen Betroffene zu Wort. Die Ausschussmitglieder bedanken sich für die Vorlage, die tiefe Betroffenheit ausgelöst habe.

Auf die Frage nach der Beweisführung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) berichtet **Herr Anders**, dass gemäß OEG in alle Richtungen ermittelt werde, um Beweise von Missbrauch und Ausbeutung zu erhalten, damit Ausgleichszahlungen getätigt werden können. Leider seien Ausgleichszahlungen nach dem OEG für ehemalige Heimkinder nur sehr schwer durchsetzbar, da die direkte Kausalität zwischen erlittenem Unrecht und medizinischer Beeinträchtigung sehr schwer nachzuvollziehen sei.

Anmerkung der Verwaltung: Die Ausschussmitglieder baten um Auskunft zur Anzahl der Leistungsanträge nach dem OEG durch ehemalige Heimkinder, Sachstand zum 01.02.2019:

<i>Anzahl der Anträge insgesamt:</i>	<i>100</i>
<i>Frauen</i>	<i>22</i>
<i>Männer</i>	<i>78</i>
<i>Bewilligte Anträge</i>	<i>35</i>
<i>Abgelehnte Anträge</i>	<i>35</i>
<i>Laufende Antragsverfahren</i>	<i>30</i>

Auf die Frage, ob Mädchen und junge Frauen seinerzeit in Heimen anders als Jungen behandelt worden seien, antwortet **Herr Naylor**, dass dies oft so gewesen sei. Besonders der erzwungene Arbeitsalltag sei nach dem damaligen Rollenverständnis gestaltet worden: Die Mädchen arbeiteten in der Küche, der Wäscherei und auch in der Kinder- und Altenpflege. Schwangere junge Frauen hätten manchmal bis zur Geburt arbeiten müssen. Oft seien sie dann von ihren Kindern getrennt worden, die in die Säuglingsstation gekommen sind.

Die Mitglieder halten eine Dokumentation für erforderlich und zollen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Anlauf- und Beratungsstelle Respekt für ihre schwierige Beratungsarbeit.

LVR-Dezernent Herr Bahr geht auf Nachfrage auf heutige Regelungen ein. So sei die Erteilung von Betriebserlaubnissen zum Schutz und Wohl der Kinder eingeführt worden. Neu geregelt werden müsse die Möglichkeit von unangemeldeten Kontrollen in Einrichtungen.

Herr Anders weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Opfer von Gewalt, unabhängig von Erziehungsformen, generell nach dem OEG entschädigt werden können.

Herr Göbel spricht in diesem Zusammenhang den aktuellen Fall von Kindesmissbrauch in Lügde an, bei dem unter anderem auch ein Pflegekind massiv missbraucht worden sei. Er erinnert, dass das LVR-Landesjugendamt sich dafür eingesetzt habe, dass eine Pflegefachkraft nicht mehr als 35 Familien betreuen soll. Das LVR-Landesjugendamt setze sich weiterhin für gemeinsame Standards für Pflegekinderdienste ein.

Der Landesjugendhilfeausschuss beschließt **einstimmig** empfehlend:

1. Die Absicht der Verwaltung, die Fallakten der Anlauf- und Beratungsstelle Rheinland (AuB) zu dokumentarischen Zwecken intern aufzuarbeiten, wird zur Kenntnis genommen. Ziel ist die wissenschaftliche Untersuchung der Vorgänge zu einem späteren Zeitpunkt.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, sich bei der anstehenden Reform des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) für die Berücksichtigung der Belange der ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohner von Jugendhilfeheimen, Behinderteneinrichtungen und Psychiatrien einzusetzen.
3. Die Verwaltung richtet einen Appell an den Lenkungsausschuss der Stiftung, die Regularien hinsichtlich des Prinzips „Vorrang der Leistungen des OEG vor Leistungen der Stiftung“ zu ändern. Dadurch sollen in begründeten Fällen auch Leistungen nach dem OEG neben einem Leistungsbezug über die Stiftung Anerkennung und Hilfe möglich sein.
4. Die Beratungstätigkeit der AuB für ehemalige Heimkinder soll in Abstimmung mit dem Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration NRW und dem LWL nach Möglichkeit verlängert werden.

Punkt 6

Seelische Gesundheit von Kindern

Vorlage 14/3112

LVR-Dezernent Herr Bahr erläutert die Vorlage. Die Verwaltung wurde mit der Umsetzung des Beschlusses zum Haushaltsantrag 14/225/1 beauftragt. Mit der Vorlage lege die Verwaltung den aktuellen Stand und die Skizze der Umsetzungskonzeptionierung eines Kooperationsverbundes vor. Das LVR-Landesjugendamt sei derzeit in Gesprächen mit mehreren Kommunen. Der Umgang mit besonders schwierigen Kindern und Jugendlichen werde weiter ausgebaut. So konnten individualpädagogische Maßnahmen in den Einrichtungen der LVR-Jugendhilfe Rheinland gute Ergebnisse erzielen. Aktuell würden weitere Kommunen gesucht, mit denen auf diesem Gebiet zusammengearbeitet werden könne.

Herr Schnitzler regt an, den Leiter der LVR-Jugendhilfeeinrichtung in Solingen, Halfeshof, Herrn Repp in eine der nächsten Sitzungen einzuladen. Er hält es für dringend erforderlich, dass sich die einzelnen Akteure und Kostenträger vernetzen und sieht den LVR mit seinem Knowhow als Impulsgeber.

Frau Hardt-Zumdick bemängelt, dass Hilfe durch unterschiedliche Hilfeformen für die Betroffenen oft zu spät und falsch gewährt würde.

Frau Schmitt-Promny regt an, die LVR-Jugendhilfe Rheinland als aktiven Partner bei der frühen Begleitung mit einzubeziehen. Die Strukturen dafür müssten schon früh in den Blick genommen werden.

Die Vorsitzende fragt, was der LVR leisten könne. Der Verwaltungsvorstand müsse sich mit dem Thema beschäftigen, wie die Systeme zusammenarbeiten können.

Herr Göbel berichtet, dass bereits Gespräche mit Jugendämtern und freien Trägern geführt wurden. Er gehe jedoch von langfristigen Verhandlungen aus.

Der Zwischenbericht zur Umsetzung des Beschlusses zum Antrag Nr. 14/225/1 CDU, SPD „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen“ wird gemäß Vorlage 14/3112 zur Kenntnis genommen.

Punkt 7

Aktuelle Entwicklungen in der frühkindlichen Bildung

Vorlage 14/3150

Frau Clauß berichtet mittels einer Power-Point-Präsentation über die anstehende KiBiz-Reform. Als Fazit wird festgehalten, dass die Reform eine finanzielle Auskömmlichkeit und Zukunftssicherung garantiere und die investive Förderung verstetige. Bedenkenswert sei, dass keine Standardverbesserung vorgesehen sei sowie keine Entbürokratisierung erfolge.

Der Vortrag wird als Anlage beigelegt.

LVR-Dezernent Herr Bahr informiert, dass derzeit lediglich die Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration NRW (MKFFI) und der AG kommunaler Spitzenverbände vorliege, ein Referentenentwurf sei aktuell für Ende März angekündigt. Bezüglich des zweiten beitragsfreien Kindergartenjahres liege lediglich eine Pressemitteilung des MKFFI vor.

Frau Schmitt-Promny bittet im Hinblick auf die Standardverbesserung weiterhin um eine kritische Begleitung.

Die Vorlage Nr.14/3150 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 8

Umsetzung des AG BTHG

LVR-Dezernent Herr Bahr berichtet, dass derzeit drei Vertragswerke verhandelt würden:

Das erste Vertragswerk sei der Entwurf einer Rahmenvereinbarung NRW der Landschaftsverbände und der Kommunalen Spitzenverbände.

Beim zweiten Vertragswerk handle es sich um den Landesrahmenvertrag für Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 131 SGB IX. Verhandlungspartner seien die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Kommunalen Spitzenverbände und die Landschaftsverbände. Eine Reihe von Leistungsbeschreibungen seien erarbeitet worden. Als nächster Schritt werde es um die Finanzierungen der einzelnen Leistungen gehen und um die Formulierung des Allgemeinen Teils des Landesrahmenvertrages.

Bei dem dritten Vertragswerk handle es sich um die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Vertragspartner seien die Landschaftsverbände, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Krankenkassen.

Nach dem AG-BTHG werde das LVR-Dezernat 4 zum 01.01.2020

Eingliederungshilfeträger für verschiedene Leistungen. Es sei noch nicht abschließend geklärt, wie die Übernahme der Fälle vonstatten gehen werde. Derzeit gehe man von bis zu 30.000 Fällen nur für das Rheinland aus, die sich bereits in einem Fördersystem befinden. Die Schwierigkeit der aktuellen Fallzahlermittlung liege auch darin, dass die Bundes- und Landesstatistik für die betroffenen Bereiche die Fallzahlen nicht umfassend ausweisen. Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik führe im Auftrag der Landschaftsverbände eine Erhebung durch. Das Ergebnis der Untersuchung würde dem Ausschuss zur Verfügung gestellt.

Es sei unbedingt zu vermeiden, die Förderprozesse durch Zuständigkeitswechsel zu unterbrechen. Dabei sei auch das Problem einzubeziehen, dass verschiedene Kommunen die Bewilligungen zeitlich bis zum 31.12.2019 befristen. Derzeit würden Überlegungen angestellt, eine vorübergehende Delegation der Bestandsfälle umzusetzen. Angedacht sei ein Zeitraum von bis zu zwei Jahren, ggfls. mit der Verlängerung um ein weiteres Jahr. Alle Neufälle ab dem 01.01.2020 würden durch die Landschaftsverbände bearbeitet. Ziel sei, die Delegationssatzung bis zum September 2019 fertigzustellen. Nach Abschluss werde sie den Gremien vorgelegt.

Auf Nachfrage der Vorsitzenden erklärt **LVR-Dezernent Herr Bahr**, dass neben den Beratungsstellen, die nach § 106 SGB IX für die Beratung zuständig würden, auch Verwaltungskräfte für die verwaltungsmäßige Bearbeitung der Fälle zum Stellenplan 2020/2021 angemeldet würden.

Der Bericht von LVR-Dezernent Herrn Bahr wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 9

Bericht aus den Sitzungen des Betriebsausschusses LVR-Jugendhilfe Rheinland vom 18.09., 09.11.2018 und 29.01.2019

LVR-Dezernent Herr Bahr berichtet über die befristeten Beschäftigungsverhältnisse in der LVR-Jugendhilfe Rheinland.

Der Bericht wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 10

Mitteilungen der Verwaltung

Frau Clauß informiert, dass die Abschlussveranstaltung zur Kita-Rheinland-Studie nicht wie vorgesehen am 07.05.2019 stattfinden könne. Der neue Termin werde noch bekannt gegeben.

LVR-Dezernent Herr Bahr berichtet über das Projekt "Eigenständige Jugendpolitik in kommunaler Verantwortung". Hierbei gehe es um eine strukturelle Verankerung von Kinder- und Jugendbeteiligung in Kommunen. Der Prozess werde durch die Landesjugendämter begleitet. Eine NRW-weite digitale Vernetzung werde angestrebt. Eine Jugendhilfekonferenz, die alle kommunalen Akteure beteiligt, werde für Herbst 2019 vorgeschlagen. Weitere Informationen erfolgen.

Die Mitteilungen werden zur Kenntnis genommen.

Punkt 11

Beschlusskontrolle

Die Beschlusskontrolle wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 12

Anfragen und Anträge

Es liegen keine Anfragen und Anträge vor.

Punkt 13
Verschiedenes

Es gibt keine Wortmeldungen.

Langerwehe, 17.02.2019

Die Vorsitzende

N a t u s - C a n

Köln, 13.02.2019

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

B a h r - H e d e m a n n



Vereinbarung
zwischen
den kommunalen Spitzenverbänden in
Nordrhein-Westfalen
und
dem Minister für Kinder, Familie, Flüchtlinge und
Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
über
Eckpunkte für eine Reform des
Kinderbildungsgesetzes
vom 08.01.2019



1. Auskömmlichkeit der Kindpauschalen

Berechnung der Kindpauschalen auf Grundlage der bisherigen Standards:

Beispiel - Gruppe Typ I, 45 Betreuungsstunden

- Erster Wert - MUSS:
99 Fachkraftstunden - Grundlage für die Betriebserlaubnis
 - Zweiter Wert - SOLL:
Zzgl. 17,5 Personalstunden - vereinbarter Qualitätsstandard
- > Begrenzung der Rücklagenhöhe
> Zukunftssicherung durch Indexierung der Kindpauschalen
-



2. Kosten und Kostenteilung der Auskömmlichkeit

Bereitstellung von 750 Millionen Euro

- getragen von Land und Kommunen
- keine zusätzliche Belastung von Trägern und Eltern

Senkung des **prozentualen** Trägereigenanteils :

- | | | | |
|------------------------|------|---|--------|
| ▪ Kirchlich: | 12 % | > | 10,7 % |
| ▪ Andere freie Träger: | 9 % | > | 7,9 % |
| ▪ Elterninitiativen: | 4 % | > | 3,5 % |

Der **absolute** Trägereigenanteil bleibt unverändert.

Senkung des fiktiven Elternanteils:	19 %	>	16,9 %
-------------------------------------	------	---	--------



3. Senkung des kommunalen Trägereigenanteils

Der kommunale Trägereigenanteil sinkt zusätzlich um 6%

- Bereitstellung von 120 Millionen Euro
- Kostenteilung zwischen Land und Kommunen
- Verrechnung mit dem Belastungsausgleichgesetz



4. Weitere Vereinbarungen im Eckpunktepapier

- Flexibilisierung der Öffnungszeiten
Bereitstellung von 120 Millionen Euro, davon 100 durch das Land
 - Dauerhafte investive Landesförderung
 - Revisionsklausel
-



5. Fazit

Begrüßenswert

- Herstellung der
Auskömmlichkeit und
Zukunftssicherung
- Verstetigung der
investiven Förderung

Bedenkenswert

- Keine
Standardverbesserung
 - Voraussichtlich keine
Entbürokratisierung
-

Niederschrift
über die 23. Sitzung des Landesjugendhilfeausschusses
am 20.02.2019 in Köln, Messe, Congress Centrum Ost,
Congress-Saal Sektion 1, 4. Obergeschoss
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Natus-Can M.A., Astrid
Pütz, Susanne
Tondorf, Bernd

Vorsitzende

SPD

Holtmann-Schnieder, Ursula
Schnitzler, Stephan

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Blanke, Andreas
Schmitt-Promny M.A., Karin

für Deussen-Dopstadt, Gabi

FDP

Hermann, Petra

Die Linke.

Meurer, Dieter

FREIE WÄHLER

Fink, Hans-Jürgen beratendes Mitglied

Wohlfahrtsverbände/Jugendverbände

Kavermann, Cornelia
Koch, Susanne
Lemken, Volker
Siemens-Weibring, Helga

beratende Mitglieder

Alich-Meyer, Roswitha

Diaz, Antonio
Dr. Trost-Brinkues, Gabriele
Pabst, Barbara
Wegner-Hens, Katja
Weidinger, Claus A.

für Dr. Lange, Rudolf

Verwaltung:

LVR-Dezernent Kinder, Jugend und Familie	Herr Bahr
Leiter LVR-Fachbereich Querschnitts- aufgaben und Transferleistungen	Herr Bruchhaus
Leiterin LVR-Fachbereich Kinder, Jugend und Familie	Frau Clauß
Leiter LVR-Fachbereich Jugend	Herr Göbel
LVR-Fachbereich Querschnitts- aufgaben und Transferleistungen	Frau Fischer-Gehlen (Protokoll)

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 22. Sitzung vom 31.01.2019
3. Impulsvortrag zum Thema "Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung" aus wissenschaftlicher Sicht
4. Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung aus Sicht eines Trägers
5. Anfragen und Anträge
6. Verschiedenes

Beratungsgrundlage

Nichtöffentliche Sitzung

7. Niederschrift über die 22. Sitzung vom 31.01.2019
8. Anfragen und Anträge
9. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	14:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	15:50 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	15:50 Uhr
Ende der Sitzung:	15:50 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung verpflichtet **die Vorsitzende** Frau Dr. Trost-Brinkhues auf gewissenhafte und gesetzmäßige Wahrnehmung ihrer Aufgaben als sachkundige Bürgerin im Landesjugendhilfeausschuss.

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Die Vorsitzende begrüßt alle Anwesenden, insbesondere die beiden Referentinnen, die Gäste der Didacta Bildungsmesse und die interessierten Bürgerinnen und Bürger.

Die Tagesordnung wird anerkannt.

Punkt 2

Niederschrift über die 22. Sitzung vom 31.01.2019

Die Niederschrift folgt.

Punkt 3

Impulsvortrag zum Thema "Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung" aus wissenschaftlicher Sicht

Frau Prof. Dr. König gibt mit ihrem Impulsvortrag eine wissenschaftliche Einordnung zum Thema. Sie referiert insbesondere über die Strategien zur Fachkräftegewinnung. Sie macht deutlich, dass es seit 2011 einen kontinuierlichen Geburtenanstieg gebe, der sich unmittelbar im Fachkräftebedarf für den Kita-Bereich niederschlägt. Auch deshalb sei der personenbezogene Dienstleistungssektor der Arbeitsmarkt der Zukunft. Der Sektor "frühe Bildung" wachse dreimal schneller als der Gesamtarbeitsmarkt. Dieses kontinuierliche Wachstum mache sich besonders seit dem Jahr 2006 im Bereich "Kindertagesstätten und Kindertagespflege" bemerkbar. Die Fachschulausbildung stelle die stärkste Ausbildungsgruppe mit ca. 40.000 Personen pro Jahr deutschlandweit. Das Fachschulformat Praxisintegrierte Ausbildung (PIA) ändere sich derzeit dahingehend, dass die Attraktivität in der Gewährung von Vergütung von Anfang an liege. Problematisch seien die noch überdurchschnittlichen Befristungen von Arbeitsverträgen.

Als Fazit hält Frau Prof. Dr. König fest, dass der frühe Bildungssektor als attraktives Arbeitsfeld wahrgenommen werde. Wichtig sei jetzt aber, dass die Berufe im Kita-Bereich über die gesamte Lebensspanne attraktiv blieben.

In der sich anschließenden Diskussion geht Frau Prof. Dr. König auf die Fragen der Zuhörer ein, die sich um die Finanzierbarkeit der PIA-Ausbildung, Förderung der pädagogischen Ausbildung insbesondere am und mit dem Kind und dem Angebot von unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten drehen. Positiv wird die duale Ausbildungsmöglichkeit von Fachschulausbildung und Hochschulstudium gesehen. Dieses System sei aber noch ausbaufähig.

Der Vortrag von Frau Prof. Dr. König ist der Niederschrift als Anlage (**Anlage 1**) beigelegt.

Der Vortrag von Frau Prof. Dr. König wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 4

Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung aus Sicht eines Trägers

Frau Ricken-Melchert gibt mit ihrem Vortrag einen Einblick in die Praxis der Fachkräftegewinnung und -bindung.

Zum 01.07.2017 wurden die Kreismäuse AÖR gegründet, bis zum 01.08.2019 werde die Trägerschaft von 16 Kindertagesstätten angestrebt. Daher stehe der Träger in Bezug auf die Fachkräftegewinnung vor vielfältigen Herausforderungen. Vor Beginn der Gründung wurden Qualitätsstandards entwickelt, ein Feedback/Besprechungsmanagement eingeführt und Fortbildungen und Qualifizierungen angeboten. Wichtig sei auch die Stärkung des "Wir-Gefühls" durch Sonderaktionen. Neu einzustellende Fachkräfte würden durch Mentoren in der Einarbeitungsphase intensiv begleitet. Die Fachkräftegewinnung erfolge insbesondere über die Homepage, soziale Medien und Berufskollegs und erfolge in der Regel unbefristet.

In der sich anschließenden Diskussion wird nach Ausbildung und der Fluktuation des Personals und nach der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf gefragt. Frau Ricken-Melchert antwortet, dass zur Begleitung der Auszubildenden Mentoren bereitstünden, die die Ausbildung der Praktikant*innen engmaschig begleiten. Gemeinsam im Team werde jeweils besprochen, wie auch unbeliebte Randzeiten abgedeckt werden könnten und wie Kolleg*innen bei Bedarf Unterstützung zur Realisierung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erhalten können.

Der Vortrag von Frau Ricken-Melchert wird der Niederschrift als Anlage (**Anlage 2**) beigelegt.

beigefügt.

Punkt 5
Anfragen und Anträge

Es liegen keine Anfragen und Anträge vor.

Punkt 6
Verschiedenes

Es gibt keine Wortmeldungen.

Langerwehe, 11.02.2019

Die Vorsitzende

N a t u s - C a n

Köln, 27.02.2019

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

B a h r - H e d e m a n n

A large, stylized graphic of a human figure in a light blue color. The head is a solid circle, and the body is a simple, blocky shape with a rectangular torso and a triangular base for legs. The figure is positioned on the right side of the slide, partially overlapping the main text area.

Fachkräftegewinnung und -entwicklung

Kindertagesbetreuung im Spiegel der amtlichen Statistik

Öffentliche Sitzung
Landesjugendhilfeausschuss Rheinland

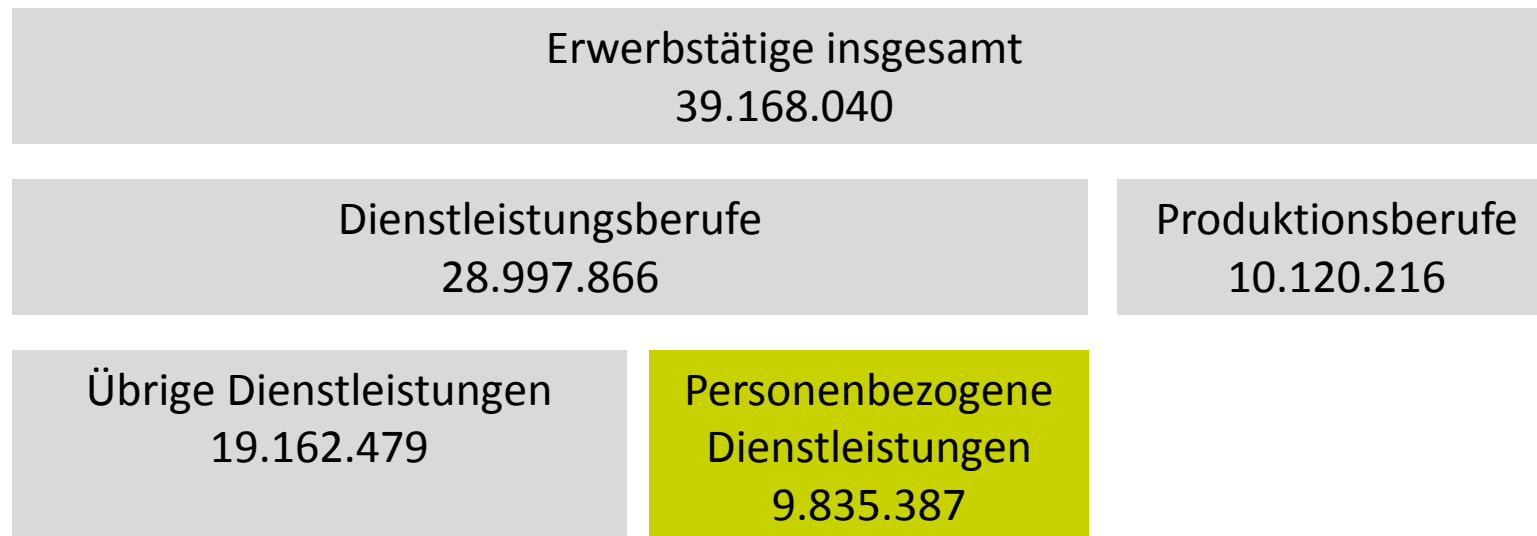
Prof. Dr. Anke König
Deutsches Jugendinstitut e.V. München und Universität Vechta

Köln, 20.02.2019

Überblick

- Gesamtarbeitsmarkt
- Ausbildungsressourcen
- Demographischer Wandel
- Stärken und Schwächen
- Fazit und Diskussion:
Personalgewinnung und -entwicklung

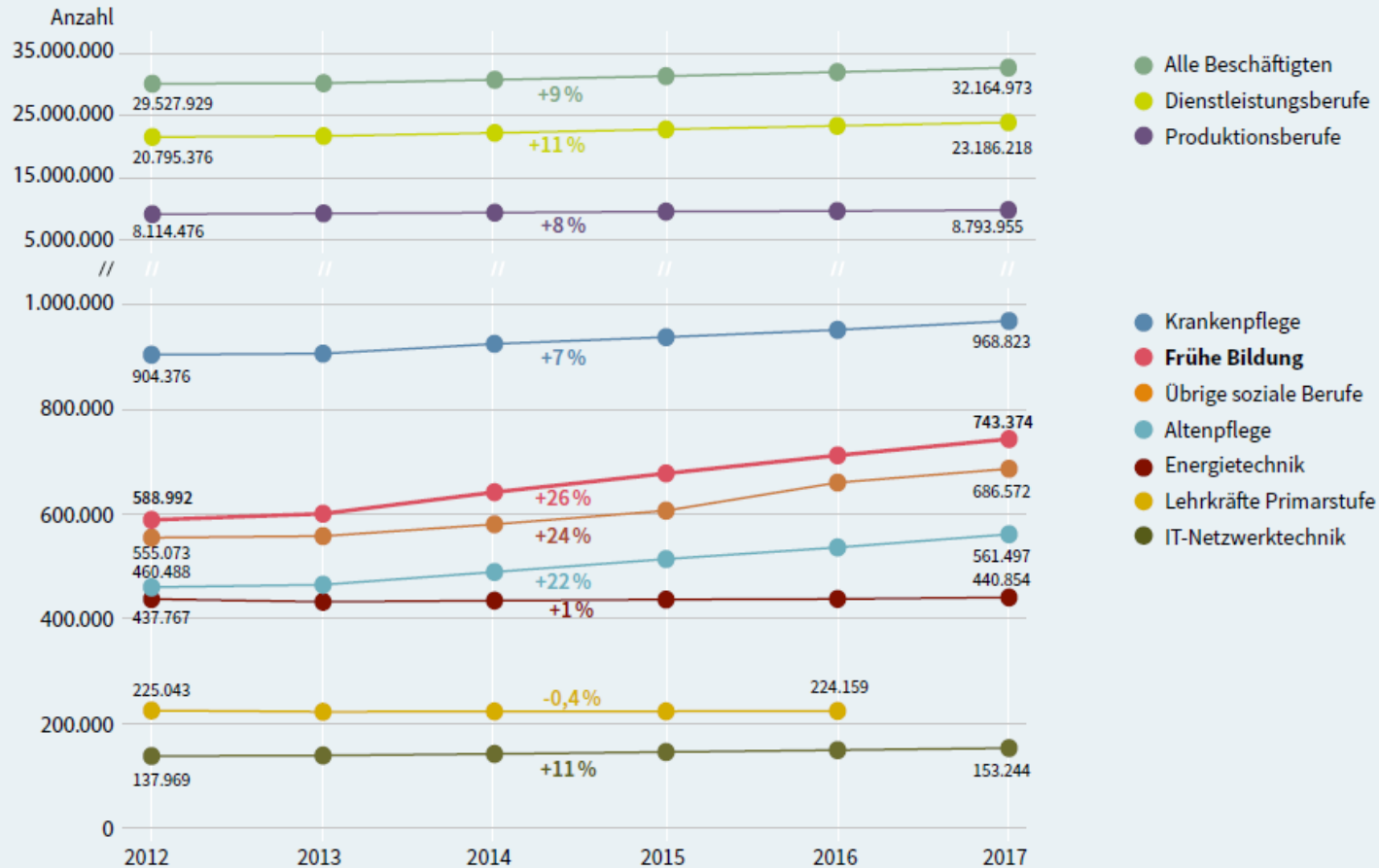
Personenbezogene Dienstleistungen und Produktionsberufe haben sich in ihrer Größe angenähert



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2016; eigene Berechnungen
Autorengruppe Fachkräftebarometer 2019

Die Frühe Bildung (+26%) wächst dreimal schneller als der Gesamtarbeitsmarkt (+9%)

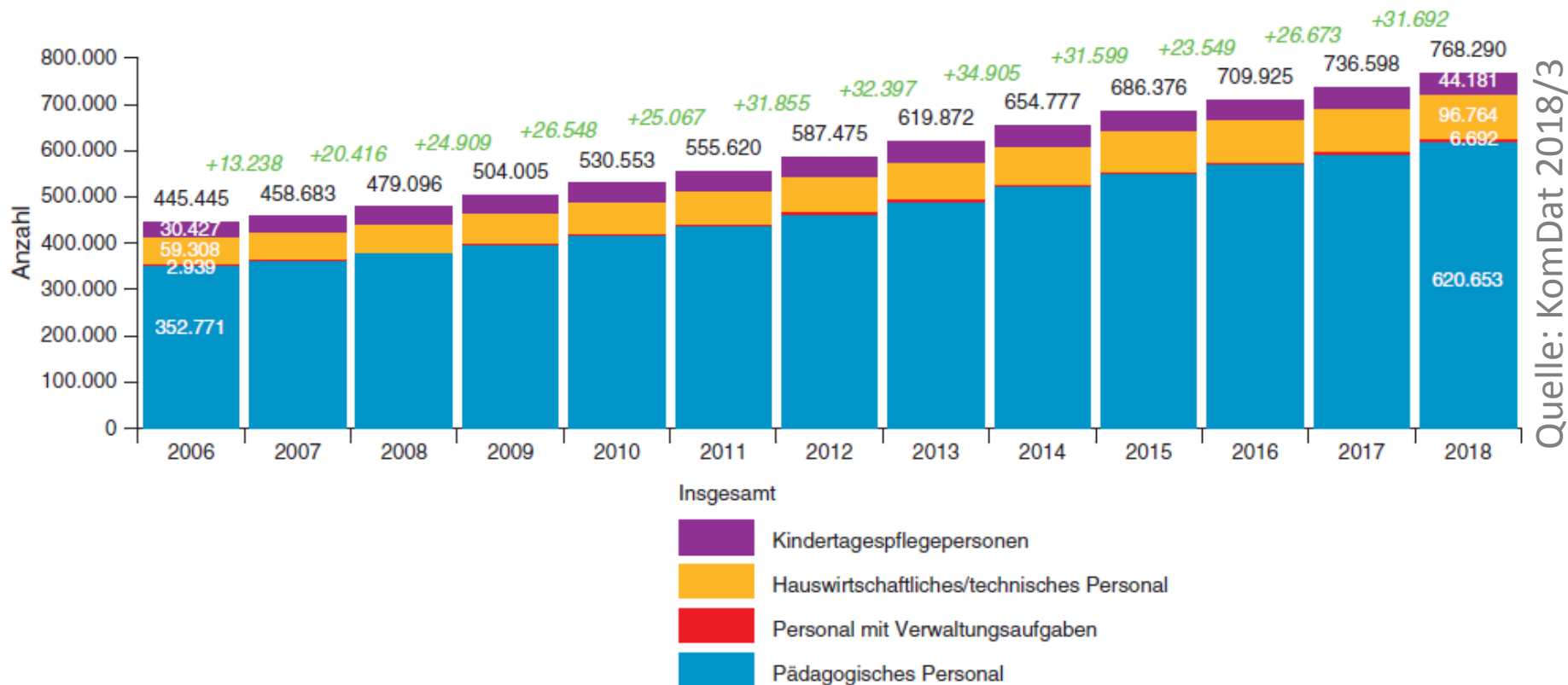
Abb. 4.4 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Frühen Bildung im Vergleich zu ausgewählten Berufen 2012 bis 2017 (Deutschland; Anzahl; Veränderung in %)¹



¹ Inklusive Auszubildende, ohne geringfügig Beschäftigte, ohne Beamte, ohne Selbstständige; Stichtag: 30.06., 2012: 31.12. Daten nach der rückwirkenden Revision von 2014. Lehrkräfte Primarstufe: inklusive stundenweise Beschäftigte Lehrkräfte, inklusive Beamte. Weitere Anmerkungen ► M5.

Personalwachstum Kita

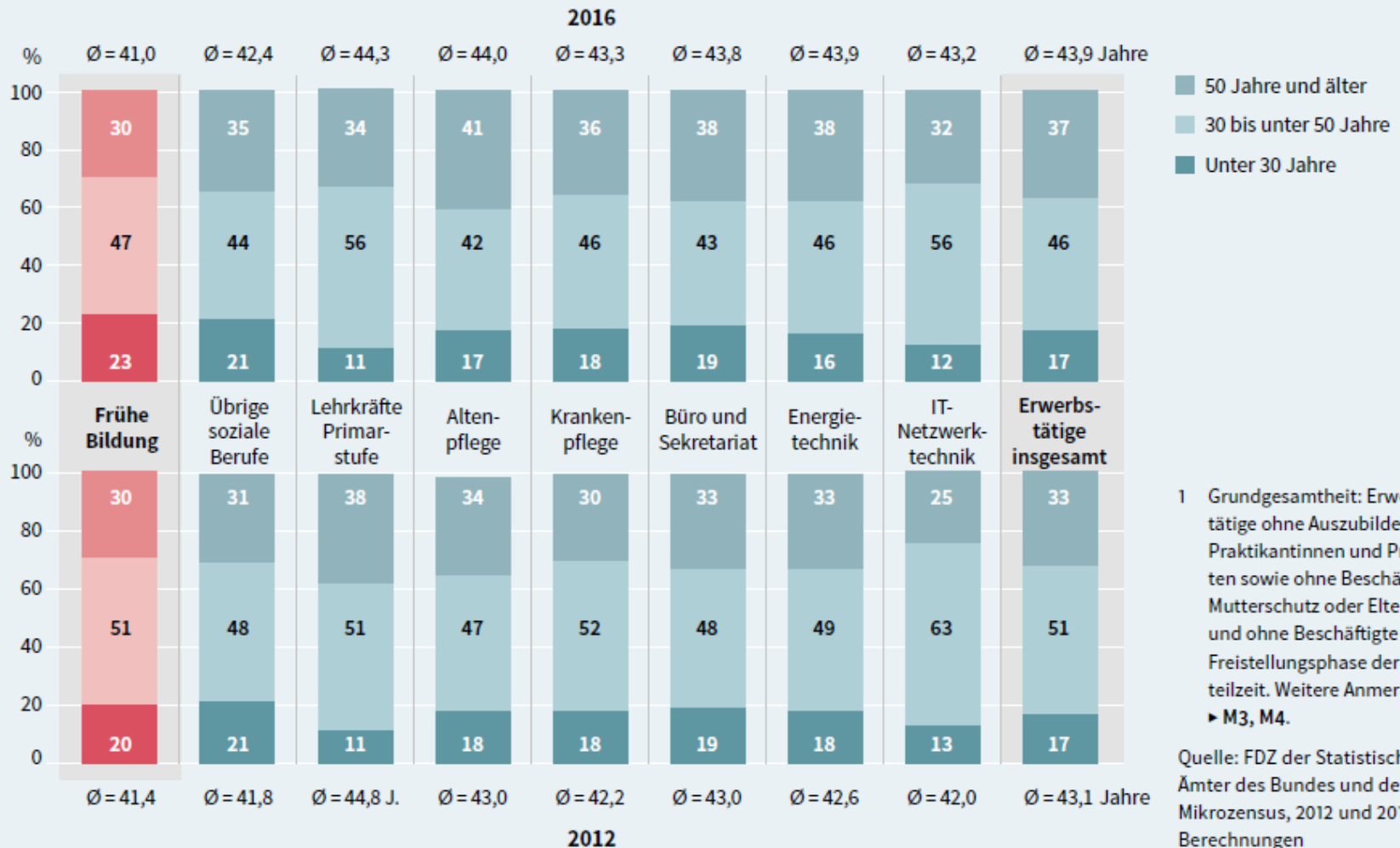
Abb. 1: Tätige Personen in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (Deutschland; 2006 bis 2018; Angaben absolut)



Quelle: StaBa: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Tagespflege; versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen

Das Durchschnittsalter in der Frühen Bildung – steigt trotz allgemeinen Trend – zwischen 2012 und 2016 nicht weiter an

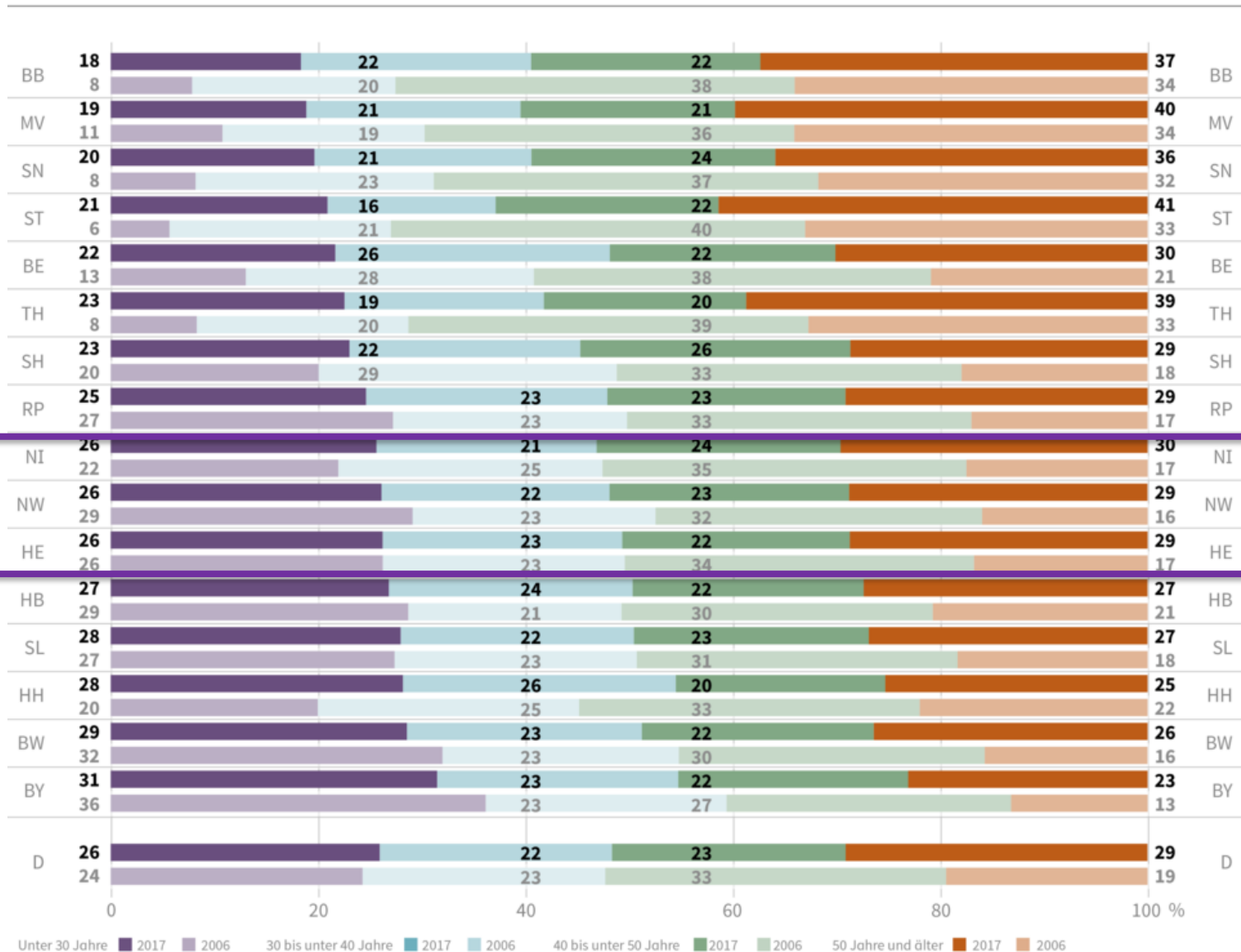
Abb. 4.8 Altersstruktur in der Frühen Bildung im Vergleich zu ausgewählten Berufen 2012 und 2016 (Deutschland; in %; Mittelwert)¹



1 Grundgesamtheit: Erwerbstätige ohne Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie ohne Beschäftigte in Mutterschutz oder Elternzeit und ohne Beschäftigte in der Freistellungsphase der Alterszeit. Weitere Anmerkungen ► M3, M4.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, 2012 und 2016 eigene Berechnungen

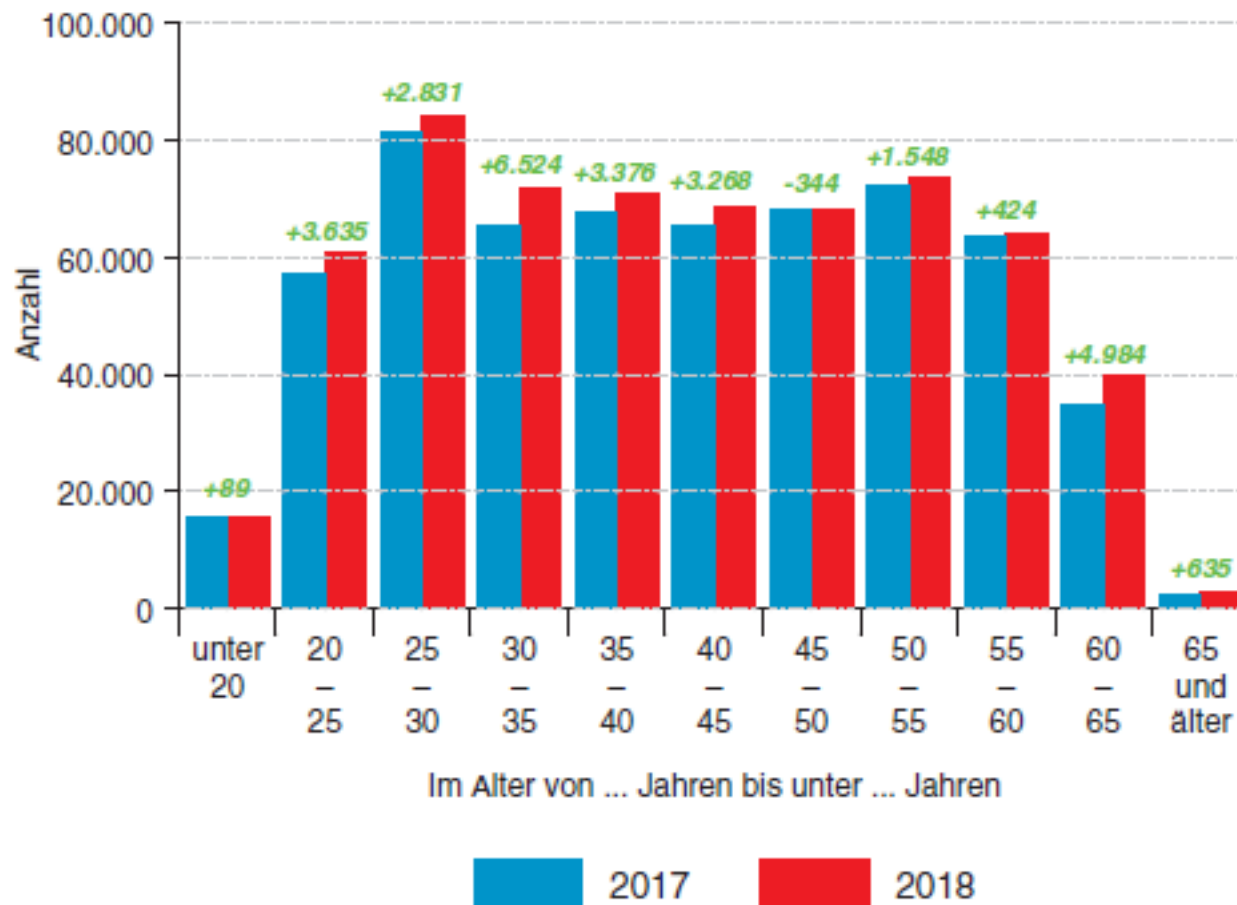
Pädagogisches und leitendes Personal nach Altersgruppen 2006 und 2017 (in %)¹



¹ Pädagogisches und leitendes Personal ohne Verwaltung (im ersten Arbeitsbereich); inklusive Horte.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, 2006 und 2017; eigene Berechnungen

Abb. 2: Pädagogisches Personal in Kitas nach Altersgruppen (Deutschland; 2017 und 2018; Angaben absolut)

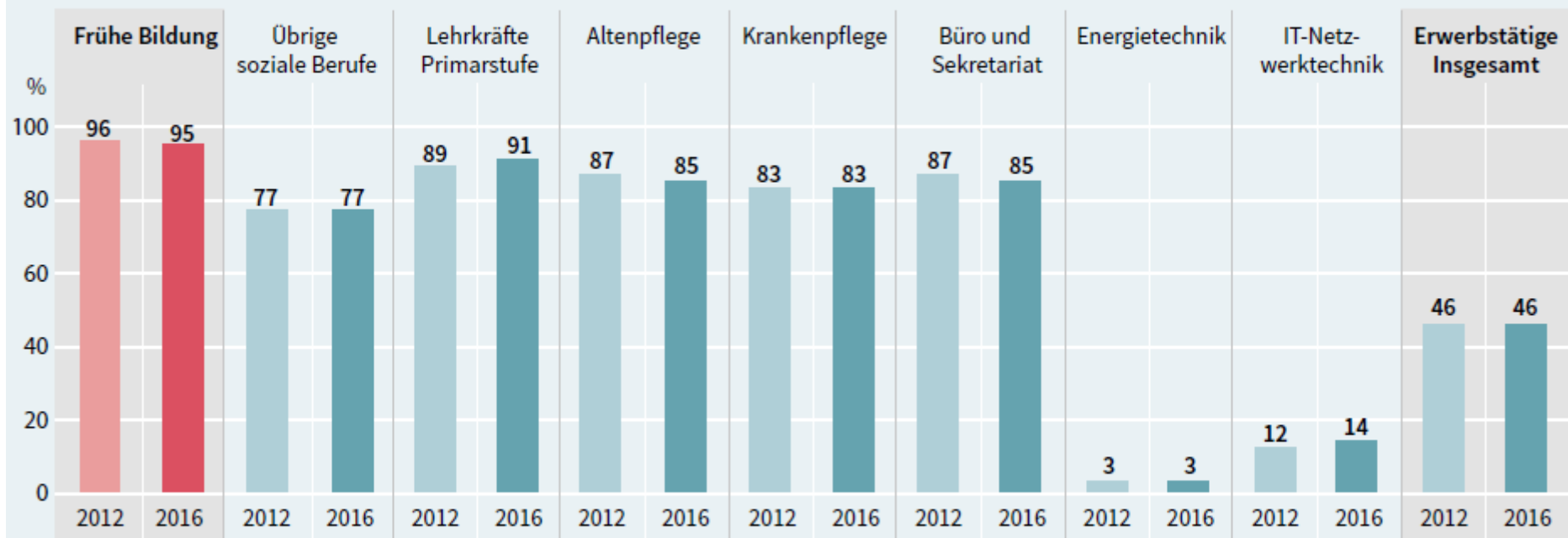


Quelle: StaBa: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Tagespflege; versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen

Quelle: KomDat 2018/3

Die Frühe Bildung ist mit einer Frauenquote von 95% der Bereich mit der dritthöchsten Frauenquote aller Berufsgruppen

Abb. 4.7 Frauenquote in der Frühen Bildung im Vergleich zu ausgewählten Berufen 2012 und 2016 (Deutschland; Anzahl; in %)¹



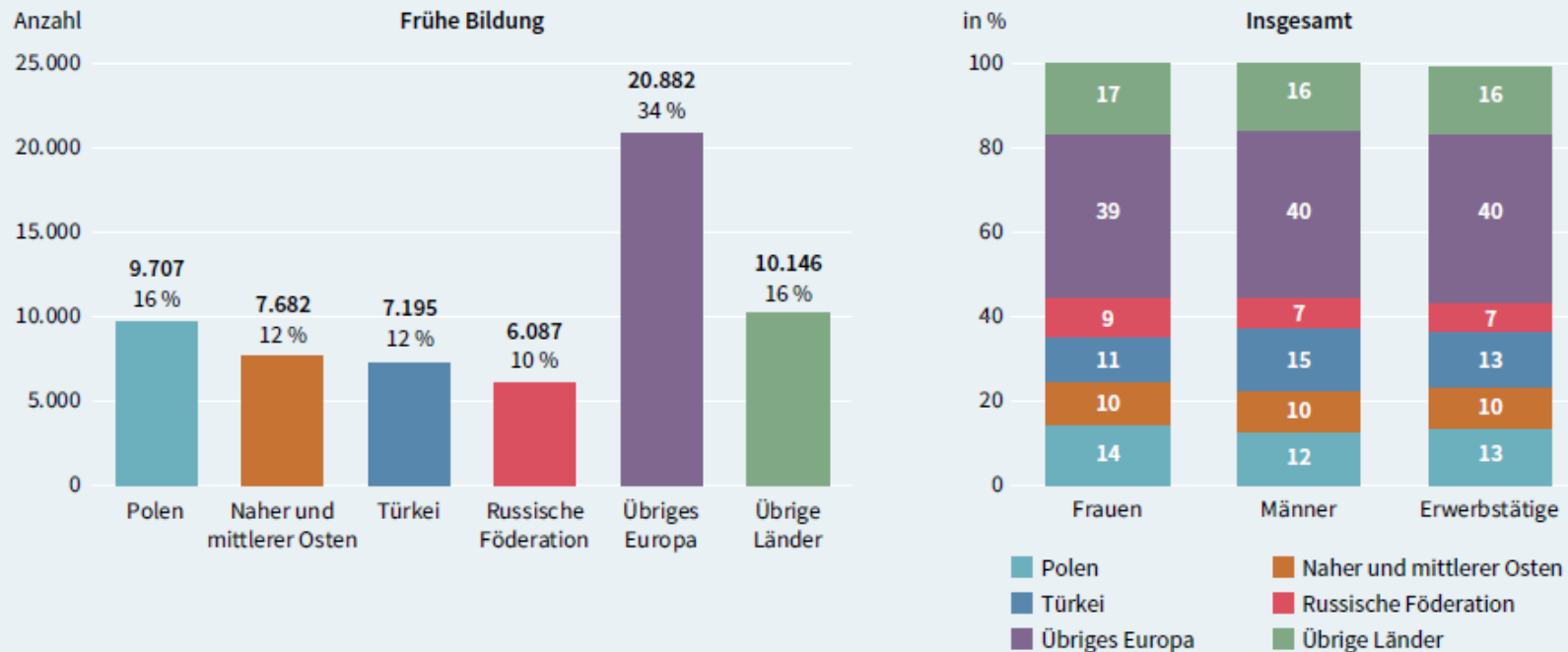
¹ Grundgesamtheit: Erwerbstätige ohne Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie ohne Beschäftigte in Mutterschutz oder Elternzeit und ohne Beschäftigte in der Freistellungsphase der Altersteilzeit. Weitere Anmerkungen ► M3, M4.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, 2012 und 2016 eigene Berechnungen

Quelle: Autorengruppe Fachkräftebarometer 2019

Der Anteil an Erwerbstätigen in der Frühen Bildung mit Migrationshintergrund ist seit 2012 von 11,4 auf 13,1% angestiegen

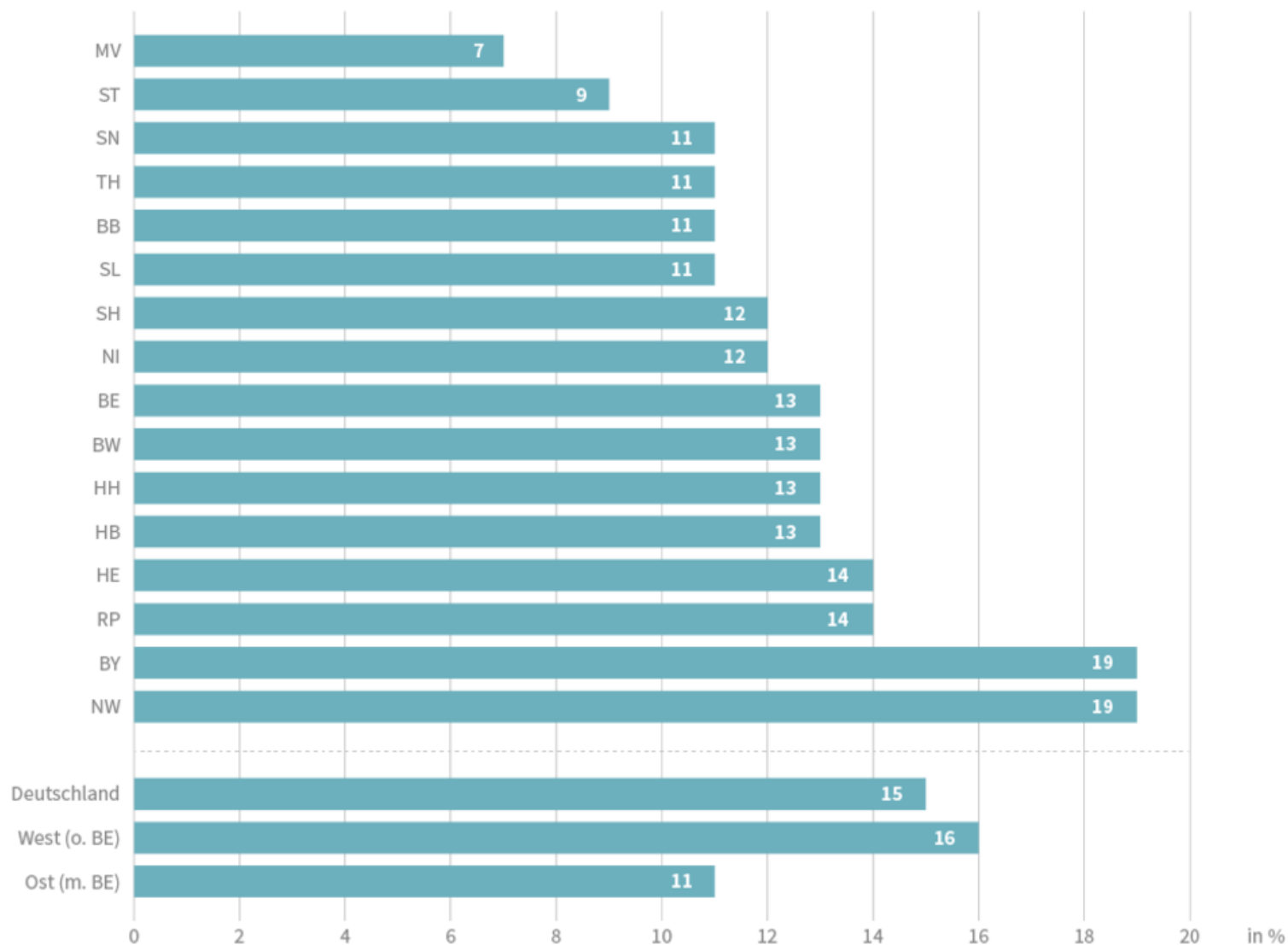
Abb. 4.5 Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in der Frühen Bildung nach (erweitertem) Herkunftsland 2016 (Deutschland; Anzahl; in %)¹



¹ Grundgesamtheit: Erwerbstätige ohne Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie ohne Beschäftigte in Mutterschutz oder Elternzeit und ohne Beschäftigte in der Freistellungsphase der Altersteilzeit. Weitere Anmerkungen ► M3, M4.

Migrationshintergrund: Im Mikrozensus wird folgende Definition des Migrationshintergrundes verwendet: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ (Statistisches Bundesamt 2018a, S. 4). Es können jedoch nicht alle Personen mit Migrationshintergrund nach dieser Definition eindeutig identifiziert werden ► M1.

(Erweitertes) Herkunftsland: Ursprüngliche Staatsangehörigkeit bzw. (ursprüngliche) Staatsangehörigkeit der Eltern/eines Elternteils.



¹ Inklusive Horte. Pädagogisches und leitendes Personal ohne Verwaltung (im ersten Arbeitsbereich). Ohne übriges pädagogisches Personal (Praktikanten, Auszubildende, Freiwilligendienst und Sonstige).

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege, 2017; eigene Berechnungen

Ausbildungsniveaus in den Teams

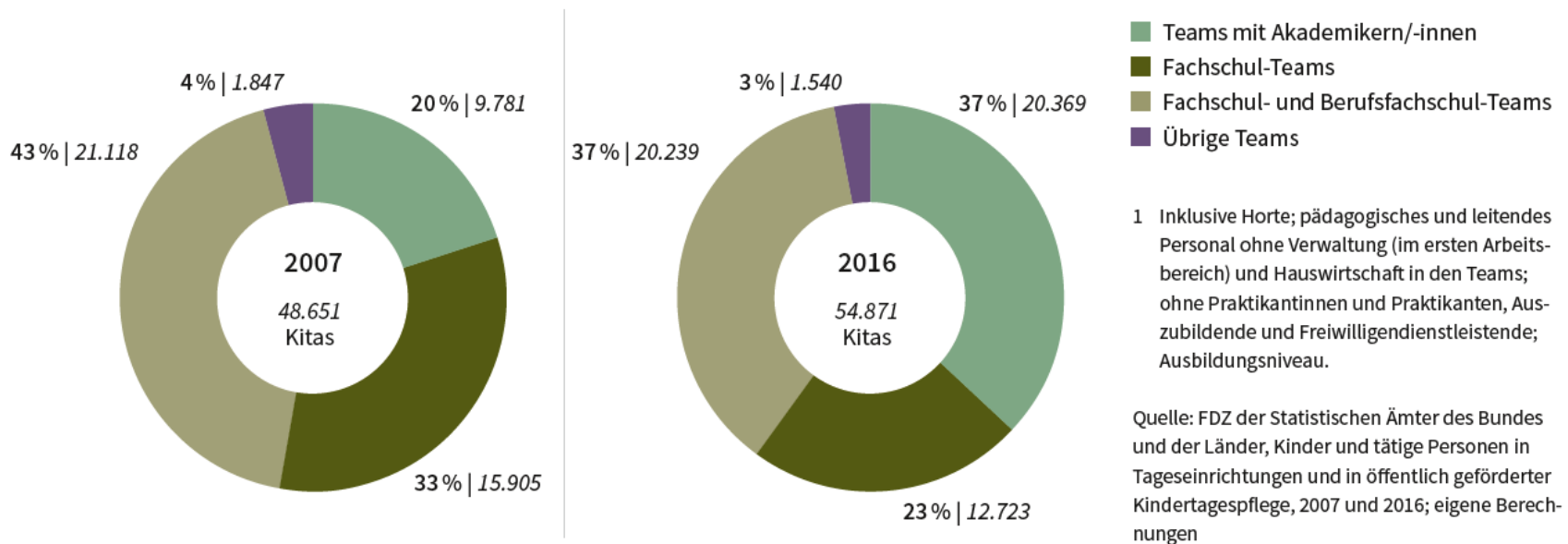
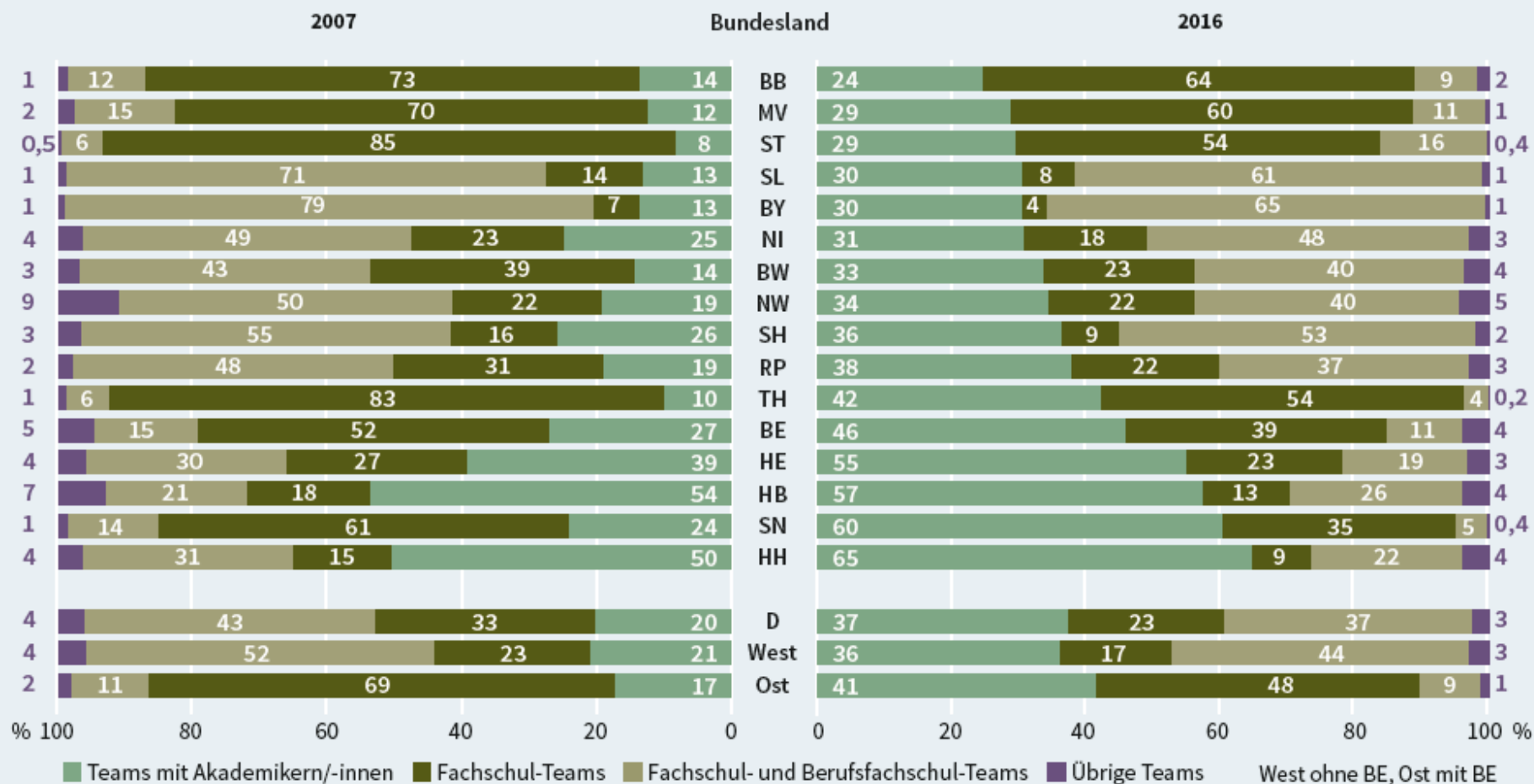


Abb. 3.9 Kindertageseinrichtungen nach Ausbildungsniveau und Ländern 2007 und 2016 (in %)¹



¹ Inklusive Horte; pädagogisches und leitendes Personal ohne Verwaltung (im ersten Arbeitsbereich) und Hauswirtschaft in den Teams; ohne Praktikantinnen und Praktikanten, Auszubildende und Freiwilligendienstleistende; Ausbildungsniveau ►M2.

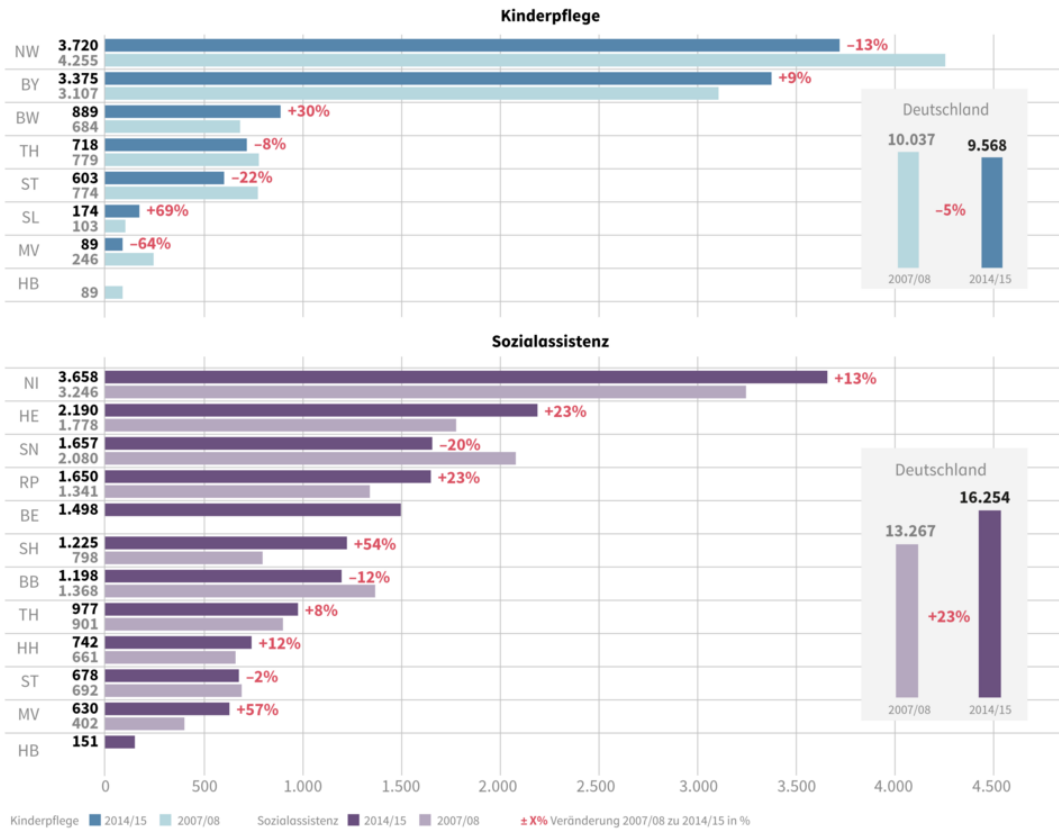
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege, 2007 und 2016; eigene Berechnungen

Ressourcen



Berufsfachschulausbildung

Schülerinnen und Schüler im ersten Jahr der Kinderpflege- und Sozialassistentenausbildung in den Schuljahren 2007/08 und 2014/15 (Anzahl; Veränderung in %) ^{1,2,3,4,5}

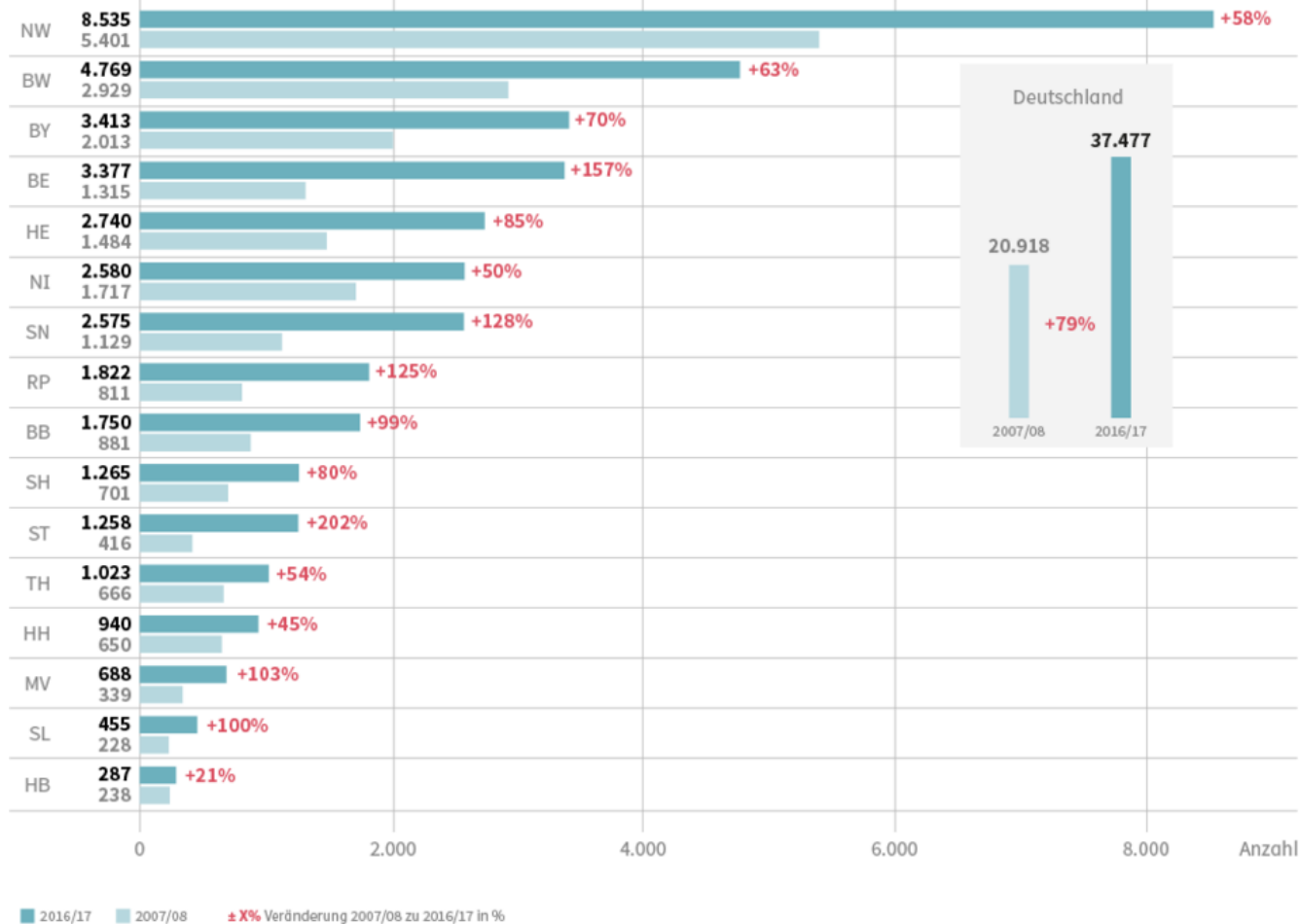


- 1 HB: Kinderpflegeausbildung seit 01.08.2011 eingestellt. Das letzte Ausbildungsjahr endete am 31.07.2013. Der Bildungsgang Sozialpädagogische Assistenz wurde erstmals im Schuljahr 2011/12 eingeführt. Für das Schuljahr 2014/15 liegen keine Daten zu den Schülerinnen und Schülern im ersten Jahr der Sozialassistentenausbildung vor. Es wurde der Wert des Vorjahres übernommen.
- 2 MV: Der Bildungsgang Kinderpflege läuft aus und wird nicht mehr an öffentlichen Berufsfachschulen angeboten (letzte Eingangsklasse: 2007/08). Zum Schuljahr 2012/13 bieten noch zwei Berufsfachschulen in freier Trägerschaft den Bildungsgang an.
- 3 BE: Der Bildungsgang Sozialassistenten wurde erstmals im Schuljahr 2008/09 eingeführt.
- 4 NI: Im Schuljahr 2007/08 enthalten die Daten der Sozialassistentenausbildung Familienpflege und Sozialpädagogik. Erst ab 2011/12 wurde nur die Sozialassistenten Sozialpädagogik ausgewiesen.
- 5 HB, HH und SH: Die Berufsbezeichnung der Sozialassistentenausbildung lautet „Sozialpädagogische Assistentin/Sozialpädagogischer Assistent“.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2, verschiedene Jahrgänge, sowie ergänzende Tabellen zur Fachserie; Statistische Landesämter: WIFF-Länderabfrage, verschiedene Jahrgänge

Fachschulausbildung

Schülerinnen und Schüler im 1. Jahr der Erzieherinnen- und Erzieherausbildung in den Schuljahren 2007/08 und 2016/17 (Anzahl; Veränderung in %)¹



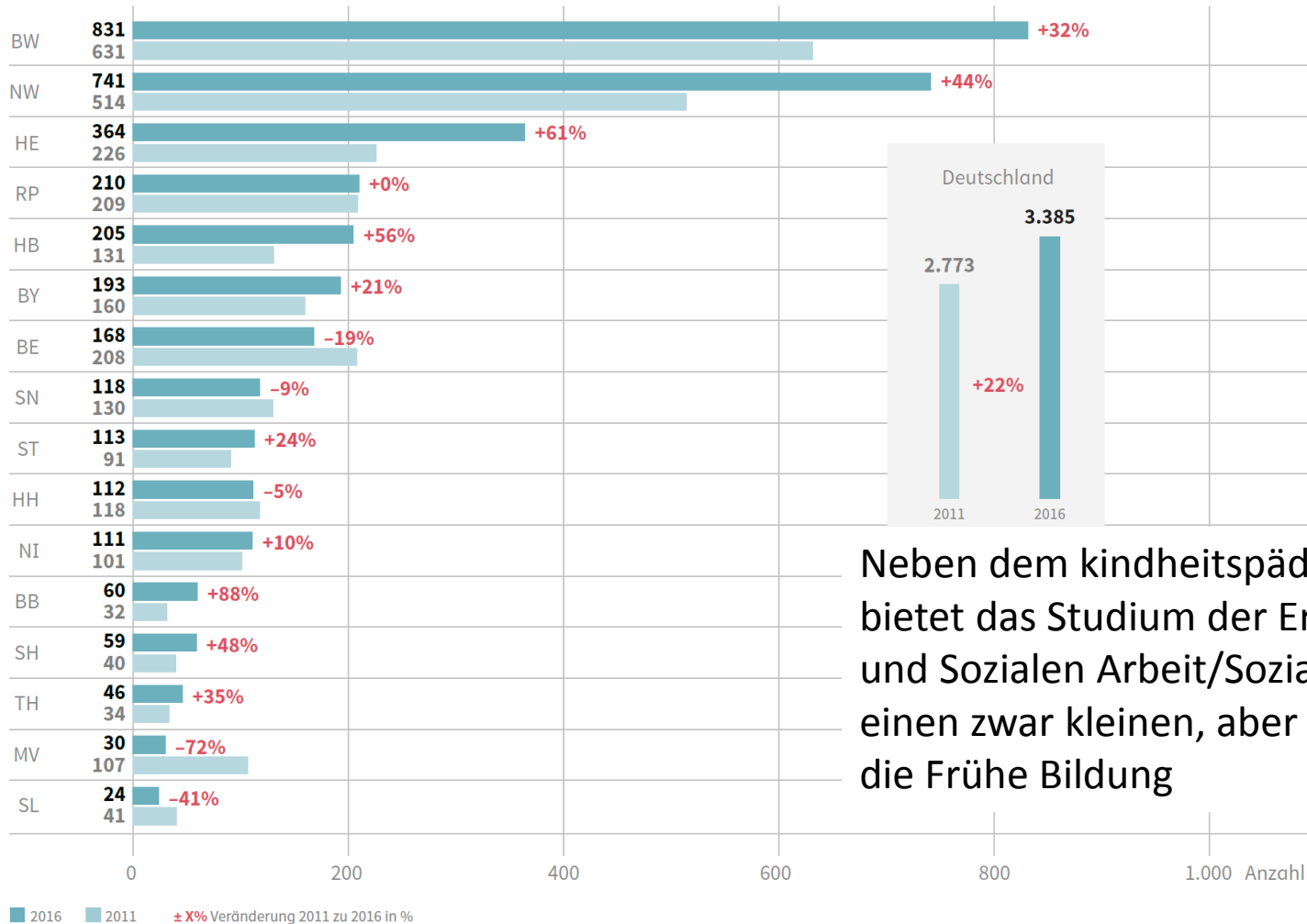
¹ NW: Daten ab 2009/10 mit integrierter Form der Ausbildung

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2, verschiedene Jahrgänge sowie ergänzende Tabellen zur Fachserie; Länderergebnisse der Statistischen Landesämter: WIFF-Recherche 2018.

Hochschulstudium

Anfängerinnen und Anfänger früh- bzw. kindheitspädagogischer Bachelor-Studiengänge 2011 und 2016

(Anzahl; Veränderung in %)¹



Neben dem kindheitspädagogischen Studium bietet das Studium der Erziehungswissenschaft und Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik weiterhin einen zwar kleinen, aber beständigen Zustrom in die Frühe Bildung

¹ Fehlende Angaben wurden auf Basis von früheren Angaben bzw. Studienplatzzahlen geschätzt.

Quelle: WIFF-Studiengangsmonitoring, (2014; 2017): Welle 1 und Welle 4

Personalbedarf und erwartbare Personaldeckung in der Kindertages- und Grundschulbetreuung bis zum Jahr 2025 (Hochrechnung für Deutschland)



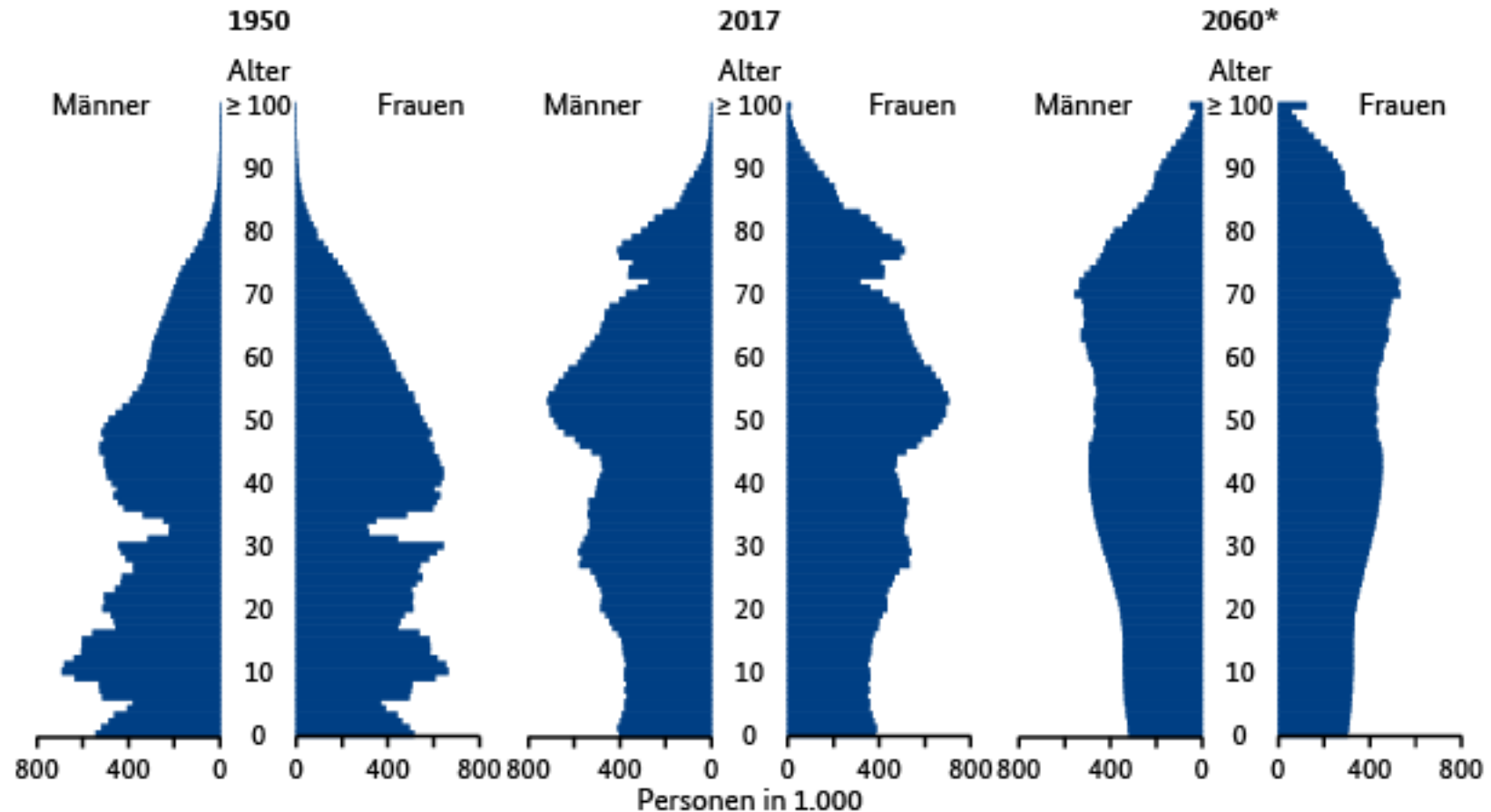
Quelle: Rauschenbach/Schilling/Meiner-Teubner (2017)

www.fachkraeftebarometer.de | Zahl des Monats: September 2017

Demographischer Wandel

Demographischer Wandel

Alterstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950–2060



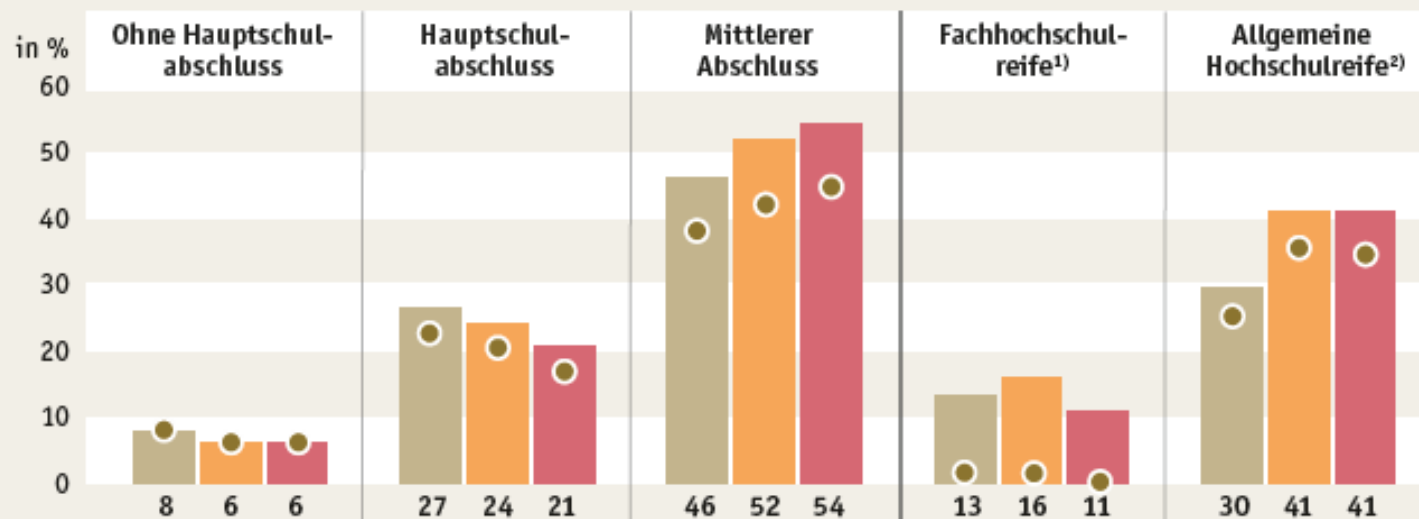
* Ergebnis der aktualisierten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2-A)

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

© BiB 2018 / demografie-portal.de

Demographischer Wandel

Abb. D9-1: Absolventen/Abgänger aus allgemeinbildenden und beruflichen Schulen 2006, 2011 und 2016 nach Abschlussarten (in % der gleichaltrigen Wohnbevölkerung)*



Absolventen/Abgänger insgesamt (einschließlich beruflicher Schulen) 2006 2011 2016

Darunter: ● Von allgemeinbildenden Schulen

* Vgl. Methodische Erläuterungen.

1) Seit 2013 ohne Personen, die nur den schulischen Teil der Fachhochschulreife erreicht haben.

2) 2011 doppelte Abiturientenjahrgänge (G8/G9) in Bayern und Niedersachsen. Die um den G8-Effekt bereinigte Quote liegt bei ca. 36% (vgl. F2).

Quelle: Sekretariat der KMK, 2018, Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen

(vorläufige Ergebnisse)

→ Tab. D9-1A

Stärken und Schwächen

Stärken

Trotz starkem Wachstum – ausgeglichener Gesamtarbeitsmarkt
Hohe Ausbildungsressourcen – Attraktivität der Ausbildung
(insbesondere FS)

Schwächen

Nach wie vor zeigen sich systemimmanente Besonderheiten trotz demographischen Wandels:

Hohe Geschlechtersegregation, überdurchschnittlich hohe Befristungsquoten in NW, hohe Teilzeitquoten, Dominanz der Fachschulausbildung, flache Hierarchien, ...

Fazit

Personalgewinnung und -entwicklung

- **Personalbedarf:**
Kita als attraktives Arbeitsfeld über die Lebensspanne entwickeln: Vom Berufsanfang bis zur Altersteilzeit
- **Qualitätsentwicklung:**
Ausdifferenzierung als Möglichkeit innerer Strukturierung nutzen:
 - Heterogene Teams
 - Kompetenzprofile
- **Anpassungs- und Innovationsbedarf**
Bildungsmobilität (Träger/Leitung/Team) unterstützen:
 - Aus- und Weiterbildung: Transfer von Weiterbildung, Anerkennung von Abschlüssen
 - Führungs-, Fach- und Projektkarrieren



Das **Fachkräftebarometer Frühe Bildung** der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) analysiert Personal, Arbeitsmarkt und Qualifizierung in der Kindertagesbetreuung. Die Informationen werden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Webseite:

fachkraeftebarometer.de

Das [Fachkraeftebarometer.de](http://fachkraeftebarometer.de) bietet online aktuelle Daten zu Trends auf Bundes- und Länderebene. In der Rubrik „Zahl des Monats“ wird ein besonders Ergebnis in den Mittelpunkt gestellt



23. Sitzung des Landesjugendhilfeausschusses am 20.02.2019

**„Fachkräftegewinnung, -bindung und
-entwicklung aus der Sicht eines Trägers“**



Agenda

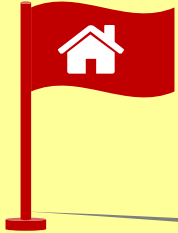


Vorstellung der Kindertagesbetreuung Kreismäuse AöR

- **Selbständige Einrichtung des Kreises Düren in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts (§ 114a GO NRW i.V.m. § 53 Abs. 1 KrO NRW)**
- **Gründung am 01.07.2017**



Meilensteine



01.07.2017

Gründung der Kindertagesbetreuung
Kreismäuse AöR



01.08.2017

Übertragung von vier Kitas auf die
Kindertagesbetreuung Kreismäuse AöR



01.10.2017

Eröffnung einer Kita in Langerwehe



01.08.2019

???



01.08.2018

Eröffnung von drei Kitas
in Kreuzau, Inden und Nörvenich



Ausgangssituation





Herausforderungen



- **Unbesetzte Stellen**
- **Unterschiedliche Konzepte**
- **Planung und kurzfristige Einrichtung von neuen Kindertageseinrichtungen**
- **Viele etablierte Träger im Kreis Düren**

Strategie

- **Employer Branding**
- **Qualitätsentwicklung und Qualitätssensibilisierung**
- **„Wir-Gefühl“**



Strategien zur Fachkräftegewinnung, -bindung und -entwicklung



Fachkräfte-
entwicklung



Fachkräfte-
bindung



Fachkräfte-
gewinnung

Qualitätsstandards in den Kitas

- **Stellen- und Aufgabenbeschreibung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
- **Handbuch der Dienstanweisungen (81 Regelungen)**
- **Ordner für Führungskräfte**
- **Einführung einer Internetplattform zur Abrechnung der Verpflegung in den Kitas („esszeit.de“)**



Qualitätsstandards in den Kitas

- Leitfaden „Verhalten im Krankheitsfall“
- Newsletter (vierzehntägig)
- Broschüren zur Elternarbeit
- Einführung des EDV-Programms KiTaPlus
-



Feedback / Besprechungsmanagement

- **Jährliche Elternbefragung**
- **Jährliche Mitarbeiter/-innengespräche**
 - **Vorstand - Leitung**
 - **Leitung - Team**
- **Monatliche dreistündige Leitungsbesprechung mit dem Vorstand**
- **Mitarbeiter/-innenbefragung (in Planung)**



Qualifizierung/Fortbildung

- **Systematische Analyse des Fort- und Weiterbildungsbedarfs**
- **Einjährige Leitungsfortbildung**
- **EDV-Schulungen**
- **Trägerinterne fachspezifische Fortbildungen**
- **Jährliche Teamfortbildung**



„Wir-Gefühl“



- **Weihnachtsfeier**
- **Betriebsausflug**
- **Gemeinsame Fortbildungen**
- **„Sonderaktionen“**



- **Jährlicher Neujahrsempfang**



Neue Mitarbeiter/-innen



- **Intensive Begleitung in der Kita**
- **ABC-Handbuch für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
- **Einführungsveranstaltung der neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (in Planung)**

Kreismäuse AöR als Arbeitgeber

- **Bezahlung nach TVöD SuE**
- **Unbefristete Stellen**
- **Wohnortnähe (wenn gewünscht)**
- **Ausbildungsbetrieb**
- **Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**
- **Aufbau eines Gesundheitsmanagements**



Fachkräftegewinnung

- Regionale Presse
- Homepage
- Agentur für Arbeit
- Social Media
- Enge Kooperation mit zwei Berufskollegs



Fachkräftegewinnung

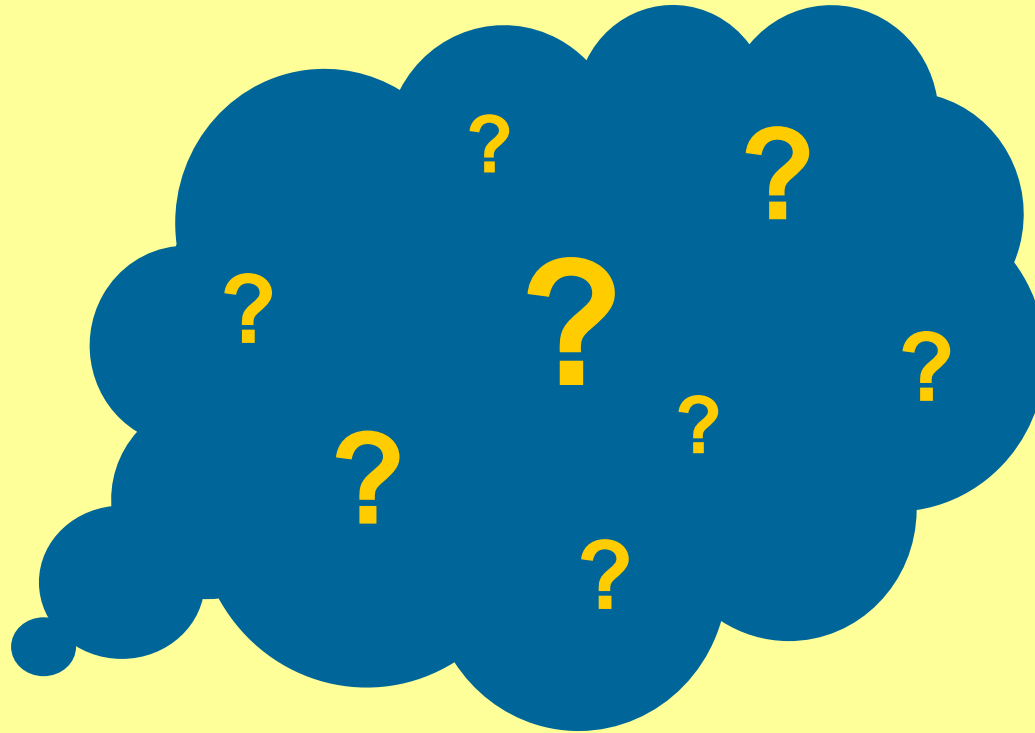
- **Ausbildungsbörsen / Berufsinformmärkte etc.**
- **Öffentlichkeitswirksame Aktionen und Veranstaltungen**



- **Innovative Wege z.B. „Mitarbeiter werben Mitarbeiter“
(in Planung)**



Fragen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Interesse!

Elke Ricken-Melchert
Kindertagesbetreuung Kreismäuse AöR
Haus Rur, Zimmer C 105
Bismarckstr. 16
52348 Düren
Telefon: 02421/22-1109

E-Mail: kreismaeuse-aoer@kreis-dueren.de



Vorlage-Nr. 14/3082

öffentlich

Datum: 26.03.2019
Dienststelle: Fachbereich 03
Bearbeitung: Frau Bayer, Frau Butz

Landesjugendhilfeausschuss	28.03.2019	empfehlender Beschluss
Kulturausschuss	11.04.2019	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Inklusion	15.05.2019	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	16.05.2019	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Neukonzeption der Auszeichnungen und Preise des LVR

Beschlussvorschlag:

1. Der Landschaftsausschuss begrüßt das mit Vorlage Nr. 14/3082 vorgelegte Konzept zur Neuausrichtung der „Auszeichnungen und Preise des LVR“ und beauftragt die Verwaltung mit der weiteren Planung und Umsetzung – insbesondere in Bezug auf die neuen bzw. angepassten LVR-Preise.
2. Der Name Rheinlandtaler wird beibehalten. Der Rheinlandtaler wird künftig in den Kategorien "Kultur" und "Gesellschaft" verliehen.
3. Der LVR lobt den neuen Zukunftspreis mit dem Namen "Mitmänn" aus.
4. Der wie bisher zu vergebende Frauenkulturpreis heißt künftig "Luise-Straus-Preis".
5. Die Namen der bestehenden Wissenschaftspreise werden angepasst in "Paul-Clemen-Preis" und "Albert-Steeger-Preis".
6. Sämtliche bestehenden Preise bleiben inhaltlich unverändert.
7. Den neuen Richtlinien für die Verleihung des Rheinlandtalers ab dem Jahr 2020 sowie den Richtlinien für die Verleihung des "Mitmänn" wird zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

L u b e k

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Manche Menschen setzen sich in besonderer Weise für eine gute Sache ein.

Zum Beispiel für die Kunst. Oder für die Forschung.
Oder für Menschen mit Behinderungen.

Der LVR findet das gut.

Daher verleiht er regelmäßig Preise an solche Menschen.

Im LVR gibt es viele unterschiedliche Preise.

Ein beliebter Preis ist der Rheinland-Taler.

Er wurde bisher an Menschen vergeben,
die für die Kultur etwas getan haben.



Künftig soll der Rheinland-Taler auch für andere gute Leistungen vergeben werden.

Den Rheinland-Taler verleiht der LVR dann in zwei Bereichen:
Kultur und Gesellschaft.

Es soll außerdem einen neuen Preis speziell für junge Menschen geben.

Zum Beispiel für eine gute Idee für eine Gesellschaft für alle in der Zukunft.

Der Preis heißt: Mitmänn.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?

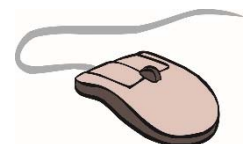
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:

0221-809-2202.



Viele Informationen zum LVR in leichter Sprache finden Sie hier:

www.leichtesprache.lvr.de



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren. Mit der Telefonnummer 0221-809-2202 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen. Bilder: © Reinhild Kassing

Zusammenfassung

Entsprechend des Auftrags des Landschaftsausschusses vom 13.12.2017 schlägt die Verwaltung das vorliegende Konzept zur Neuausrichtung der „Auszeichnungen und Preise des LVR“ vor. Die Neuerungen **bezogen auf die einzelnen Preise** sind:

Die LVR-Preise werden künftig stärker unter einem **gemeinsamen Dach** kommuniziert. So können sie mehr Wirkungskraft entfalten – wobei der individuelle Charakter und die bewährten Inhalte der bestehenden Preise bewahrt bleiben. Hierfür wird unter anderem eine Logo-Familie entwickelt. Der Claim lautet „LVR. Rheinland. Ausgezeichnet.“. Er steht damit gleichermaßen für das ausgezeichnete Engagement der Preistragenden wie auch für das ausgezeichnete Engagement des LVR. Um die LVR-Preise greifbarer und besser erklärbar zu machen, werden alle Preise systematisch zusammengefasst (nach Zielgruppen, also z.B. „Für Persönlichkeiten/Kunst“ oder „Für engagierte Menschen“) und mit einem individuellen Preislogo pro Zielgruppe versehen. Zusätzlich wird diese Clusterung über die Farbe der Logos aufgegriffen und transportiert.

Mit dem **Rheinlandtaler** werden künftig jährlich rund 30 Preistragende geehrt, wobei sich die Auszeichnungen in etwa zu gleichen Teilen auf die Kategorien „Kultur“ und „Gesellschaft“ verteilen. Der Preis ist mit 1.000 Euro dotiert. Die Themen „Inklusion“, „Gender“, und „Diversity“ bilden keine eigene Kategorie, sondern werden entsprechend des Mainstreaming-Ansatzes sowohl in der Kategorie „Kultur“ als auch in der Kategorie „Gesellschaft“ mitberücksichtigt.

Künftig wird alle zwei Jahre ein **„Zukunftspreis“** mit dem Namen **„Mitmān“** an junge Menschen mit und ohne Behinderung (im Alter bis zu 27 Jahren) für ihre eigenen Ideen und Beiträge zu einer inklusiven Gesellschaft vergeben.

Der **„Frauenkulturpreis“** wird den „Kunstpreisen“ zugeordnet und erhält einen neuen Namen nach einer renommierten Künstlerin. Er heißt **„Luise-Straus-Preis“**.

Bei den Namen der bestehenden Preise fällt der Zusatz „des LVR“ weg, um Doppelungen zu dem neuen Claim zu vermeiden. Die Verwaltung wird beauftragt, die neuen Namen in den Richtlinien sowie in der Außenkommunikation entsprechend anzupassen. Im Übrigen bleiben die bestehenden Preise inhaltlich gleich.

Die **begleitende Kommunikation** wird insgesamt weiterentwickelt, beispielsweise durch die stärkere Hervorhebung der Geschichten der Preistragenden oder die Nutzung sozialer Medien.

*Urheber- und Namensrechte werden derzeit geprüft.

Das Ergebnis auf einen Blick:



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.

Gemeinsamer Leitgedanke

Die LVR-Preise machen besondere Leistungen und besonderes Engagement im Rheinland sichtbar.
Wir im Rheinland/Gemeinsam das Miteinander gestalten.

Neue Clusterung und einheitliche Gestaltung

Einführung von Preisclustern, die sich an den Themen und Zielgruppen der Preise orientieren. Die individuell für jedes Preiscluster entwickelten Preislogos* werden farblich einheitlich gestaltet. Die Inhalte der jeweiligen Preiscluster finden sich symbolisch in den Preislogos wieder.

BESTEHENDE PREISE

NEUE/WEITERENTWICKELTE PREISE

**Für Persönlichkeiten/
Öffentliches Leben**



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
EHRENRING DES
RHEINLANDES

**Für Persönlichkeiten/
Wissenschaft**



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
PAUL-CLEMEN-
PREIS

ALBERT-STEEGER-
PREIS

**Für Persönlichkeiten/
Kunst**



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
LEO-BREUER-
FÖRDERPREIS

LUISE-STRAUS-
PREIS

**Für alle engagierten
Menschen**



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
RHEINLAND-
TALER

KULTUR
GESELLSCHAFT

**Für junge engagierte
Menschen**



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
DER MITMÄN

INKLUSIVES MITEINANDER

*Urheber- und Namensrechte werden derzeit geprüft.

Begründung der Vorlage-Nr. 14/3082

Gliederung:

- A. Einleitung
 - B. Die Eckpfeiler des neuen Konzepts
 - I. Die LVR-Preise mit einem gemeinsamen Auftritt stärken – klar einfach, emotional
 - II. Das neue Konzept wird sichtbar und erlebbar durch eine gemeinsame Logo-Familie für alle LVR-Preise
 - III. Die Weiterentwicklung des Rheinlandtalers
 - 1. Die „neuen“ Rheinlandtaler
 - 2. Mainstreaming-Themen „Inklusion“, „Gender“ und „Diversity“ im Fokus
 - 3. Kreis der Vorschlagsberechtigten
 - 4. Entscheidungskompetenz der Fachausschüsse stärken
 - 5. Weiterentwicklung der Veranstaltungsformate
 - IV. Der „Mitmänn“ macht das Engagement junger Menschen sichtbar
 - 1. Der „Mitmänn“
 - 2. Bewerbung durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
 - 3. Fachkompetenz des Landesjugendhilfeausschusses nutzen
 - 4. Ehrung der Preisträger*innen
 - C. Die künftigen LVR-Preise auf einen Blick
 - D. Die begleitende Kommunikation – emotional, digital, teilbar
 - E. Zeitplan
- Anlagen

A. Einleitung: Hintergrund und Vorgehensweise bei der Neukonzeption der Auszeichnungen und Preise des LVR

Der LVR verleiht zu unterschiedlichen Themen Auszeichnungen und Preise bzw. Ehrungen an Einzelpersonen, Organisationen, Unternehmen und weitere Akteur*innen. Entsprechend des Auftrags des Landschaftsausschusses vom 22.04.2015 hat die Verwaltung dem Landschaftsausschuss im Dezember 2017 ein Konzept zur Neuorganisation der Ehrungen und Auszeichnungen vorgelegt (Vorlage Nr. 14/2395).

Der Landschaftsausschuss hat auf dieser Grundlage in seiner Sitzung am 13.12.2017 sinngemäß beschlossen:

- ...den Rheinlandtaler zum „Dachpreis“ weiterzuentwickeln, der neben der Kultur insbesondere alle bestehenden Sozial-Preise integriert (Vergabe von insgesamt 30 Preisen mit einem Preisgeld von je 1.000 Euro)
- ...einen Zukunftspreis für junge Menschen zu schaffen (Preisgeld in Höhe von 5.000 Euro)
- ...den Ehrenring des Rheinlandes beizubehalten
- ...den Paul-Clemen-Preis des LVR, den Albert-Steeger-Preis des LVR sowie den Leo-Breuer-Förderpreis beizubehalten (und bei den erstgenannten beiden Preisen nach drei Jahren zu prüfen, ob eine jährlich alternierende Vergabe sinnvoll ist).

Neben dem Aspekt der Wertschätzung und des Sichtbarmachens besonderen Engagements soll wesentliches Ziel der Neuausrichtung sein, das kommunikative Potential von Auszeichnungen und Preisen stärker als bisher zu heben. Anders formuliert: Die Auszeichnungen und Preise sollen künftig einen wesentlichen Beitrag für die Öffentlichkeitsarbeit des LVR leisten.

B. Die Eckpfeiler des neuen Konzepts

I. Die LVR-Preise mit einem gemeinsamen Auftritt stärken – klar, einfach, emotional

Die aktuellen LVR-Preise haben sich über viele Jahre zum heutigen Status quo entwickelt. Mit dem Ziel, das kommunikative Potenzial der Preise noch stärker zu heben, liegt hier eine weitere Chance: Indem die Preise künftig stärker gemeinsam kommuniziert werden, können sie viel mehr Wirkungskraft entfalten – wobei der individuelle Charakter und die bewährten Inhalte der bestehenden Preise bewahrt werden. Hierdurch wird die öffentliche Sichtbarkeit der Preise erhöht und deren Zugehörigkeit zum LVR noch stärker betont.

Dafür werden die Preise entsprechend ihres Charakters bzw. ihrer Zielgruppe (= Preisträger*innen) **systematisch zusammengefasst** und dadurch einfacher kommunizier- und erklärbar (zum Beispiel auf einer gemeinsamen Website):

Für Persönlichkeiten/ Öffentliches Leben: Ehrenring des Rheinlandes	Für Persönlichkeiten/ Wissenschaft: Paul-Clemen-Preis, Albert-Steeger-Preis	Für Persönlichkeiten/ Kunst: Leo-Breuer-Förderpreis, Luise-Straus-Preis**	Für alle engagierten Menschen: Rheinlandtaler (in den Kategorien „Kultur“ und „Gesellschaft“)	Für junge engagierte Menschen: Der „Mitmänn“
--	--	--	---	--

**Der bisherige Frauenkulturpreis wird hiernach den Kunst-Preisen zugeordnet. Der Preis selbst wird mit dem Namen einer Künstlerin betitelt. Urheber- und Namensrechte werden derzeit geprüft.

Künftig obliegt es grundsätzlich dem **Landschaftsausschuss**, über die Einführung neuer LVR-Preise oder über die Änderung bestehender LVR-Preise zu entscheiden.

Weiterhin sollen alle Preise künftig eine gemeinsame **kommunikative Klammer** haben. Die Zuspitzung erfolgt über die Kernbotschaft „Wir im Rheinland“. Denn: Die Menschen im Rheinland sind Ziel und Ausgangspunkt der Arbeit des LVR. Mit ihrem Engagement prägen sie eine Gesellschaft, die auch den Werten des LVR entspricht. Deshalb zeichnet der LVR Personen und Akteur*innen aus, die das Miteinander stärken und die Gemeinschaft fördern.

Konkret kommt diese strategische Festlegung auf der Ebene der Logos zum Tragen. Darüber hinaus zieht sich diese Zuspitzung wie ein roter Faden durch die weitere Konzeption: beispielsweise in Bildwelten (Menschen und ihre Projekte, usw.), über die Einbindung bekannter Persönlichkeiten aus dem Rheinland (insbesondere für die Moderation der Events oder bei der Einbindung von Künstler*innen im Rahmenprogramm der Events vor Ort) und/oder die Nutzung markanter und besonderer Locations für die Preisverleihungen.

Wichtig dabei ist: Diese neue Klammer wirkt sich ausschließlich auf die Kommunikation aus. Die Inhalte, Entscheidungsprozesse sowie Verleihungsformate und -rhythmen der bestehenden Preise bleiben (mit Ausnahme des Rheinlandtalers, siehe III.) bestehen.

II. Das neue Konzept wird sichtbar und erlebbar durch eine gemeinsame Logo-Familie für alle LVR-Preise

Für die LVR-Preise wird eine **Logo-Familie** kreiert, die die Preise visuell, aber auch textlich klammert. Ein einheitlicher Claim bringt die gemeinsame Botschaft der LVR-Preise auf den Punkt:

LVR. Rheinland. Ausgezeichnet.

Dieser Claim verbindet das ausgezeichnete Engagement der Preisträger*innen mit dem ausgezeichneten Engagement des LVR – selbstbewusst und modern. Nachfolgend wird eine erste Anmutung der Logos gezeigt.

Modernes „Dachlogo“ für alle LVR-Preise (wird z.B. auf der Website bzw. auf übergreifenden Publikationen eingesetzt):



Reduziert und klar vermittelt das Logo Qualität und Wertigkeit und ist zugleich eine Anspielung auf den bewährten „Rheinlandtaler“. Die geschwungenen Linien symbolisieren den Rhein und vermitteln Bewegung und Dynamik.

Für jedes Preis-Cluster (vgl. neue Systematik, s.o., also zum Beispiel das Cluster „Für Persönlichkeiten/Wissenschaft“ oder „Für Persönlichkeiten/Kunst“ wird eine Logo-Farbe festgelegt und ein passendes Symbol entwickelt.

Betrachtet man die **Namen der bisherigen LVR-Preise** fällt auf, dass mit dem Namen „LVR“ unterschiedlich umgegangen wird. Auch hier bietet es sich an, noch stringenter zu werden: Da der LVR bereits in den neuen Logos und auch in dem gesamten visuellen Erscheinungsbild einen prominenten Platz einnehmen wird, soll er künftig nicht mehr zusätzlich Teil des Namens des Preises sein (weder als Präfix noch als Suffix). Hierdurch wird auch auf der visuellen Ebene eine Doppelung des Worts „LVR“ vermieden, weil der LVR bereits Teil des Claims „LVR.Rheinland.Ausgezeichnet.“ ist.

Entsprechend sollen die bestehenden Preise wie folgt umbenannt werden:

Paul-Clemen-Preis ~~des LVR~~

Albert-Steeger-Preis ~~des LVR~~

Die Verwaltung wird beauftragt, die neuen Namen in den Richtlinien sowie in der Außenkommunikation entsprechend anzupassen. Im Übrigen bleiben die bestehenden Preise inhaltlich unverändert.

Besonderheit: Um den bisherigen „**Frauenkulturpreis**“ noch stärker als zugehörig zu den Kunst-Preisen des LVR hervorzuheben, erhält dieser einen neuen Namen, nach einer renommierten Künstlerin. Vorgeschlagen wird „Luise-Straus-Preis“. Luise Straus (1893 bis 1944) war Kunsthistorikerin sowie Kunst- und Kulturjournalistin. Sie war die erste Frau, die bei Paul Clemen promoviert wurde. Zudem leitete sie für ein Jahr das Wallraff-Richartz-Museum in Köln. Sie war von 1918 bis 1926 mit Max Ernst verheiratet.

Abgeleitet von den Logos werden in der weiteren Ausarbeitung moderne Kommunikationsmittel entwickelt. Erste Beispiele für mögliche Visualisierungen finden Sie in den Anlagen (Anlagen 1 – 3).

III. Die Weiterentwicklung des Rheinlandtalers

1. Die „neuen“ Rheinlandtaler

Der neue Preis setzt auf dem bewährten Konzept auf und bündelt alle LVR-Themen und damit die bisherigen Preise. Er wird in zwei Kategorien vergeben, welche die Aufgaben des LVR widerspiegeln und dabei einfach und gut vermittelbar sind:

- **Kultur** (dem Bereich Kultur kommt bewusst eine besondere Bedeutung zu; ehrenamtliches Engagement soll in dieser Kategorie – wie bisher – besondere Berücksichtigung finden)
- **Gesellschaft** (aus den Handlungsfeldern Soziales, Arbeit, Wohnen, Gesundheit, Bildung).

Mit dem „Rheinlandtaler neu“ soll jedes, zwar unterschiedlichen Kontexten zuzuordnendes, jedoch stets herausragendes Engagement von Personen, Organisationen, Unternehmen oder sonstigen Akteur*innen ausgezeichnet werden. Welche Kriterien für die Verleihung des Rheinlandtalers ab dem Jahr 2020 genau zugrunde gelegt werden, wird über die **Richtlinien** festgelegt, die dieser Vorlage als Anlage (Anlage 4) beigelegt sind. Dabei wurden auch die Erfahrungen des seit über 40 Jahren erfolgreich bestehenden Rheinlandtalers eng einbezogen.

Künftig sollen jährlich rund 30 Preisträger*innen geehrt werden, wobei sich die Auszeichnungen in etwa zu gleichen Teilen auf die Kategorien „Kultur“ und

„Gesellschaft“ verteilen. Jeder Preis wird künftig – zusätzlich zu wertschätzenden Beigaben (z.B. Urkunde, Trophäe) – mit einem Preisgeld von jeweils 1.000 Euro dotiert.

Ziel soll die Berücksichtigung von besonderem Engagement in allen wesentlichen Handlungsfeldern des LVR sein.

2. Mainstreaming-Themen „Inklusion“, „Gender“ und „Diversity“ im Fokus

Bei der Auswahl der Preisträger*innen wird das Engagement für eine vielfältige Gesellschaft (insbesondere in Bezug auf das Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung) besonders berücksichtigt. Es wird auch darauf geachtet, dass im Sinne von „Gender Mainstreaming“ und „Diversity“ (vgl. Charta der Vielfalt) bei der Auswahl der Preisträger*innen in allen genannten Kategorien das Engagement für eine offene und vielfältige Gesellschaft besonders berücksichtigt wird.

Das Engagement für eine offene, vielfältige Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass ganz im Sinne des im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgedanken und Diskriminierungsverbots Beiträge geleistet werden, die das gleichberechtigte Zusammenleben von Menschen jeden Geschlechts, von Menschen mit und ohne Behinderungen, von Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung, von Menschen unterschiedlichen Alters ebenso wie von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund unterstützen.

Entsprechend des Mainstreaming-Ansatzes werden diese Themen sowohl in der Kategorie „Kultur“ als auch in der Kategorie „Gesellschaft“ aufgegriffen und bilden keine eigene Kategorie.

3. Kreis der Vorschlagsberechtigten

Kandidat*innen für die Auszeichnung mit dem Rheinlandtaler können künftig benannt werden

...für den Rheinlandtaler in der Kategorie „Kultur“ von

- allen Mitgliedern des Kulturausschusses sowie deren Stellvertreter*innen oder
- der bzw. dem LVR-Direktor*in,

...für den Rheinlandtaler in der Kategorie „Gesellschaft“ von

- allen Mitgliedern des Inklusionsausschusses und des Beirats für Inklusion und Menschenrechte sowie deren Stellvertreter*innen oder
- der bzw. dem LVR-Direktor*in.

4. Entscheidungskompetenz der Fachausschüsse stärken

Schon heute entscheidet die politische Vertretung des LVR über die Preisträger*innen. Dies hebt die LVR-Preise positiv von anderen Preisen ab. Denn im Sinne von Offenheit, Transparenz und Demokratie bestimmen hier die Vertreter*innen der Bürgerschaft der Mitgliedskörperschaften des LVR. Über die Vergabe des „Rheinlandtaler neu“, der thematisch breiter aufgestellt ist, entscheidet weiterhin die politische Vertretung; über die Preisträger*innen bestimmen folgende Gremien:

- In der Kategorie „Kultur“ entscheidet wie bisher der Kulturausschuss, nach Vorberatung in der „Kommission Rheinlandtaler und Regionale Kulturförderung“.
- In der Kategorie „Gesellschaft“ entscheidet der Ausschuss für Inklusion.

Vor dem Hintergrund des Ziels der Bestenauslese wird ein Austausch über die zu vergebenden Preise zwischen den beiden Fachausschüssen angestrebt.

Ab der 15. Wahlperiode wäre es denkbar, eine interdisziplinäre Kommission zur Beratung über alle Rheinlandtaler einzurichten und die finale Entscheidung im Landschaftsausschuss treffen zu lassen.

5. Weiterentwicklung der Veranstaltungsformate

Die bewährten Preisverleihungen an den Wirkungsstätten der Preisträger*innen im gesamten Rheinland bleiben bestehen, werden in der Ausgestaltung jedoch weiterentwickelt – zum Beispiel im Hinblick auf das Branding, auf eine multimedial ausgestaltete Kommunikation oder auf die mögliche Einbeziehung vor Ort bekannter Persönlichkeiten in die Veranstaltung (s.o.).

IV. Der neue „Mitmänn“ macht das Engagement junger Menschen sichtbar

1. Der „Mitmänn“

Mit dem „Mitmänn“ wird ein „Zukunftspreis“ geschaffen, der sich gezielt an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit und ohne Behinderung richtet. Als Altersgrenze soll 27 Jahre festgesetzt werden, in Anlehnung an die Altersgrenze für Jugendhilfeleistungen auf Grundlage des SGB VIII.

Vorgeschlagen wird eine Gesamtdotierung von 10.000 Euro. Es werden insgesamt 10 Preisträger*innen ausgewählt. Hieraus werden die besten drei Preisträger*innen ausgezeichnet mit Dotierungen in Höhe von 5.000 Euro (1. Platz), 3.000 Euro (2. Platz) und 2.000 Euro (3. Platz).

Gehrt werden sollen junge Menschen mit und ohne Behinderung für ihre eigenen Ideen und Beiträge zu einer inklusiven Gesellschaft. Zielsetzung hierbei ist es, eine Personengruppe anzusprechen, die bei sonstigen öffentlichen Preisverleihungen von Inklusionspreisen nur selten zum Zuge kommt.

Der „Mitmänn“ ist als sympathischer und einprägsamer „Inklusions-Botschafter“ des LVR eingeführt und allseits beliebt. „Mitmänn“ als Name für den neuen Preis macht deutlich, dass nur durch ein gleichberechtigtes Miteinander, in das jede und jeder die individuellen Stärken und die eigene Kreativität einbringen kann, wichtige Impulse in

Richtung einer offenen, vielfältigen Gesellschaft heute und in Zukunft gesetzt werden können. Dies wird auch klar durch die Inhalte und Werte des Preises kommuniziert.

Der „Mitmänn“ zeigt, dass freiwilliges gesellschaftliches Engagement von jungen Menschen für eine inklusive Gesellschaft besondere öffentliche Aufmerksamkeit und Anerkennung verdient. Ausgezeichnet werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die sich – alleine oder in einer Gruppe – mit besonders innovativen oder kreativen eigenen Ideen („Ideenreichtum“), mit besonderem persönlichen Engagement („Herzblut“) oder besonders ausdauernd („langer Atem“) vorbildlich für eine inklusive Gesellschaft heute und in Zukunft einsetzen.

2. Bewerbung durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Beim „Mitmänn“ erfolgt die Bewerbung durch die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst bzw. ihre Erziehungsberechtigten bzw. ihre gesetzliche Betreuung. Die Möglichkeit der eigenen Bewerbung trägt dem schnellen und direkten „digitalen“ Informations- und Kommunikationsverhalten junger Menschen Rechnung. Durch geeignete Werbung oder gezielte Information durch Mitglieder der Landschaftsversammlung und der LVR-Verwaltung erhoffen wir uns eine rege Beteiligung an der Ausschreibung.

3. Fachkompetenz des Landesjugendhilfeausschusses nutzen

Da dieser Preis – ebenso wie der „Rheinlandtaler neu“ – interdisziplinär ausgerichtet ist, allerdings speziell auf die Zielgruppe „junge Menschen“ fokussiert ist, soll der Landesjugendhilfeausschuss über die Preisträger*innen entscheiden.

Die Ausgestaltung für die Verleihung des „Mitmänn“ ergibt sich im Detail aus den **Richtlinien**, die dieser Vorlage als Anlage (Anlage 5) beigelegt sind.

Denkbar wäre es, dass der LJHA zusätzliche partizipative Elemente für die Beratungen zum „Mitmänn“ beschließt.

4. Ehrung der Preisträger*innen

Die Preisträger*innen des „Mitmänn“ werden auf einer zweijährig durchzuführenden zentralen Ehrungsveranstaltung gekürt. Hierfür wird ein modernes Veranstaltungsformat entwickelt, das auf eine bestmögliche öffentliche Sichtbarkeit hin ausgestaltet wird. Denkbar ist zum Beispiel ein Talk in Kooperation mit einem Medium, wie etwa in Zusammenarbeit mit dem WDR „Der junge Polittalk“.

Auch die vorab prämierten Rheinlandtalerträger*innen können zu dieser Veranstaltung eingeladen werden und ihr Engagement kann dabei in geeigneter Form (z.B. über im Hintergrund laufende Filmbeiträge oder Infotafeln) nochmals sichtbar werden.

C. Die künftigen LVR-Preise auf einen Blick



Gemeinsamer Leitgedanke

Die LVR-Preise machen besondere Leistungen und besonderes Engagement im Rheinland sichtbar.
Wir im Rheinland/Gemeinsam das Miteinander gestalten.

Neue Clusterung und einheitliche Gestaltung

Einführung von Preisclustern, die sich an den Themen und Zielgruppen der Preise orientieren. Die individuell für jedes Preiscluster entwickelten Preislogos* werden farblich einheitlich gestaltet. Die Inhalte der jeweiligen Preiscluster finden sich symbolisch in den Preislogos wieder.

BESTEHENDE PREISE

NEUE/WEITERENTWICKELTE PREISE



*Urheber- und Namensrechte werden derzeit geprüft.

D. Die begleitende Kommunikation – emotional, digital, teilbar

Die künftige Kommunikation hebt sich deutlich von der bisherigen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ab – visuell über die neuen Logos und ein wiedererkennbares Erscheinungsbild, die Einbeziehung partizipativer Elemente sowie der verstärkten Nutzung neuer Medien. Sie wird emotionaler, erzählt also die Geschichten hinter den Menschen und Institutionen, die ausgezeichnet werden. Sie wird digitaler – unter anderem soll es eine starke Präsenz der Preise und Preisträger*innen im Internet geben. Die Angebote sollen leicht teilbar sein (zum Beispiel über Twitter). Eine erste Anmutung einiger möglicher Kommunikationsmittel finden Sie in der Anlage.

E. Zeitplan

A) BESCHLUSS – 05.19 Beschluss zur Neuausrichtung der „Auszeichnungen und Preise des LVR“	B) EINREICHUNG RHEINLANDTALER NEU – 05.-06.19 Kultur: Mitglieder des KU und deren Stellvertreter*innen sowie LD Gesellschaft: Mitglieder des InKA und deren Stellvertreter*innen sowie LD	D) VERLEIHUNGEN RHEINLANDTALER NEU – 01.-09.20 Information der Preisträger*innen und Durchführung der dezentralen Preisverleihungen
	B) EINREICHUNG DER MITMÄN – 05.-06.19 Bewerbung durch die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst bzw. ihre Erziehungsberechtigten bzw. ihre gesetzliche Betreuung	D) EHRUNGEN MITMÄN – in dieser Wahlperiode Umsetzung der zentralen Veranstaltung, LVR-Location im Rheinland
	C) AUSWAHL & ENTSCHEIDUNG RHEINLANDTALER NEU – 10 - 12.19 Entscheidung in den zuständigen Ausschüssen: Kategorie Kultur (Ko. reg. KU/RLT: 09.10. / KU: 14.11.) Kategorie Gesellschaft (InKA: 28.11.)	
	C) AUSWAHL & ENTSCHEIDUNG MITMÄN – 10 - 12.19 Entscheidung in dem zuständigen Ausschuss (LJA: 07.11.)	

Ziel ist es, die Preisverleihungen entsprechend dieses neuen Konzepts im Jahr 2020 und hier vor Ablauf der aktuellen Wahlperiode umzusetzen. Dies bedeutet, dass die Ausschreibungs- und Auswahlverfahren 2019 realisiert werden müssen. Parallel zu den Vorbereitungen zur Realisierung dieses Konzepts erfolgen die Verleihungen der bestehenden Preise im Jahr 2019 unverändert: Insbesondere werden die nach den bisherigen Richtlinien für die Verleihung des Rheinlandtalers (zuletzt geändert am 15.03.2013) im Jahr 2018 ausgeschriebenen und ausgewählten 30 Rheinlandtaler vergeben. Darüber hinaus fand am 7.01.2019 eine Verleihung des Ehrenringes des Rheinlandes statt und eine weitere Verleihung des Ehrenringes (an Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Rita Süßmuth) ist für 2019 in Planung. Außerdem wurde am 14.01.2019 der Albert-Steeger-Preis verliehen.

L U B E K

Beispiele für mögliche Kommunikationsmittel

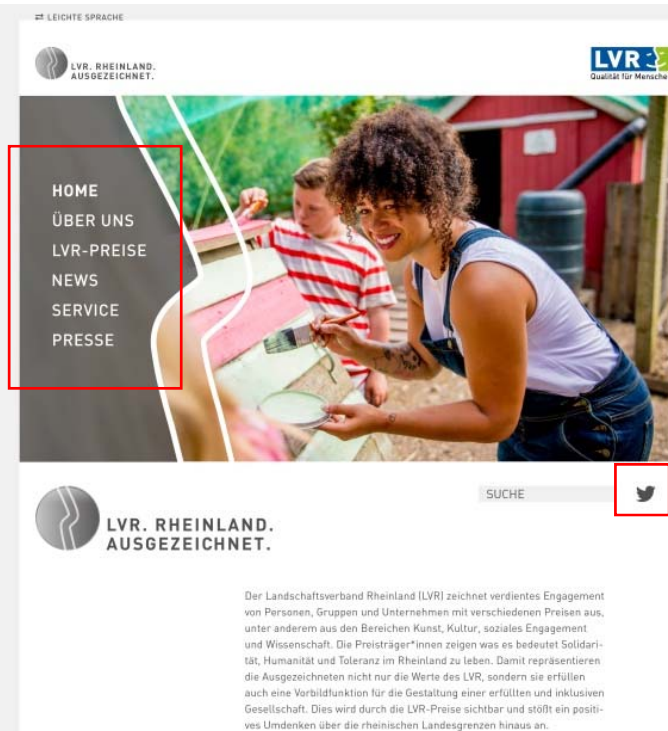
Anlage 1: Homepage



NEU: Einführung einer übergreifenden Website, die alle LVR-Preise übersichtlich, einfach und emotional kommuniziert. Die Menschen und ihre Geschichten stehen im Mittelpunkt.

Anlage 1: Homepage

Ein großes Navigationsmenü schafft Orientierung und Usability.



Durch eine direkte Verlinkung wird auf den Twitter-Kanal des LVR verwiesen. Auf diesem werden zusätzliche Inhalte zu den LVR-Preisen gespielt.

Anlage 1: Homepage

NEWS

Auf der Startseite sind erste News-Beiträge zu den Preisträgern*innen des LVR platziert. Diese sind in der Farbigkeit der jeweiligen Preiscluster gestaltet und mit dem Logo des erhaltenen Preises gekennzeichnet.

Unter „Lesen Sie mehr“ werden die Nutzer*innen auf die Artikelseite weitergeleitet.

GESTARTET

der, Jugendliche
hinderung
ird bewerben!
ige für
e

*Jetzt
mitmachen*



LVR-PREISE: MENSCHEN STEHEN IM MITTEL- PUNKT DER LVR-PREISE

Der Landschaftsverband Rheinland zeichnet seit vielen Jahren Personen, Gruppen oder Unternehmen mit seinen verschiedenen Preisen aus und ehrt damit herausragende Leistungen in den Bereichen öffentliches Leben, Wissenschaft, Kunst und soziales Engagement. Im Frühjahr wurden diese Preise modernisiert und unter dem Claim „LVR. Rheinland. Ausgezeichnet.“ zusammengefasst. Dieser steht sowohl für das ausgezeichnete Engagement der Preisträger*innen sowie auch für das ausgezeichnete Engagement des LVR. **Lesen Sie mehr.**

Anlage 1: Homepage



 **TATORT-KOMMISSARE DIETMAR BÄR
UND KLAUS J. BEHRENDT MIT
LVR-RHEINLANDTALER AUSGEZEICHNET.**

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat die beiden Schauspieler Dietmar Bär und Klaus J. Behrendt für ihre Verdienste um ein multinationales Zusammenleben und friedliches Miteinander mit dem Rheinlandtaler ausgezeichnet.

Diese besondere Würdigung erfuhren die beiden Kölner „Tatort-Kommissare“ - den Krimi-Fans sind sie als Freddy Schenk und Max Ballauf vertraut - für ihr weniger bekanntes, aber außerordentliches soziales Engagement jenseits der Kamera. Nur wenige wissen, dass sie sich - ausgelöst durch den dritten Kölner Tatort „Manila“ - seit nunmehr 20 Jahren in dem Verein „Tatort - Straßen der Welt“ aktiv für Entwicklungs- und Kinderrechtsprojekte auf den Philippinen einsetzen.

[» Mehr](#)

Auf den Artikelseiten werden die gesamten Artikel inklusive optionalem Bildmaterial, ggfls. weiterführende Podcasts und Video-Footage zu sehen sein wird.



 **KÖLNER PFARRER MEURER ERHÄLT
LVR-EHRENRING**

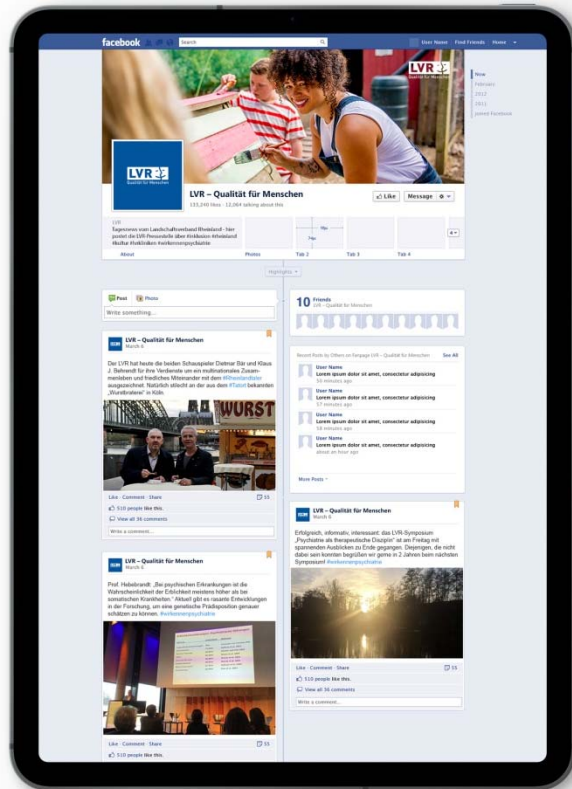
Franz Meurer (67), überregional bekannter katholischer Sozialpfarrer aus Köln, hat den Ehrenring des Rheinlandes erhalten. Damit werde sein vielfältiges soziales Engagement ausgezeichnet, wie es bei der Verleihung am Montagabend in Köln hieß.

Die Auszeichnung vergibt der Landschaftsverband Rheinland (LVR). Humor und eine klare Haltung sind seine Markenzeichen: Pfarrer Franz Meurer bedankt sich für die Ehrung des LVR. Meurer setze sich als Seelsorger der katholischen Kirchengemeinde Sankt Theodor und Sankt Elisabeth in den Kölner Stadtteilen Höhenberg und Vingst «unkonventionell» für benachteiligte Menschen ein, so die Vorsitzende der Landschaftsversammlung Rheinland, Anne Henk-Hollstein, in ihrer Laudatio.

[» Mehr](#)

Beispiele für mögliche Kommunikationsmittel

Anlage 2: Social Media



Beispielhaft: Über die Social Media-Kanäle (z.B. Twitter oder Facebook) kann der LVR auf die Preise und die Preisträger*innen aufmerksam machen und aktiv kommunizieren.



Beispiele für mögliche Kommunikationsmittel

Anlage 3 a: Logo „Mitmän“

Der „Mitmän“ ist als sympathischer und einprägsamer „Inklusions-Botschafter“ des LVR eingeführt und allseits beliebt. Nur durch ein gleichberechtigtes Miteinander, in das jede und jeder die individuellen Stärken und die eigene Kreativität einbringen kann, können wichtige Impulse in Richtung einer offenen, vielfältigen Gesellschaft heute und in Zukunft gesetzt werden.



LVR. RHEINLAND.
AUSGEZEICHNET.
DER MITMÄN

Beispiele für mögliche Kommunikationsmittel

Anlage 3 b: Visual „Mitmänn“



Anlage 4:

Richtlinien für die Verleihung des Rheinlandtalers ab dem Jahr 2020

Mit Beschluss des Landschaftsausschusses der 14. Landschaftsversammlung Rheinland zur „Neukonzeption der Auszeichnungen und Preise des LVR“ vom 16.05.2019 beschließt der Landschaftsausschuss diese Richtlinien für die Verleihung des Rheinlandtalers:

1. Ab dem Jahr 2020 verleiht der Landschaftsverband Rheinland (LVR) den Rheinlandtaler für **herausragendes ehrenamtliches und hauptamtliches Engagement** in den Handlungsfeldern des LVR.
2. Folgende formale und inhaltliche Kriterien sind zu erfüllen:
 - 2.1. Ausgezeichnet werden **Personen (m/w/d), Organisationen, Unternehmen, Verbände, Vereine, Projekte** sowie andere **zivilgesellschaftliche und öffentliche Akteurinnen und Akteure**.
 - 2.2. Der **Rheinlandtaler** wird in den **Kategorien „Kultur“ und „Gesellschaft“** verliehen:
 - 2.2.1. **Kategorie „Kultur“**

Ausgezeichnet werden die unter Ziffer 2.1. genannten Akteurinnen und Akteure

- die sich in der landschaftlichen Kulturpflege **ehrenamtlich** besonders verdient gemacht haben (insbesondere: Denkmalpflege, Bodendenkmalpflege, Sprachgeschichte, Museumspflege, Heimatpflege) oder
- die sich im Bereich Naturkunde, Landespflege und Naturschutz **ehrenamtlich** durch regional bedeutsame Leistung hervor getan haben oder
- die sich in besonderer Weise **ehrenamtlich** anregend oder fördernd um die kulturelle Entwicklung und Bedeutung des Rheinlandes sowie das multinationale Zusammenleben und das friedliche Miteinander zwischen einzelnen Völkergruppen auf kulturellem Gebiet im Rheinland verdient gemacht haben.

2.2.2. **Kategorie „Gesellschaft“**

Ausgezeichnet werden die unter Ziffer 2.1. genannten Akteurinnen und Akteure, deren Handeln das Aufgabenspektrum des LVR widerspiegelt, **für ehrenamtliches und hauptamtliches Engagement** insbesondere

- für ihr herausragendes Engagement zur Förderung der gleichberechtigten gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder

- für ihr herausragendes Engagement zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, ihrer Partizipation und ihrer Selbstvertretung als Expertinnen und Experten in eigener Sache oder
 - für ihr herausragendes Engagement zur Weiterentwicklung eines inklusiven Sozialraums zu einem „Gemeinwesen für alle“ oder
 - für ihr herausragendes Engagement für von Gewalt betroffene Menschen oder
 - die sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen in außergewöhnlicher Weise – in Behandlung und Pflege – engagieren, der Erforschung psychischer Krankheitsbilder widmen und sich gegen Stigmatisierung psychisch Erkrankter einsetzen oder
 - für ihr herausragendes Engagement für die Bildung von Kindern im Elementarbereich, die diesen ein inklusives Miteinander ermöglicht und so Aspekte einer offenen, vielfältigen, toleranten und respektvollen Gesellschaft erlebbar macht oder
 - für ihr herausragendes Engagement zur Förderung des gemeinsamen Lernens von Kindern mit und ohne Behinderungen – sowohl schulisches als auch außerschulisches Engagement (z.B. im Bereich des Sports und der kulturellen Bildung) oder
 - für herausragendes Engagement für die Unterstützung und Förderung von Familien – insbesondere derer, die sich Familien in vielfältigen Erscheinungsformen (z.B. Familien, die sich aus Menschen mit und ohne Behinderungen, diversen Geschlechtern und mehreren Generationen zusammensetzen) annehmen oder
 - für ihr herausragendes Engagement zur Förderung der Potenziale und Perspektiven von Menschen mit Behinderungen im Beruf und zur Teilhabe am Arbeitsleben oder
 - für ihr herausragendes Engagement bei der Entwicklung, Sicherung und Verbreitung inklusiver Beschäftigungsverhältnisse und zur Unterstützung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
3. Bei der Auswahl der Preisträgerinnen und Preisträger in beiden unter Ziffer 2. aufgeführten Kategorien wird das Engagement für eine **offene, vielfältige Gesellschaft** besonders berücksichtigt. Das Engagement für eine offene, vielfältige Gesellschaft zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass ganz im Sinne des im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgedankens und Diskriminierungsverbots Beiträge geleistet werden, die das gleichberechtigte Zusammenleben von Menschen jeden Geschlechts, von Menschen mit und ohne Behinderungen, von Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung, von Menschen unterschiedlichen Alters ebenso wie von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund unterstützen.

4. Bezogen auf die Gesamtheit der Preisträgerinnen und Preisträger wird angestrebt, Menschen jeden Geschlechts, Menschen mit und ohne Behinderungen, Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung, Menschen unterschiedlichen Alters sowie Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund gleichermaßen zu berücksichtigen.
5. Das auszuzeichnende Engagement der genannten Akteurinnen und Akteure muss sich im **Verbandsgebiet des LVR, im Rheinland, entfalten**. Bundesweite oder grenzüberschreitende Aktivitäten können ausgezeichnet werden, wenn sie von herausragender Bedeutung für die Aufgaben und Ziele des LVR sind.
6. Kandidatinnen und Kandidaten für die Auszeichnung mit dem Rheinlandtaler **können benannt werden**

...für die Kategorie „Kultur“ von

- den Mitgliedern des Kulturausschusses sowie deren Stellvertretungen
- der Direktorin bzw. dem Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland,

...für die Kategorie „Gesellschaft“ von

- den Mitgliedern des Inklusionsausschusses und des Beirats für Inklusion und Menschenrechte sowie deren Stellvertretungen
- der Direktorin bzw. dem Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland.

Die Vorschläge müssen im Sinne der Ziffern 2.2.1. oder 2.2.2. von der bzw. dem Vorschlagenden eingehend begründet werden.

7. Über die **Verleihung** des Rheinlandtalers in der **Kategorie „Kultur“** entscheidet der Kulturausschuss der Landschaftsversammlung Rheinland in nicht-öffentlicher Sitzung mit Stimmenmehrheit nach Vorberatung (empfehlender Beschluss) der Kommission Rheinlandtaler und Regionale Kulturförderung.
8. Über die **Verleihung** des Rheinlandtalers in der **Kategorie „Gesellschaft“** entscheidet der Ausschuss für Inklusion der Landschaftsversammlung Rheinland in nicht-öffentlicher Sitzung mit Stimmenmehrheit.
9. Es werden insgesamt rund 30 Rheinlandtaler jährlich vergeben. Dabei sollen rund **15 Rheinlandtaler in der Kategorie „Kultur“** und rund **15 Rheinlandtaler in der Kategorie „Gesellschaft“ pro Jahr** verliehen werden. Die Auszeichnung ist mit einem Preisgeld von **je 1.000 Euro** dotiert. Ausgeschlossen von der Auszeichnung sind die Vorschlagsberechtigten. Eine Verleihung des Rheinlandtalers an LVR-Einrichtungen ist möglich, wenn diese gemeinsam mit Externen im Rahmen einer Kooperation ausgezeichnet werden.
10. Der Rheinlandtaler wird in der Regel an den **rheinischen Wirkungsorten** der Auszuzeichnenden durch die Vorsitzende bzw. den Vorsitzenden der Landschaftsversammlung Rheinland oder deren/dessen Vertretung verliehen. Die Verleihung des Rheinlandtalers wird **öffentlichkeitswirksam** dargestellt.

Diese Richtlinien treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Anlage 5:

Richtlinien für die Verleihung des „Mitmänn“

Mit Beschluss des Landschaftsausschusses der 14. Landschaftsversammlung Rheinland zur „Neukonzeption der Auszeichnungen und Preise des LVR“ vom 16.05.2019 beschließt der Landschaftsausschuss diese Richtlinien für die Verleihung des „Mitmänn“.

1. Ab dem Jahr 2020 verleiht der Landschaftsverband Rheinland (LVR) den „Mitmänn“ für **besonderes freiwilliges gesellschaftliches Engagement** von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsene mit und ohne Behinderungen **im Alter von bis zu 27 Jahren**.
2. Folgende formale und inhaltliche Kriterien sind zu erfüllen:
 - 2.1. Auszeichnet werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die sich – alleine oder in einer Gruppe – mit besonders **innovativen oder kreativen eigenen Ideen** („Ideenreichtum“), mit besonderem **persönlichen Engagement** („Herzblut“) oder besonders **ausdauernd** („langer Atem“) vorbildlich für eine **inklusive Gesellschaft heute und in Zukunft einsetzen**.
 - 2.2. Die auszuzeichnenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind zum Zeitpunkt des Bewerbungsschlusses **bis zu 27 Jahre alt**. Für Bewerbungen einer Gruppe von Kindern, Jugendlicher und junger Erwachsener ist das Durchschnittsalter der aktiv Beteiligten maßgeblich.
 - 2.3. Das Engagement der jungen Menschen kann in **unterschiedlichen Themenfeldern** stattfinden.
 - 2.4. Ausdruck findet dieses Engagement darin, dass sich die jungen Menschen in Freizeit, Schule, Ausbildung, Studium oder Betrieb **freiwillig** mit Projekten, Aktionen, Kampagnen oder Organisationen für eine inklusive, offene und vielfältige Gesellschaft, für Wertschätzung und Respekt, für Solidarität, Toleranz und Humanität engagieren.
 - 2.5. Das auszuzeichnende Engagement muss seine Wirkung primär im **Verbandsgebiet des LVR**, im Rheinland, entfalten. Bundesweite oder grenzüberschreitende Aktivitäten können ausgezeichnet werden, wenn sie auch von herausragender Bedeutung für die Aufgaben und Ziele des LVR sind.
3. Beim „Mitmänn“ erfolgt die **Bewerbung** durch die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst. Sofern sie selbst noch nicht volljährig sind, kann die Bewerbung stellvertretend durch Projektverantwortliche oder Erziehungsberechtigte erfolgen; im Falle eines unter Betreuung stehenden jungen Menschen soll die Bewerbung durch die rechtliche Betreuungsperson erfolgen.

4. Für die Teilnahme an dem Auswahlverfahren ist eine aussagekräftige Bewerbung erforderlich, die fristgerecht beim LVR eingegangen ist. Alle notwendigen Informationen, insbesondere das Einreichungsformular sowie die Einreichungsfristen sind online zu finden auf [*URL wird nach deren Einrichtung ergänzt*].
5. Über die **Verleihung** des „Mitmänn“ entscheidet der Landesjugendhilfeausschuss der Landschaftsversammlung Rheinland in nicht-öffentlicher Sitzung mit Stimmenmehrheit.
6. Der „Mitmänn“ ist insgesamt mit einem **Preisgeld** von **10.000 Euro** dotiert und wird im **zweijährlichen Rhythmus** als Platz 1, Platz 2 und Platz 3 vergeben. **Platz 1** erhält **5.000 Euro**, **Platz 2** erhält **3.000 Euro**, **Platz 3** erhält **2.000 Euro**.
7. Der „Mitmänn“ wird durch die Vorsitzende bzw. den Vorsitzenden der Landschaftsversammlung Rheinland oder deren/dessen Vertretung verliehen. Die **Verleihung** des „Mitmänn“ wird **öffentlichkeitswirksam** dargestellt.

Diese Richtlinien treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

TOP 4 Frühförderstrukturen

**TOP 4.1 Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den
Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände**

Vorlage-Nr. 14/3267

öffentlich

Datum: 13.03.2019
Dienststelle: Fachbereich 41
Bearbeitung: Herr Bruchhaus

Landesjugendhilfeausschuss	28.03.2019	Kenntnis
Sozialausschuss	09.04.2019	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	08.05.2019	Kenntnis
Landschaftsausschuss	16.05.2019	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände

Kenntnisnahme:

Der Bericht über die Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände wird gemäß Vorlage Nr. 14/3267 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

B a h r - H e d e m a n n

Zusammenfassung:

Die Landschaftsverbände sind mit der Verabschiedung des Ausführungsgesetzes zum Bundesteilhabegesetz (AG-BTHG NRW) zum 01.01.2020 Träger der Eingliederungshilfe für die Frühförderung geworden.

Die bisherigen Strukturen auf der örtlichen Ebene sind derzeit sehr heterogen. Um das Ziel des Gesetzes, gleiche Lebensverhältnisse in der Frühförderung in ganz NRW zu erreichen, haben die Landschaftsverbände das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG) mit der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen beauftragt.

Die Ergebnisse der Studie liegen nunmehr vor. Weiterhin sind verschiedene Handlungsempfehlungen für die Landschaftsverbände aufgeführt, die sich u.a. auf die Information der Beteiligten, den Aufbau von Strukturen, die Form und den Zeitpunkt der Fallübernahme sowie auf die zu erwartende Fallzahlentwicklung beziehen.

Wichtig erscheint besonders der Hinweis, dass ausschließlich zur Fallübernahme eine auf zwei Jahre befristete Delegation der Bearbeitung der sog. Bestandsfälle empfohlen wird, um einen reibungslosen, nicht von einer möglichen Unterbrechung von Förderprozessen begleiteten Übergang der Leistungsgewährung gestalten zu können. Nur so kann auch zwischen den Eingliederungshilfeträgern ein möglichst effektiver und einheitlicher Aufgabenübergang gewährleistet werden. Ferner empfiehlt das ISG eine intensive, dezentrale Beratung der Leistungsberechtigten vor Ort.

Dem Ziel des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – Weiterentwicklung der Personenzentrierung – wird Rechnung getragen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3267:

Das im Dezember verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat die sozialpolitische Zielsetzung, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und deren volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Mit dem BTHG wird die Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung neu ausgerichtet.

Mit dem am 11.07.2018 verabschiedeten Ausführungsgesetz (AG - BTHG NRW) wurde den Landschaftsverbänden die Aufgabe „Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen der Frühförderung“ übertragen (Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 4). Die Leistungen wurden bislang von den 53 örtlichen Sozialhilfeträgern der Landkreise und kreisfreien Städte wahrgenommen. Die Übernahme der Aufgabe durch die Landschaftsverbände ist zum 01.01.2020 durch die Kinder- und Jugenddezernate vorgesehen.

Aus der im Dezember 2012 veröffentlichten „Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in NRW - Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG)“ wird deutlich, wie unterschiedlich die Strukturen der Frühförderung im Rheinland und Westfalen-Lippe sind.

Ein wichtiges Ziel des Gesetzes und der Landschaftsverbände ist dabei die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse in der Frühförderung in ganz Nordrhein-Westfalen auf der Basis des Bundesteilhabegesetzes und der Frühförderungsverordnung. Um dieses Ziel zu erreichen, haben die Landschaftsverbände gemeinsam das ISG Köln erneut mit der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften beauftragt. Die Ergebnisse der Studie liegen nunmehr vor. Nachfolgend werden einige wesentliche Teilbereiche für den **Landschaftsverband Rheinland (LVR)** dargestellt. Die Klammerzusätze beziehen sich auf die Darstellung im Abschlussbericht der ISG – Studie in 2019.

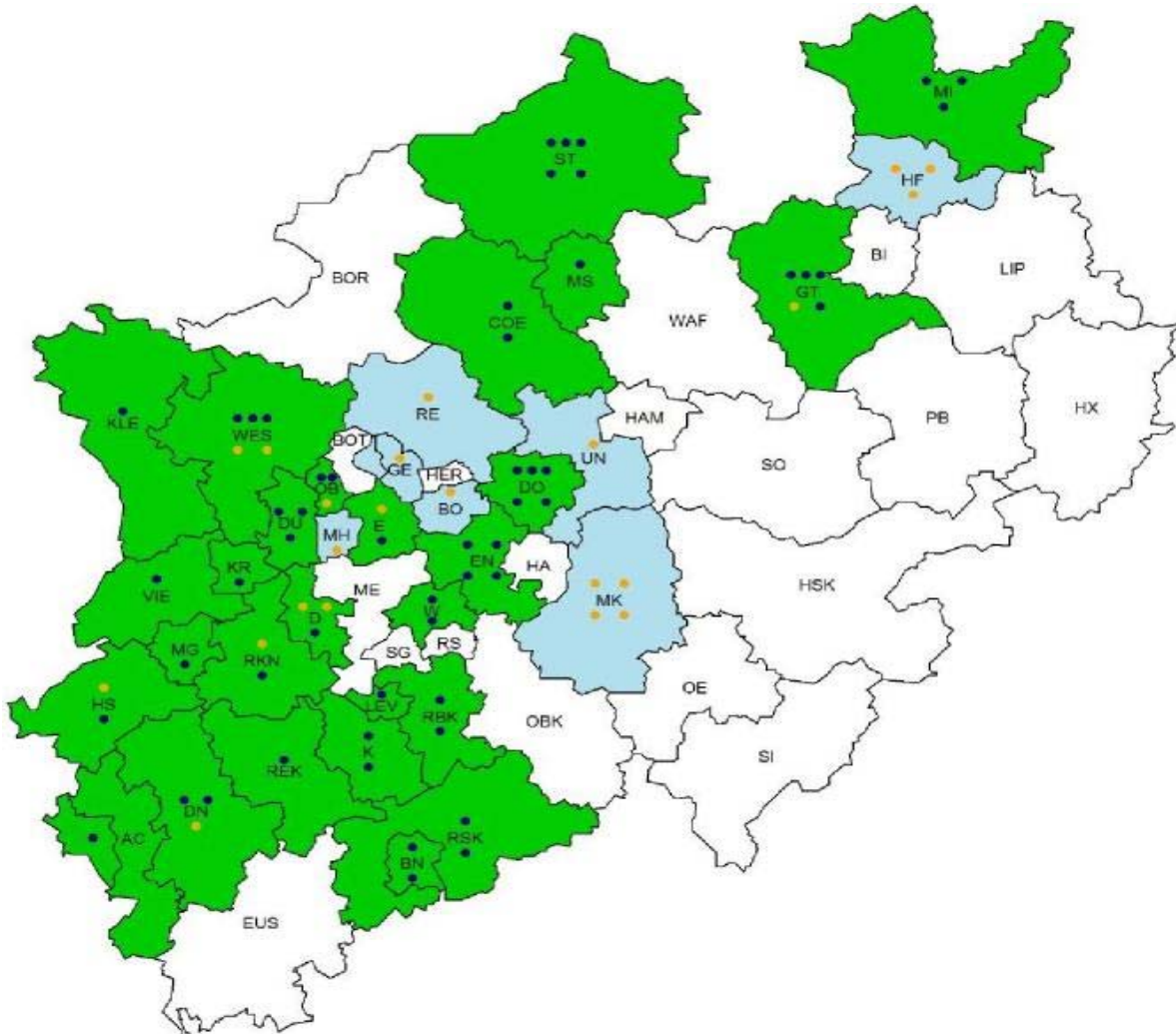
Beschreibung der Institution

Das heterogene Angebot der Frühförderung spiegelt sich in den Rückmeldungen der Leistungsanbieter von Frühförderung wider (52 Rückmeldungen, Mehrfachnennungen möglich). Danach gibt es im Rheinland u.a. 22 anerkannte interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF), die die Komplexeleistung Frühförderung anbieten und 14 heilpädagogische Frühförderstellen, die solitäre heilpädagogische Leistungen anbieten. Darüber hinaus gibt es 12 Frühförderstellen mit psychomotorischem Schwerpunkt oder heilpädagogischen Familienhilfen sowie Autismus-Therapie-Zentren. Die Zahl von 5 heilpädagogischen Praxen zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen erscheint als zu geringe Rückmeldung (vgl. Tab. 30).

IFF in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2012 und 2019

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung seit dem Jahr 2012 des Komplexangebotes in den kreisfreien Städten und Landkreisen Nordrhein-Westfalens: Die grün hinterlegten kreisfreien Städte und Landkreise spiegeln diejenigen Mitgliedskörperschaften wider, in denen bereits im Jahr 2012 mindestens eine IFF

ansässig war. Die dunkelblauen Punkte bilden darüber hinaus die Anzahl der jeweils vorhandenen IFF ab. Neu hinzugekommene Kommunen, bei denen ein Angebot der Komplexleistung erst im Laufe der letzten sieben Jahre entwickelt worden ist, werden in hellblauer Farbe hinterlegt; die orangefarbenen Punkte stellen die seitdem neu eingerichteten IFF dar.



Quelle: Verzeichnisse der Anbieter von Frühförderung

Demnach gibt es nur fünf kreisfreie Städte bzw. Landkreise im Rheinland, die über keine anerkannte interdisziplinäre Frühförderstelle verfügen, wobei in zwei Landkreisen interdisziplinär gearbeitet wird und die gesetzlichen Krankenkassen bereits als Kostenträger in die Frühförderung einbezogen sind (vgl. Abbildung 6).

Ort der Leistungserbringung

Bei den solitären heilpädagogischen Leistungen werden rund 50 % der Leistungen ambulant in der Fördereinrichtung erbracht und rund 50 % mobil (an dem Ort, an dem sich das Kind wesentlich aufhält, zuhause oder in der Kindertageseinrichtung). Anders verhält es sich bei den Komplexleistungen. Hier werden rund 80 % in der Frühförderinstitution und rund 20 % mobil erbracht. Bei der mobilen Leistungserbringung liegt der Anteil der Betreuung in der Kindertageseinrichtung höher als im häuslichen Umfeld des Kindes (vgl. Tab. 34).

Durchschnittliche Dauer der Förderung pro Kind in Monaten

Die durchschnittliche Gesamtdauer, mit der die Kinder Frühförderung erhalten, beträgt sowohl bei den solitären heilpädagogischen Leistungen als auch bei den Komplexleistungen 24 Monate. Bei einem Bewilligungszeitraum von 12 Monaten, ergeben sich pro Kind zwei Bewilligungen (jeweils eine pro Jahr) (vgl. Tab. 40).

Durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit in Minuten

Die durchschnittliche Dauer der Fördereinheit inklusive Vor- und Nachbereitung beträgt sowohl bei Einrichtungen ohne Angebot einer Komplexleistung, als auch bei Einrichtungen mit dem Angebot einer Komplexleistung rund 96 Minuten (vgl. Tab. 38).

Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche

Bei der Häufigkeit der Leistungserbringung (LE) pro Kind / Woche ist ein Unterschied zwischen Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (1,2 LE) und den Einrichtungen mit dem Angebot der Komplexleistung (2,0 LE) festzustellen. Dies bedeutet, dass außerhalb der Schließzeiten der Kindertageseinrichtungen die Kinder durchschnittlich zwei Fördereinheiten pro Woche erhalten (vgl. Tab. 39).

Gründe für die Beendigung der Förderung

Als Gründe für die Beendigung der Förderung wurden u.a. der erfolgreiche Abschluss der Förderung, ein Wechsel der Einrichtung bzw. der Maßnahme und die Einschulung des Kindes genannt.

Auffallend ist, dass bei den solitären heilpädagogischen Leistungen rund 72 % den Abschluss als erfolgreich angegeben haben, während es bei den Komplexleistungen lediglich 16 % sind. Die Einschulung des Kindes führte bei 89 % der Kinder bei Solitärleistungen und 100 % der Kinder bei Komplexleistungen zur Beendigung der Maßnahme. Die Beendigung der Maßnahme durch die Eltern kommt sowohl bei den Solitärleistungen (3 %) als auch bei der Komplexleistung (7%) fast gar nicht vor (vgl. Abbildung 2).

Fallzahl der geförderten Kinder und finanzielle Aufwendungen für Frühförderleistungen für das Jahr 2017

	Solitäre heilpädagogische Leistungen	Heilpäd. und medizinisch-therapeutische Leistungen einschl. Komplexleistungen	Zusätzliche Leistungen	Alle Leistungen insgesamt
	LVR	LVR	LVR	LVR
Anzahl der Antworten	25	23	15	26
Geförderte Kinder im Gesamtjahr				
Summe	5.604	14.468	838	20.910
3. Quartilswert	342	862	31	1.106
Geförderte Kinder im Dezember				
Summe	3.608	6.991		10.599
3. Quartilswert	221	378		506
Gesamtjahresaufwand in Millionen Euro				
Summe	12,13	22,96	2,82	37,92
3. Quartilswert	0,62	1,42	0,12	1,99
Mittelwerte (Berechnungen - ISG)				
Durchschnittliche jährliche Fallkosten pro Kind	3.362 €	3.285 €		3.577 €
Der Quartilswert bildet mittlere Werte einer Datenreihe ab. Hierbei wird die zugrundeliegende Datenverteilung nach aufsteigender Größe geordnet und in vier Viertel (Quartile) geteilt. In der Regel wird der dritte Quartilswert genommen. Damit wird sichergestellt, dass "Ausreißerwerte" nicht dazu führen, dass der tatsächliche Mittelwert unterschätzt wird.				

Das ISG hat zwei Zahlen abgefragt, Stichtag Dezember und jährliche Fallzahl. Bei der Fallübernahme am 01.01.2020 ist die Stichtagserhebung von entscheidender Bedeutung. Der tatsächliche Aufwand, mit dem zukünftig über das gesamte Jahr zu rechnen ist, wird mit der jährlichen Fallzahl markiert. Es wird deutlich, dass die Zahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr fast doppelt so groß ist (20.910), wie die der Stichtagserhebung im Dezember (10.599) (vgl. Tab. 20).

Diese scheinbar widersprüchlichen Zahlen lassen sich leicht mit der unterjährigen Bewilligung und den unterjährigen Beendigungen von Frühförderleistungen erklären, die vielfach an das Kindergartenjahr gebunden sind und mit den Sommerferien auf der Grundlage einer Begleit- oder Abschlussdiagnostik entweder neu bewilligt werden oder auslaufen. Tatsächlich ist gem. BTHG aber damit zu rechnen, dass auch mit einer Verlängerung der Förderung ein neuer Teilhabeplan aufzustellen ist.

Darüber hinaus hat ISG eine Hochrechnung zum Jahresende 2019 vorgenommen und kommt zu dem Ergebnis, dass durch Abgänge bzw. Zugänge sich ein monatlicher Zuwachs von 140 Fällen ergibt. Auf ein Jahr bezogen ist dies eine Steigerung von rund 7 % und damit ein wesentlicher Aufwuchs des zukünftigen Aufwands.

Neben der Entwicklung der Fallzahlen der Frühförderung sind aber auch die Fälle zu berücksichtigen, für die der LVR bereits jetzt zuständig ist. Es handelt sich dabei um

rund 8.500 Kinder, die die FInK – Förderung erhalten und rund 1.500 Kinder in heilpädagogischen Gruppen bzw. Einrichtungen (insgesamt rund 10.000 Kinder). Diese werden in einer Übergangszeit in das neue System zu überführen sein, somit aber in der Bearbeitung durch den LVR verbleiben.

Damit ist realistischer Weise damit zu rechnen, dass der LVR zukünftig für ca. 30.000 Kinder in der Frühförderung und den heilpädagogischen Leistungen zuständig wird. Die Tendenz ist eindeutig steigend.

Bei der Fallkoordination und beim Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung eingesetztes Personal

Für die Bearbeitung der Fallkoordination (u.a. Hilfeplanung, Förder- und Teilhabeplanung, konzeptionelle Abstimmungen) haben die Kommunen in Nordrhein-Westfalen insgesamt 88 Vollzeitstellen im Einsatz. Hiervon fallen 57 Vollzeitstellen auf die Fallkoordination im Rahmen der solitären heilpädagogischen Leistungen und 33 Vollzeitstellen auf die Fallkoordination im Rahmen der heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen. Rechnerisch ergeben sich somit 7,5 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkinder bei den solitären heilpädagogischen Leistungen und 7,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkinder bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen.

Allerdings ist zu bedenken, dass sich bei der Umfrage zur Fallkoordination lediglich 26 Mitgliedskörperschaften landesweit beteiligt haben und nicht unterschieden wird, wie viele rheinische bzw. westfälische Mitgliedskörperschaften darunter sind, so dass man davon ausgehen kann, dass die Werte nicht valide sind. Dass diese Werte unter Umständen nicht valide sind, wurde bereits bei der Formulierung des Fragenkatalogs diskutiert. Trotzdem sollte nicht auf die Nachfrage nach dem zur Fallkoordination eingesetzten Personal verzichtet werden (vgl. Tab.9).

Bei dem Verwaltungspersonal haben sich 25 rheinische Mitgliedskörperschaften beteiligt, so dass diese Befragungsergebnisse valide sind. Im Durchschnitt ergeben sich 2,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkinder, die mit dem Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung beschäftigt sind (vgl. Tab. 10).

Zuständige Ämter bei der Gewährung von Frühförderleistungen

Sowohl bei den solitären heilpädagogischen Leistungen als auch bei den heilpädagogisch und medizinisch-therapeutischen Leistungen einschließlich der Komplexleistungen ist die Verteilung der zuständigen Ämter nahezu identisch: Sozialamt (65 %), Gesundheitsamt (27%), sonstige Fachstellen (8%) (vgl. Tab. 5).

Konkrete Fallübernahme

Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt im Rheinland bei 21 Mitgliedskörperschaften ausschließlich in Papierform, bei 3 Mitgliedskörperschaften in Mischform und lediglich bei 2 Mitgliedskörperschaften in elektronischer Form.

Softwareeinsatz für die Verwaltung der Frühförderung erfolgt für das Fallmanagement bei 9 Mitgliedskörperschaften und für die Abrechnung bei 18 Mitgliedskörperschaften. Hieraus wird sich bei Übergabe der Fälle sowohl für die beteiligten Mitgliedskörperschaften als auch für den LVR ein erheblicher Verwaltungsaufwand ergeben (vgl. Tab. 23).

Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten

Von den 26 Mitgliedskörperschaften des LVR arbeiten lediglich 7 (27%) mit einem Berichtswesen bzw. einem Steuerungsinstrument. Dabei ist die Form des Berichtswesens bzw. der Steuerungsinstrumente sehr unterschiedlich und reichen von einfachen Kennzahlenvergleichen, über Datenbanken und Prognosen bis hin zu Quartals- und Jahresberichten. Auch in diesem Arbeitsbereich wird es nach Übernahmen zu einem sehr großen Verwaltungsaufwand kommen, um annähernd ein identisches Berichtswesen / Steuerungswesen aufzubauen (vgl. Tab. 16).

Handlungsempfehlungen

Das ISG hat aus den Ergebnissen der Studie und dem stattgefundenen Kommunikationsprozess verschiedene Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Dabei geht es u.a. um die Information der Beteiligten, die bestehenden Strukturen, den Aufbau von Vor-Ort-Ansprechpartnern_innen, die personenbezogene Leistungsgewährung und den Übergang der Leistungsträgerschaft.

Wichtig erscheint besonders der Hinweis, dass ausschließlich zur Fallübernahme eine auf zwei Jahre befristete Delegation der Bearbeitung der sog. Bestandsfälle empfohlen wird, um einen reibungslosen, nicht von einer möglichen Unterbrechung von Förderprozessen begleiteten Übergang der Leistungsgewährung gestalten zu können. Nur so kann auch zwischen den Eingliederungshilfeträgern ein möglichst effektiver und einheitlicher Aufgabenübergang gewährleistet werden. Ferner empfiehlt ISG eine intensive, dezentrale Beratung der Leistungsberechtigten vor Ort (vgl. Ziffer 8).

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass sowohl die Präsentation der ISG im Sozial- und Landesjugendhilfeausschuss als auch der Abschlussbericht mit gesondertem Schreiben versandt werden.

In Vertretung

B a h r – H e d e m a n n

INSTITUT FÜR
SOZIALFORSCHUNG UND
GESELLSCHAFTSPOLITIK



Ausgewählte Ergebnisse der
*Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den
Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände*

Präsentation am 28. März 2019 beim Landesjugendhilfeausschuss
in Köln

Dr. Dietrich Engels und Lisa Huppertz

Gliederung

- I. Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen
- II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger
- III. Befragung der Leistungsanbieter
- IV. Handlungsempfehlungen

I. Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen

Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge (heilpädagogisch)

			Gesamt (N=100)					LVR (N=65)					LWL (N=35)				
			N	ø	Med	Min	Max	N	ø	Med	Min	Max	N	ø	Med	Min	Max
Umfang der Fördereinheiten (in Minuten)																	
ambulant	Umfang	Min.	79	83	90	45	150	28	83	90	45	120	51	83	90	45	150
	Direkt	Min.	69	58	60	30	120	28	57	60	30	90	41	58	60	45	120
		%	57	67%	67%	40%	100%	18	66%	67%	50%	100%	39	67%	67%	40%	100%
	Indirekt	Min.	54	36	30	10	75	23	29	30	15	60	31	42	45	10	75
%		48	38%	42%	15%	56%	17	36%	33%	15%	50%	31	39%	43%	17%	56%	
mobil	Umfang	Min.	15	116	119	93	160	8	137	135	119	160	7	93	93	93	93

durchschnittliche ambulante Förderdauer

kleinste ambulante Förderdauer

größte ambulante Förderdauer

Verhältnis zwischen direkten und indirekten Leistungsbestandteilen

durchschnittliche mobile Förderdauer

I. Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen

Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge (heilpädagogisch)

			Gesamt (N=100)					LVR (N=65)					LWL (N=35)				
			N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
			Vergütung der Fördereinheiten (in Euro)														
ambulant	Einzel	FE	84	78	75	40	133	33	77	71	42	133	51	79	87	40	126
		45 Min.	61	46	44	20	72	24	43	47	20	62	37	48	44	20	72
	Gruppe	FE	44	56	53	20	102	10	50	45	20	97	34	58	58	28	102
		45 Min.	32	31	32	12	49	7	26	27	12	49	25	32	33	20	40
mobil	Einzel	FE	35	81	76	61	141	10	86	81	71	113	25	79	72	61	141
		45 Min.	26	54	54	23	79	7	44	45	30	61	19	58	61	23	80

Legende: N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Min. = Minuten, % = prozentualer Anteil an der gesamten Fördereinheit, Einzel = Einzelförderung, Gruppe = Gruppenförderung (2 Kinder), FE = Vergütung pro Fördereinheit, 45 Min. = Vergütung pro 45 Minuten, N = Anzahl der Antworten, Ø = Durchschnitt, Med = Median, Min = kleinster Wert, Max = größter Wert.

durchschnittliche Vergütung einer 45-minütigen ambulanten Einzelfördereinheit
 durchschnittliche Vergütung einer 45-minütigen ambulanten Gruppenfördereinheit
 durchschnittliche Vergütung einer 45-minütigen mobilen Einzelfördereinheit

I. Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen

Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge (Komplexleistungen)

	Gesamt (N=50)					LVR (N=33)					LWL (N=17)				
	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
Die Kosten der Eingangsdagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans trägt															
SH	50	27%	0%	0%	75%	33	10%	0%	0%	50%	17	61%	58%	50%	75%
KK	50	73%	100%	25%	100%	33	90%	100%	50%	100%	17	39%	42%	25%	50%
Die Kosten der Fördereinheiten trägt															
SH	49	63%	63%	40%	75%	33	61%	60%	40%	72%	16	68%	70%	58%	75%
KK	49	37%	37%	25%	60%	33	39%	40%	35%	60%	16	32%	30%	25%	42%

Legende: SH = Sozialhilfeträger, KK = Krankenkasse, N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Ø = Mittelwert (Durchschnitt), Med = Mittelwert (Median), Min = kleinster Wert, Max = größter Wert

Kostenteilung zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger bei der Eingangsdagnostik

Kostenteilung zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger bei den Fördereinheiten

II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Ausgewählte Ergebnisse: Zuständige Ämter bei der Leistungsgewährung

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Für solitäre "heilpädagogische Leistungen" zuständige Ämter						
Insgesamt	81	100%	37	100%	44	100%
... davon Sozialamt	46	57%	24	65%	22	50%
... davon Gesundheitsamt	29	36%	10	27%	19	43%
... davon sonstige Fachstellen	6	7%	3	8%	3	7%
Für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen) zuständige Ämter						
Insgesamt	58	100%	34	100%	24	100%
... davon Sozialamt	35	60%	22	65%	13	54%
... davon Gesundheitsamt	18	31%	9	26%	9	38%
... davon sonstige Fachstellen	5	9%	3	9%	2	8%

Im LVR ist häufiger das Sozialamt an der Leistungsgewährung beteiligt als im LWL, im LWL häufiger das Gesundheitsamt als im LVR.

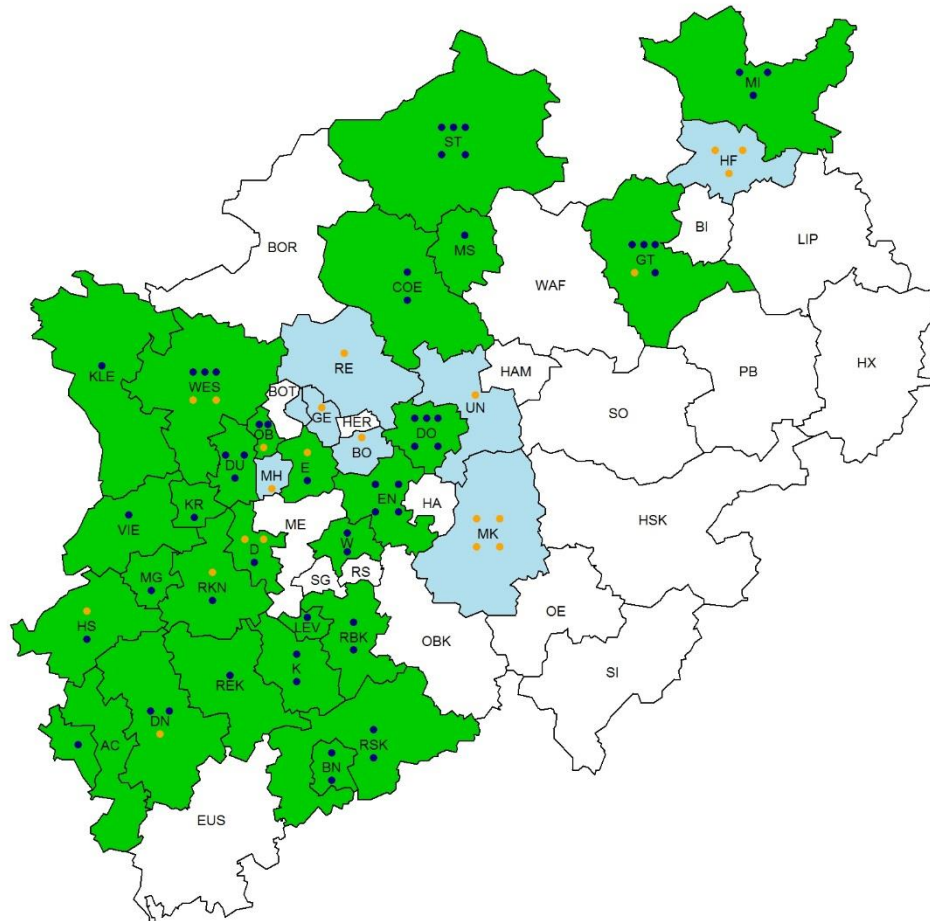
Die ursprüngliche Annahme, dass das Gesundheitsamt in der Regel für die Eingangsdiagnostik und das Sozialamt für die Bewilligung der Leistungen zuständig ist, trifft in vielen Kommunen nicht zu.

Beispiele:

- Die Zuständigkeit für eine einzelne Leistung ist über mehrere Ämter verteilt.
- Das Sozialamt ist gar nicht involviert, lediglich das Gesundheitsamt.
- Besondere Fachstellen (z. B. Inklusionskoordinationsstelle, Fachstelle Frühe Hilfen) sind zuständig.

II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Ausgewählte Ergebnisse: Eingerichtete IFF in 2012 und 2019



Grüne Flächen:

Kommunen, in denen bis 2012 mindestens eine IFF eingerichtet worden ist

Hellblaue Flächen:

Kommunen, in denen zwischen 2012 und 2019 mindestens eine IFF eingerichtet worden ist

Dunkelblaue Punkte:

IFF, die bis 2012 eingerichtet worden sind

Orangefarbene Punkte:

IFF, die zwischen 2012 und 2019 eingerichtet worden sind

Komplexleistungsangebot im LVR

2012: 20 Kommunen mit insg. 31 IFF

2019: 21 Kommunen mit insg. 41 IFF

II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Ausgewählte Ergebnisse: eingesetztes Personal in den Kommunen

(Angabe von Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkinder für den Monat Dezember 2017)

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpädagog. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)		
	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil
an der Diagnostik beteiligte Akteurinnen/Akteure (N=25)						
insgesamt	45,6	5,9	100%	17,7	2,3	100%
Gesundheitsamt	24,6	3,2	54%	12,0	1,6	68%
Niedergel. Kinderärzte/innen	0,0			0,0		
Interdisziplinäre Frühförderstellen	1,0	0,1	2%	2,9	0,4	16%
Sozialpädiatrisches Zentrum	1,1	0,1	2%	1,0	0,1	6%
Heilpädagogen/innen	14,6	1,9	32%	0,4		2%
Sonstige	4,4	0,6	10%	1,5	0,2	8%
bei der Fallkoordination eingesetztes Personal (N=26)						
insgesamt	57,0	7,5	100%	33,0	7,6	100%
Heilpädagogen/innen	10,5	1,4	18%	3,4	0,8	10%
Sonderpädagogen/innen	0,0			0,0		
Sozialpädagogen/innen	11,6	1,5	20%	7,1	1,6	21%
Sachbearbeiter/innen	31,3	4,1	55%	21,5	4,9	65%
Sonstige	3,6	0,5	6%	1,1	0,2	3%
bei übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal (für beide Leistungen insgesamt; N=12)						
Sonstige	8,3	1,1	100%			

Durchschnittlich pro 1.000 Frühförderkindern eingesetztes Personal in Vollzeitstellen:

Diagnostik

Solitärleistung: 5,9 VZS

Komplexleistung: 2,3 VZS

Fallkoordination

Solitärleistung: 7,5 VZS

Komplexleistung: 7,6 VZS

Übergeordnete Tätigkeiten

Beide Leistungsformen: 1,1 VZS

Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung

Beide Leistungsformen: 4,3 VZS

II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Ausgewählte Ergebnisse: Finanzdaten und Fallzahlen für 2017

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpäd. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)			Alle Leistungen insgesamt		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	51	25	26	37	23	14	53	26	27
Geförderte Kinder im Gesamtjahr									
Summe	18.801	5.604	13.197	21.579	14.468	7.111	41.478	20.910	20.568
Mittelwert (Durchschnitt)	369	224	508	583	629	508	783	394	762
Mittelwert (Median)	317	176	442	446	460	390	598	632	559
3. Quartilswert	521	342	603	782	862	758	1.056	1.106	1.037
Kleinster Wert	7	22	7	27	60	27	9	103	9
Größter Wert	1.981	550	1.981	2.626	2.626	1.009	2.715	2.715	2.713
Geförderte Kinder im Dezember									
Summe	12.517	3.608	8.910	11.856	6.991	4.865	24.374	10.599	13.775
Mittelwert (Durchschnitt)	245	144	343	320	304	347	460	408	510
Mittelwert (Median)	202	91	267	332	332	319	350	341	367
3. Quartilswert	333	221	442	493	378	510	672	506	743
Kleinster Wert	5	7	5	19	35	19	8	52	8
Größter Wert	1.339	393	1.339	862	862	693	1.841	1.246	1.841
Gesamtjahresaufwand in Millionen Euro									
Summe	39,67	12,13	27,54	36,86	22,96	13,89	79,91	37,92	42,00
Mittelwert (Durchschnitt)	0,78	0,49	1,06	1,02	1,00	1,07	1,51	1,48	1,56
Mittelwert (Median)	0,62	0,30	1,01	0,78	0,68	0,85	1,09	1,02	1,10
3. Quartilswert	1,10	0,62	1,18	1,50	1,42	1,62	2,09	1,99	2,54
Kleinster Wert	0,02	0,02	0,02	0,00	0,09	0,00	0,03	0,24	0,03
Größter Wert	3,12	1,51	3,12	3,69	3,69	2,61	5,37	5,37	4,76
Quoten und Mittelwerte (eigene Berechnungen)									
Geförderte Kinder im Dezember / geförderte Kinder im Gesamtjahr	65,4%	62,5%	67,6%	61,9%	58,0%	69,2%	61,5%	57,0%	65,8%
Geförderte Kinder im Dezember / Kinder in altersgleicher Bevölkerung	1,3%	0,8%	1,8%	1,5%	1,3%	1,8%	2,2%	1,8%	2,6%
Durchschnittliche jährliche Fallkosten pro Kind	3.477 €	3.634 €	3.333 €	3.498 €	3.893 €	2.782 €	3.588 €	3.798 €	3.386 €

LVR

Geförderte Kinder

Dezember: 10.599

Gesamtjahr: 20.910

- davon Solitär: 26,8 %

- davon Komplex: 69,2 %

- davon sonstige: 4,0 %

Gesamtaufwand für alle Leistungen

(inkl. zusätzliche

Leistungen):

37,92 Mio. Euro

Durchschnittliche jährliche Fallkosten:

3.798 Euro

Quote „Kinder im Leistungsbezug“ / „Kinder in altersgleicher Bevölkerung“: 1,8 %

Gesamt

Jährliche Fallzahlsteigerung seit 2012:

- Solitär: -3,2 %

- Komplex: +50,5 %

II. Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Ausgewählte Ergebnisse: Konkrete Fallübernahme

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt...						
...in Papierform	38	73%	21	81%	17	65%
...elektronisch	2	4%	2	8%	0	0%
...in Mischform	12	24%	3	12%	9	35%
Über die Einzelfallakten hinaus						
...müssen weitere Akten für die Fallführung übernommen werden	11	21%	2	8%	9	35%
Die Verwaltung der Frühförderung erfolgt über eine Software...						
...für das Fallmanagement	21	40%	9	35%	12	46%
...für die Abrechnung	34	65%	18	69%	16	62%

Im Rheinland liegen nahezu alle Akten entweder in Papier- oder in Mischform vor, eine rein elektronische Aktenführung findet in lediglich zwei Kommunen Anwendung.

Von zwei Kommunen im LVR müssen neben den Fallakten weitere Akten übernommen werden (z. B. ärztliche Diagnosen vom Hausarzt, Verwaltungsakten etc.).

Ausgewählte Ergebnisse: Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten (Controlling)

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	52		26		26	
Ja	24	46%	7	27%	17	65%
Nein	28	54%	19	73%	9	35%

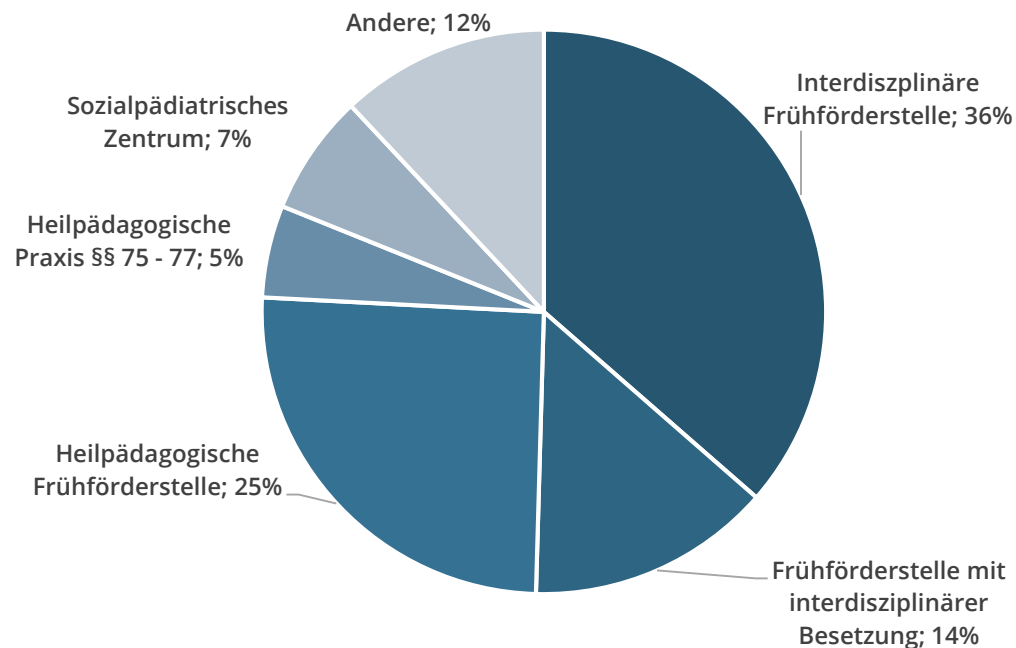
Nur etwa jede vierte Kommune des LVR verwendet für die Frühförderung ein Berichtswesen oder ein Steuerungsinstrument.

III. Befragung der Leistungsanbieter

Ausgewählte Ergebnisse: Verteilung der Kinder auf die Einrichtungsformen

In den 131 Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, wurden im Jahr 2017 insgesamt 20.080 Kinder gefördert.

Verteilung der Kinder auf die Einrichtungsformen



III. Befragung der Leistungsanbieter

Ausgewählte Ergebnisse:

Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
Alle Einrichtungen	1,3	1,6	1,2
...davon Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung	1,1	1,2	1,1
...davon Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung	1,8	2,0	1,6

Im Rheinland erhalten Kinder in Einrichtungen ohne Komplexleistungsangebot durchschnittlich 1,2-Mal und in Einrichtungen mit entsprechendem Angebot durchschnittlich 2,0-Mal pro Woche Förderleistungen.

Durchschnittliche Förderdauer pro Kind in Monaten

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
für solitäre „heilpädagogische Leistungen“			
Mittelwert	24	24	24
kleinster Wert	6	12	6
größter Wert	60	36	60
für Komplexleistungen			
Mittelwert	25	24	25
kleinster Wert	12	12	12
größter Wert	54	42	54

Die durchschnittliche Förderdauer pro Kind beträgt genau zwei Jahre – dies bedeutet, dass „Bestandsfälle“, die von den Kommunen übernommen würden, nach etwa zwei Jahren „abgeschmolzen“ wären.

III. Befragung der Leistungsanbieter

Ausgewählte Ergebnisse:

Ort der Leistungserbringung

	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"					
In der Einrichtung	48%	65%	50%	46%	52%
Zuhause	25%	11%	25%	28%	20%
In der Kita	27%	24%	25%	27%	27%
Komplexleistungen					
In der Einrichtung	44%	69%	66%	69%	71%
Zuhause	26%	13%	16%	15%	7%
In der Kita	30%	18%	18%	16%	22%

Im Rheinland werden die Leistungen in etwa zwei von drei Fällen ambulant erbracht, d. h. in der Einrichtung selbst, und in einem von drei Fällen mobil, d. h. im Zuhause des Kindes oder in der KiTa.

Gründe der Beendigung

- Beendigung auf Wunsch der Eltern, Wechsel der Einrichtung oder Maßnahme: **selten** bis **nie**
- Erfolgreicher Abschluss der Förderung: **oft** bei Solitärleistungen, jedoch **selten** bei Komplexleistungen
- Einschulung des Kindes: **sehr oft**
- Andere Gründe: Hohes Desinteresse und/oder mangelnde Kooperationsbereitschaft der Eltern, Beendigung der Kostenzusage im Falle eines Inklusionsplatzes, Wohnortwechsel der Familie, Ablehnung der Weiterbewilligung, plötzlicher Kindestod

IV. Handlungsempfehlungen

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

1. Information aller Beteiligten

Nach der Kommunikation, die das ISG im Zuge seiner Befragungen geführt hat, herrscht teilweise Unklarheit über die zukünftige Gestaltung der Frühförderung. Alle Beteiligten sollten kurzfristig und umfassend über den Fortgang der Überlegungen und die geplante Umsetzung informiert werden.

2. Umfassender Übergang aller Leistungen

Das ISG empfiehlt einen umfassenden Übergang, d. h. der Komplexleistung Frühförderung sowohl in anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen als auch in zur Erbringung der Komplexleistung anerkannten Sozialpädiatrischen Zentren ebenso wie der heilpädagogischen Leistungen, damit auch in Zukunft diese Leistungen aus einer Hand gewährt werden und kein „Zuständigkeitschaos“ entsteht.

3. Steigende Fallzahlen bei Komplexleistung

Die Befragungsergebnisse geben Hinweise darauf, dass Komplexleistungen sowohl absolut als auch relativ stetig zunehmen. Auch darauf sollten die Landschaftsverbände vorbereitet sein und das Komplexleistungsangebot entsprechend ausbauen.

4. Vereinheitlichung der Strukturen

Neben der Empfehlung das Komplexleistungsangebot auszubauen, sollten auch die unterschiedlichen Strukturen der Leistungsgewährung zwischen dem Rheinland und Westfalen-Lippe in Richtung auf eine Vereinheitlichung weiterentwickelt werden.

5. Aufbau auf bestehende Strukturen

Der Übergang der Leistungsträgerschaft sollte in Kontinuität erfolgen. Ein erfolgreicher Übergang kann nur dann erfolgen, wenn zumindest zunächst auf bestehende Strukturen aufgebaut wird. Dieses gilt insbesondere für den Bereich der Eingangsdiagnostik, die in Westfalen-Lippe in einer Vielzahl von Fällen und im Rheinland in einigen Fällen über die Kreise und Städte selbst – beispielsweise über das Gesundheitsamt oder eigene Clearingstellen – erfolgt. In Kommunen ohne IFF können diese Strukturen in Form von Clearingstellen später ggf. zu IFF weiterentwickelt werden.

IV. Handlungsempfehlungen

6. Übergang der Leistungsträgerschaft zum Schuljahreswechsel

Nach einer Modellrechnung des ISG wäre bei einem Übergang zum August 2020 noch mit ca. 18.000 Bestandsfällen zu rechnen, und im August 2021 wären es ca. 6.000 Bestandsfälle. Ab August 2022 dürfte nur noch mit wenigen Bestandsfällen zu rechnen sein. Ein Übergang der Leistungsträgerschaft sollte zum Schuljahreswechsel erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt viele Bestandsfälle auslaufen.

7. Aktenführung in Papierform

Die ISG-Befragung der Kommunen hat ergeben, dass lediglich zwei Kommunen im Rheinland ihre Akten elektronisch führen, während in allen anderen Kommunen die Aktenführung in Papier- bzw. Mischform erfolgt. Darauf müssen die Landschaftsverbände im Hinblick auf den Übergang vorbereitet sein.

8. Personenbezogene Leistungsgewährung

Von den derzeit praktizierten Vergütungsformen finden personenzentrierte Pauschalen häufiger Anwendung als Fallpauschalen oder Einrichtungspauschalen. Da die personenbezogene Leistungsgewährung am ehesten der Intention des BTHG entspricht, empfiehlt das ISG diese Vergütungsform.

9. Ansprechpartner/innen in der Fläche

Um eine ortsnahe Leistungsgewährung sicherzustellen, empfiehlt das ISG, Ansprechpartnerinnen und -partner in der Fläche vorzusehen. Dies kann regional unterschiedlich durch Anlaufstellen oder durch zeitlich begrenzte Sprechstunden umgesetzt werden.

10. Fortführung der Netzwerkarbeit in den Kommunen

Diese Ansprechpartnerinnen und -partner sollten die Leistungsstrukturen auf kommunaler Ebene gut kennen und die Netzwerkarbeit in den Kommunen fortführen. Soweit die Kommunen auch nach 2019 in die Leistungsgewährung einbezogen werden, sollten sie auch diese Aufgabe übergangsweise weiter fortführen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Dietrich Engels und Lisa Huppertz

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Weinsbergstraße 190, 50825 Köln

Tel. 0221 – 1306550

E-Mail: huppertz@isg-institut.de

Web: www.isg-institut.de



Köln | 19. März 2019

Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände

Abschlussbericht

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Bearbeitung:

Lisa Huppertz, Dr. Dietrich Engels

Unter Mitarbeit von:

Linda Froese, Vanessa Wittemann

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Einleitung.....	4
2.1 Das System der Frühförderung.....	5
2.2 Rechtliche Grundlagen.....	6
2.3 Aufgabenstellung der Untersuchung	8
3. Methodisches Vorgehen	10
3.1 Zusammenarbeit mit den derzeitigen Leistungsträgern	10
3.2 Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen.....	12
3.3 Analyse der Qualitätsbegriffe und -standards	15
3.4 Schriftliche Befragungen der Leistungsträger und Leistungsanbieter 16	
4. Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen	20
4.1 Bilaterale Verträge	20
4.2 Dreiecksverträge	23
5. Ergebnisse der Befragung der derzeitigen Leistungsträger	26
5.1 Allgemeine Angaben	26
5.2 Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung	28
5.3 Finanzdaten und Fallzahlen	39
5.4 Konkrete Fallübernahme.....	47
5.5 Ideen für die Aufgabenübernahme und Qualitätsbegriffe.....	48
5.6 Clearing- und Diagnostikstellen	50
6. Ergebnisse der Befragung der Leistungsanbieter	55
6.1 Beschreibung der Institution und der personellen Besetzung	55
6.2 Angebot und Ausgestaltung der Frühförderleistungen.....	60
6.3 Kooperationen mit anderen Einrichtungen.....	68
6.4 Zugang zu den Leistungen.....	71
6.5 Kinder mit Frühförderbedarf	78
6.6 Frühförderung aus Sicht der Sozialpädiatrischen Zentren	81
7. Vergleich mit dem Jahr 2012	84
8. Fazit und Handlungsempfehlungen	87

9. Verzeichnisse	94
9.1 Tabellenverzeichnis	94
9.2 Abbildungsverzeichnis	97

1. Vorbemerkung

Die Trägerschaft für Leistungen der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe wird auf Grundlage des Ausführungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (AG BTHG NRW) zum 01.01.2020 von den Kreisen und kreisfreien Städten auf die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) übertragen. Um einen Überblick über die gegenwärtigen Strukturen in der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen zu erhalten, haben die beiden Landschaftsverbände das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) mit der Studie „Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände“ beauftragt.

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Studie und damit auch für den Prozess der Aufgabenübernahme stellte die Mitwirkungsbereitschaft seitens der gegenwärtigen kommunalen Träger sowie der Anbieter von Frühförderleistungen dar, von denen relevante Informationen zur derzeitigen Ausgestaltung der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen erfasst werden sollten.

Dazu wurden die 53 Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände nach Auftaktveranstaltungen mit deren Sozialdezernenten und -dezernentinnen um die Übermittlung von Verträgen mit Leistungsanbietern, die Teilnahme an einer Befragung und die Darlegung von Informationen zu Struktur, Leistungsgewährung und Vergütung der Frühförderung gebeten. Zwölf Vertreterinnen und Vertreter aus insgesamt acht nordrhein-westfälischen Kommunen haben das ISG im Rahmen eines Pretests bei der Erstellung der Fragebögen unterstützt. Neben den derzeitigen Leistungsträgern wurden darüber hinaus auch Frühfördereinrichtungen und weitere Anbieter von Frühförderleistungen befragt. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse dieser Befragungen und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen.

Die Mitwirkungsbereitschaft und das Vertrauen, das dem ISG bei der Durchführung der Studie entgegengebracht wurde, war sowohl seitens der Kommunen als auch der Frühfördereinrichtungen sehr hoch.

Aus diesem Grund möchten wir uns ganz herzlich bei allen Akteurinnen und Akteuren für ihre Unterstützung bedanken!

2. Einleitung

Das im Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfasst eine Reihe von gesetzlichen Veränderungen, die insgesamt darauf abzielen, die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen und Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen. In der Gesetzesbegründung der Bundesregierung wird das grundlegende Ziel der Reform so beschrieben:

„Die Leistungen für Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, sollen aus dem bisherigen ‚Fürsorgesystem‘ herausgeführt und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden.“¹

Das BTHG tritt in vier Stufen in Kraft. Dabei erfolgt die umfassende Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe einschließlich der Verlagerung in das Teilhaberecht des SGB IX im Jahr 2020. Bereits im Vorfeld wurden aber viele Veränderungen in die Wege geleitet, die sich auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auswirken. Diese Änderungen haben unter anderem das Ziel, die Leistung der Eingliederungshilfe von einer Einrichtungs- hin zu einer Personenzentrierung zu verlagern. Weiterhin ist es die Aufgabe der Länder, die zukünftigen Träger der Eingliederungshilfe zu bestimmen.

In diesem Zusammenhang wurde den beiden Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe im Juli 2018 mittels des Ausführungsgesetzes zur Umsetzung des BTHG auf Ebene des Landes Nordrhein-Westfalen (AG BTHG NRW) die Leistungsträgerschaft der Eingliederungshilfe im Bereich der Frühförderung übertragen (Art. 1 § 1 Abs. 2 Nr. 4 AG BTHG NRW), welche bisher von den 53 kommunalen Trägern der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen (i. d. R. von den örtlichen Sozialhilfeträgern) wahrgenommen wurde. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat festgelegt, dass die Landschaftsverbände auch für solitäre heilpädagogische Leistungen, aber nicht für Annexleistungen nach dem SGB IX zuständig sind. Mit dem Gesetz und der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sollen die Strukturen, Organisation und Umsetzung der Frühförderung in ganz Nordrhein-Westfalen auf der Basis des Bundesteilhabegesetzes und der Frühförderungsverordnung angeglichen werden, die laut der Evaluation der

¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Bundesteilhabegesetz vom 22.06.2016, S. 2.

Komplexleistung aus dem Jahr 2012 durch das ISG in den 53 Kommunen sehr unterschiedlich gestaltet sind.²

Um die Übernahme der Frühförderleistungen durch die beiden Landschaftsverbände und die landespolitisch intendierte Angleichung sorgfältig vorbereiten zu können, bedarf es erneut einer empirisch gestützten Analyse der derzeitigen Frühförderstrukturen in den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass Fallzahlen, Finanzvolumen und Strukturen, so wie sie sich im Jahr 2012 dargestellt haben, immer noch auf dieselbe Art und Weise bestehen. Mit dieser Analyse wurde das ISG zum 01. September 2018 von den beiden Landschaftsverbänden beauftragt. Die Methoden und Ergebnisse dieser Analyse werden im vorliegenden Bericht dargelegt und erläutert. Zunächst werden jedoch im Folgenden die für die Studie relevanten Begriffe sowie theoretische und rechtliche Grundlagen im Bereich der Frühförderung erörtert.

2.1 Das System der Frühförderung

Das System der Frühförderung umfasst ein breites Spektrum an Leistungen für Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind. Von der Geburt des Kindes bis zu dem Schuleintritt werden im Rahmen der Frühförderung die einzelnen Teilaspekte, die von der Eingangsdiagnostik über verschiedene Therapiemaßnahmen bis hin zur Begleitung und Beratung der Familie bzw. der Eltern reichen, angeboten und umgesetzt. Behinderungen oder Beeinträchtigungen sollen mithilfe der Frühförderung möglichst früh erkannt und weitestgehend kompensiert oder sogar verhindert werden.

Die Leistungsangebote zur Frühförderung in Nordrhein-Westfalen gestalten sich sehr vielfältig. Diese werden durch verschiedene ambulante und mobile Einrichtungen erbracht, darunter allgemeine und spezielle Leistungsanbieter, integrative Kindertagesstätten, Sozialpädiatrische Zentren und Heilmitteltherapeutinnen und -therapeuten. Bei Frühförderstellen, die sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Frühförderleistungen erbringen, ist zu unterscheiden zwischen anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, die sich nach der Frühförderverordnung (FrühV) richten und eine Kombination aus medizinisch-therapeutisch und heilpädagogischen Angeboten als Komplexleistung aus der Hand eines interdisziplinär besetzten Teams erbringen und solchen Frühförderstellen, die zwar eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen anbieten, was allerdings nicht interdisziplinär erfolgt und damit auch nicht der Komplexleistung im Sinne der FrühV entspricht.

² Engel, H.; Engels, D. et al. (2012): Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung in Nordrhein-Westfalen - Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Abschlussbericht. Köln.

Sozialpädiatrische Zentren zählen in einigen Fällen ebenfalls zu den Anbietern der interdisziplinären Frühförderung und erbringen in diesem Rahmen insbesondere medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Leistungen. Spezielle Anbieter sind meist auf Kinder mit verschiedenen Sinnesbehinderungen oder Entwicklungsstörungen, wie beispielsweise Autismus-Spektrum-Störung, ausgerichtet. In Anlehnung an diese unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung im Bereich der Frühförderung wurden in der vorliegenden Studie Daten zu folgenden drei Leistungsformen erhoben und analysiert:

1. Solitäre „heilpädagogische Leistungen“

Hiermit sind diejenigen Leistungen gemeint, die ausschließlich als heilpädagogische Maßnahmen gewährt werden. Hierzu gehörten bisher z. B. auch Autismus- und Reittherapien. Zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen werden entweder Pauschalvergütungen mit den Leistungserbringern vereinbart oder bilaterale Verträge zwischen kommunalen Trägern und Leistungserbringern abgeschlossen.

2. Komplexleistungen

Im Rahmen von Komplexleistungen werden heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle oder durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht, die den Anforderungen des § 46 SGB IX und der FrühV entsprechen. Zur Erbringung der Komplexleistung werden gesonderte dreiseitige Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern, den Leistungsträgern und den Krankenkassen geschlossen.

3. Heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen, die zusammen, aber nicht als Komplexleistung erbracht werden

Bei dieser Leistungsform erhalten Kinder sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen, welche jedoch im Gegensatz zur Komplexleistung nicht durch eine anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden. Die Leistungen werden separat von beiden Kostenträgern finanziert.

Als Ergänzung zu diesen drei Angebotsformen werden rein medizinisch-therapeutische Angebote hingegen ausschließlich durch die Krankenkassen und nicht durch den Sozialhilfeträger finanziert und sind insofern weder für die vorliegende Studie noch für die Übernahme der Trägerschaft durch die beiden Landschaftsverbände von Relevanz.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Das im Jahr 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) bindet erstmals das Teilhabe- und Rehabilitationsrecht von Menschen mit Behinderungen in das Sozialrecht ein. Mit der dort festgelegten „Komplexleistung Frühförderung“ liegt dem Angebot der Frühförderung seitdem ein klarer Rechtsbestand zugrunde. Von diesem

Zeitpunkt an wurde das Teilhabe- und Rehabilitationsrecht des SGB IX mehrfach weiterentwickelt.

Zum 01. Juli 2001 wurde die erste gesetzliche Regelung zur Definition und Inhaltsbeschreibung von Frühförderung und Früherkennung, § 30 SGB IX, verabschiedet. Die darin enthaltene Neuregelung von Frühförderung als Komplexleistung stellt einen wichtigen Meilenstein in der Rechtssicherung der Frühförderleistung dar, der erstmals die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Angebote in Form einer kombinierten Leistung regelt. Dass eine konkrete Definition des Begriffs der Komplexleistung in § 30 SGB IX fehlte, ermöglichte den Anbietern einen breiten Spielraum in der Umsetzung der Leistung, was mehrfach kritisiert wurde³.

Die gesetzliche Regelung zur Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Angebote als Komplexleistung intendiert ein Angebot „aus einer Hand“, das den Eltern und Kindern die Inanspruchnahme von Frühförderleistungen erleichtern soll. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind, sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen koordiniert von einem Leistungsanbieter erhalten, um das Aufsuchen mehrerer Leistungsanbieter zu vermeiden. Dennoch findet sich in Nordrhein-Westfalen zurzeit ein heterogenes Leistungsspektrum der Frühförderung, das von Anbietern, die zwar interdisziplinär arbeiten, aber nicht als Interdisziplinäre Frühförderstelle nach der FrühV gelten, über entsprechende anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen, die gesetzlich verankerte Komplexleistungen anbieten, bis hin zu rein solitär-heilpädagogischen Anbietern reicht⁴.

Auf § 30 SGB IX bezugnehmend stellt die Frühförderverordnung (FrühV) seit 2003 konkrete Anforderungen an die interdisziplinären Frühförderstellen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren und regelt die Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Trägern der Eingliederungshilfe. Zum 01. April 2005 trat zur näheren Erläuterung die Landesrahmenempfehlung zur Frühförderverordnung in Nordrhein-Westfalen in Kraft, die z. B. – allerdings unverbindlich – die personelle Ausstattung und die Abrechnungspauschalen als bedarfsorientierte Angelegenheit vor Ort beschreibt. Die überarbeitete Landesrahmenempfehlung NRW vom 13. Januar 2016 zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung beinhaltet weiterhin Hinweise zur Kooperation von Rehabilitationsträgern und Leistungsanbietern.

³ Vgl. z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005: Reformvorschläge 2005 zur Weiterentwicklung des Sozialhilferechts (SGB XII), des Gesetzes zur Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie der Pflegeversicherung (SGB XI). München, 12. September 2005.

⁴ Vgl. Engel, H.; Engels, D. et al. (2012): Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen – Abschlussbericht. Köln.

Mit dem am 23. Dezember 2016 beschlossenen BTHG wurden auch die Strukturen der Frühförderung als Teil der Eingliederungshilfe angepasst. Ein Kernstück ist die Personenzentrierung der Eingliederungshilfe. Außerdem wird die völlig neu geregelte Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom SGB XII in das SGB IX verlagert. Im Bereich der Frühförderung werden u. a. die Inhalte in einer nunmehr verbindlich auf Länderebene zutreffenden Landesrahmenvereinbarung geregelt.

Die im Zusammenhang mit dem BTHG auf Bundesebene beschlossene und am 01. Januar 2018 in Kraft getretene Änderung der Frühförderungsverordnung beinhaltet eine Auflistung weiterer Leistungen, die Frühförderung als interdisziplinäre Komplexleistung abdecken muss. Der entsprechende § 6a legt damit die Begleitung von Erziehungsberechtigten, Beratungsangebote für Eltern, weitere Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität sowie mobile Hilfen als Teilangebote der Komplexleistung Frühförderung fest.

Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verabschiedete der Landtag NRW am 11. Juli 2018 das Ausführungsgesetz (AG-BTHG NRW). Diese beinhaltet u. a. den Zuständigkeitswechsel bezüglich der Leistungen der Frühförderung. Den Landschaftsverbänden Westfalen-Lippe und Rheinland wurde mit Art. 1 §1 Abs. 2 Nr. 4 AG-BTHG NRW zum 01. Januar 2020 die Zuständigkeit für Leistungen der Frühförderung für noch nicht eingeschulte Kinder übertragen. Wie bisher sind Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, unabhängig von der Art der Behinderung von den Trägern der Eingliederungshilfe zu gewähren (Art. 4 § 27 Abs. 1 AG BTHG NRW).

Das konkrete Ziel der Gesetzesänderungen und des damit einhergehenden Trägerschaftwechsels besteht in erster Linie in der Schaffung gleichberechtigter Lebensumstände und einer möglichst umfassenden Teilhabe am politischen und gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderung bzw. von Behinderung bedrohte Menschen. Das konkrete Ziel der Gesetzesänderungen in NRW und des damit einhergehenden Trägerschaftwechsels besteht in erster Linie in der Schaffung gleicher Lebensverhältnisse. Durch die Zuständigkeit der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland soll der bisherigen Heterogenität der Angebotsstruktur entgegengewirkt werden. Dies schließt die Angleichung der bestehenden Strukturen an die Vorgaben der Frühförderverordnung inklusive der dazugehörigen Rahmenempfehlung des Landes NRW zur Gewährleistung von Interdisziplinarität sowie weitere Leistungen wie die Beratung und Begleitung der Erziehungsberechtigten mit ein.

2.3 Aufgabenstellung der Untersuchung

Um die Übernahme der Frühförderleistungen durch die beiden Landschaftsverbände sorgfältig vorbereiten zu können, bedarf es einer empirisch gestützten Analyse der derzeitigen Frühförderstrukturen in den Mitglieds Körperschaften der Landschaftsverbände. Die zu erarbeitenden empirischen Erkenntnisse stellen die Voraussetzung für die Vorbereitung und Umsetzung der Aufgabenübernahme dar. Die

Aufgabenstellungen sind zum einen die Erhebung der aktuell bestehenden Frühförderstrukturen in den einzelnen Mitgliedskörperschaften. Zum anderen soll eine Analyse der Frühförderstrukturen hinsichtlich der Standards der Leistungsgewährung und der etablierten Verwaltungsprozesse erfolgen. Im Rahmen der empirischen Erhebung müssen insbesondere aktuelle Informationen zu Finanzen und Qualität, zu Prozessen und Vertragsgestaltungen in der Frühförderung erhoben werden.

In diesem Zuge haben die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe das ISG mit der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen in den Mitgliedschaftskörperschaften der Landschaftsverbände für den Zeitraum vom 01.09.2018 bis zum 28.02.2019 beauftragt. Die konkrete methodische Umsetzung sowie Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen werden nachfolgend skizziert.

3. Methodisches Vorgehen

Das vorliegende Kapitel beschreibt die in der Studie verwendeten Methoden. Zunächst wird dargestellt, wie sich die Zusammenarbeit mit den gegenwärtigen Leistungsträgern gestaltet hat und auf welcher Basis die Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen erstellt wurden (Kapitel 3.1). Es folgen Informationen zur durchgeführten Analyse der Verträge und Vereinbarungen mit Frühfördereinrichtungen (Kapitel 3.2) sowie der Qualitätsstandards (Kapitel 3.3). Anschließend wird erläutert, auf welche Weise die Befragungen der Leistungsträger und -anbieter gestaltet und welche Rücklaufquoten erzielt wurden (Kapitel 3.4).

3.1 Zusammenarbeit mit den derzeitigen Leistungsträgern

Die Zusammenarbeit mit den 53 Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen als derzeitige Leistungsträger der Frühförderung stellte einen zentralen Bestandteil des Projektes dar, da von diesen die Aufgabenbereiche, Strukturen und Prozesse der Frühförderung, wie sie derzeit gewährt werden, erfasst werden sollten. Welche genauen Informationen im Rahmen der Befragung erhoben wurden, kann Kapitel 3.3 entnommen werden.

Erstellung der Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

Im Rahmen der Erhebung und Analyse der Frühförderstrukturen sollten nicht nur die Leistungsträger, sondern auch die Leistungserbringer von Frühförderung schriftlich zu den vorhandenen Strukturen befragt werden. Deswegen wurde strukturiert nach den Mitgliedskörperschaften der Landschaftsverbände und anhand einer umfassenden Internet-Recherche ein Verzeichnis über die in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Frühförderstellen und weiteren Leistungsanbieter von Frühförderung erstellt. Relevant waren hierbei unter anderem folgende Merkmale:

- Name der Einrichtung, Anschrift, Email, Telefon, Webseite,
- Träger,
- Versorgungsregion und Organisationsform,
- Ansprechperson,
- Angebotene Leistungen,
- Fachpersonal in den Einrichtungen.

Das auf diesem Wege erstellte Verzeichnis zu den Leistungsanbietern von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen umfasste zunächst 369 Anbieter (Rheinland: 162 Anbieter, Westfalen-Lippe: 207 Anbieter), darunter unter anderem heilpädagogische und interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Beratungsstellen, Frühförderzentren sowie Autismus-Therapie-Zentren. Das Gesamtverzeichnis aller Anbieter wurde anschließend in 53 kommunale Exceldateien aufgeteilt.

Aufforderung der Kommunen zur Mitwirkung bei der Studie

Nachdem die Sozialdezernentinnen und -dezernenten durch die beiden Landschaftsverbände am 06. September 2018 auf die anstehende Kontaktaufnahme durch das ISG hingewiesen wurden, hat das ISG am 26. September 2018 die Einladungen zur Mitwirkung bei der vorliegenden Studie per E-Mail versandt. Die Sozialdezernentinnen und -dezernenten wurden im Kontext des Anschreibens über das Vorhaben informiert und um Unterstützung des ISG bei der Durchführung der Studie gebeten. Konkret wurden die Träger dazu aufgefordert, das jeweilige Verzeichnis zu den lokal ansässigen Frühförderstellen und weiteren Anbietern zu korrigieren und Verträge bzw. Vereinbarungen mit den Leistungserbringern sowie – falls vorhanden – Qualitätskonzepte, die bezüglich der Erbringung von Frühförderleistungen bestehen, zur Verfügung stellen. Diese Dokumente sollten als Basisdaten zur Vorbereitung der Befragung und ggf. zur Verhandlung neuer vertraglicher Regelungen durch die Landschaftsverbände gelten, die als zukünftige Aufgabenträger ab 2020 unmittelbare Vertragspartner sein werden. Zusätzlich waren die Dokumente notwendig für die Vertragsanalyse, die neben den beiden Befragungen einen weiteren Bestandteil des Auftrags an das ISG darstellte (vgl. Kapitel 3.2). Hinweise zum Datenschutz waren ebenfalls im Anschreiben enthalten.

Aufgrund der Überarbeitung der Verzeichnisse von Anbietern von Frühförderleistungen reduzierte sich die Anzahl von zunächst 369 Leistungsanbietern, die das Ergebnis der Internetrecherche waren, auf 332 Anbieter (Rheinland: 145 Anbieter, Westfalen-Lippe: 187 Anbieter). Insgesamt 42 Kommunen stellten daneben die für die Vertragsanalyse relevanten Verträge und Vereinbarungen mit Frühfördereinrichtungen und Leistungsanbietern zur Verfügung (Rheinland: 19 Kommunen, Westfalen-Lippe 23 Kommunen; vgl. Kapitel 3.2).

Auftaktveranstaltungen zur Information über die Untersuchung

Zeitnah nach Beginn des Projektes führten die Landschaftsverbände in Kooperation mit dem ISG zwei Auftaktveranstaltungen – im Rheinland sowie in Westfalen – durch, wozu die Sozialdezernenten und -dezernentinnen bzw. die für Frühförderung zuständigen Ansprechpersonen aller Kommunen eingeladen wurden. In diesen Veranstaltungen wurde noch detaillierter über die geplante Befragung zu Strukturen und Prozessen informiert. Im Rahmen einer moderierten Plenardiskussion wurde auch vorgeschlagen einen Pretest mit Expertinnen und Experten einzelner Kommunen durchzuführen. Schließlich wurden erste Ergebnisse der Sichtung von Vertragsversionen vorgestellt.

Die Veranstaltung für die Mitgliedskörperschaften des Rheinlandes fand am 30. Oktober 2018 in Köln statt, die inhaltsgleiche Veranstaltung für die Mitgliedskörperschaften aus Westfalen einen Tag später, am 31. Oktober 2018, in Münster. An beiden Veranstaltungen nahmen jeweils 30 Personen von insgesamt 16 Mitgliedskommunen aus dem Rheinland und 18 Mitgliedskommunen aus Westfalen teil. Darüber hinaus war eine Vertretung des Landkreistages Nordrhein-Westfalen bei der Veranstaltung in Köln anwesend.

In beiden Veranstaltungen wurde deutlich, dass erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedskörperschaften hinsichtlich der Gewährung von Frühförderleistungen bestehen. Die aufgeführten Unterschiede bezogen sich unter anderem auf die Zuständigkeiten für die Leistungsgewährung der Frühförderung und den sehr heterogen gestalteten Prozess der Diagnostik zwischen den einzelnen Ämtern innerhalb der Kommunen. In einigen Mitgliedskörperschaften wurden sogar spezielle Fach- und Beratungsstellen für Frühförderung eingerichtet. Neben diesen Informationen konnten aus den Auftaktveranstaltungen wertvolle Hinweise in Bezug auf die Konzeption der Befragungen der Leistungsträger und -anbieter gewonnen werden, auf die in Kapitel 3.3 eingegangen wird.

3.2 Analyse von Frühförderverträgen und -vereinbarungen

Über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden zwischen den Leistungsträgern und den Leistungsanbietern in der Regel Verträge abgeschlossen. Bei Leistungsanbietern, die solitäre heilpädagogische Leistungen erbringen, werden entweder Pauschalzahlungen an die Anbieter vereinbart oder bilaterale Verträge über die Erbringung und Vergütung der Leistungen mit dem kommunalen Träger ausgehandelt. Bei Interdisziplinären Frühförderstellen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren, die Komplexeleistungen erbringen, stellen die Krankenkassen(-verbände) neben dem kommunalen Träger und dem Leistungserbringer einen weiteren, dritten Vertragspartner dar.

Auf Basis der Abfrage bei den Sozialdezernentinnen und -dezernenten der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen vom 26. September 2018 hat das ISG bis zum 31. Januar 2019 hierzu Rückmeldungen von 42 Kommunen erhalten (Rheinland: 19 Kommunen, Westfalen-Lippe: 23 Kommunen; vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die erhaltenen Verträge und Vereinbarungen

		Gesamt	LVR	LWL
Erhaltene Rückmeldungen		42	19	23
Bilaterale Verträge	Erhaltene Vertragsversionen	121	41	80
	...davon analysierbar	100	35	65
Dreiecksverträge	Erhaltene Vertragsversionen	52	34	18
	...davon analysierbar	50	33	17

Quelle: Vorliegende Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsanbietern

Einige Kommunen gaben bezüglich der Anbieter rein heilpädagogischer Leistungen an, dass sie keine Verträge oder Vereinbarungen mit diesen zur Verfügung stellen können, da in bestimmten zeitlichen Abständen Pauschalvergütungen an die Einrichtungen gezahlt werden, welche entweder als Pauschalzahlung pro Einrichtung oder als Pauschale pro gefördertes Kind erfolgen. Von drei weiteren Mitgliedskörperschaften erfolgte die Rückmeldung, dass hinsichtlich der Vergütung der heilpädagogischen Einrichtungen die

vom Berufs- und Fachverband Heilpädagogik empfohlenen Sätze⁵ zur Orientierung dienen und dementsprechend keine weiteren Verträge vonnöten seien.

Das Ziel dieses Untersuchungsschrittes bestand darin, einerseits die bilateralen Verträge zwischen den Leistungsträgern und -anbietern und andererseits die Dreiecksverträge zwischen den Leistungsträgern, -anbietern und Krankenkassen jeweils hinsichtlich verschiedener Kriterien zu systematisieren und miteinander zu vergleichen. Hierzu hat das ISG zwei Excel-Analyseraster entwickelt und anschließend verschiedene Kriterien, wie z. B. Förderumfang, Vergütungshöhe oder Kostenteilung, jeweils Mittelwerte sowie kleinste und größte Werte für das Land Nordrhein-Westfalen und die beiden Landschaftsverbände ermittelt.

Anzahl der übermittelten Vertragsversionen

Dem ISG lagen Ende Januar 2019 insgesamt 121 Versionen bilateralen Verträge (Rheinland: 41 Versionen, Westfalen-Lippe: 80 Versionen) und 52 Versionen von Dreiecksverträgen (Rheinland: 34 Versionen, Westfalen-Lippe, 18 Versionen) vor. Von den 121 bilateralen Vertragsversionen konnten 100 Verträge (Rheinland: 35 Versionen, Westfalen-Lippe: 65 Versionen) für die Analyse herangezogen werden. Die 21 restlichen Verträge waren teilweise veraltet bzw. beinhalteten keine Informationen zum Umfang der Fördereinheiten oder zu Vergütungssätzen.

Von den 52 vorliegenden Dreiecksvertragsversionen (Rheinland: 34 Versionen, Westfalen-Lippe: 18 Versionen) konnten – bis auf zwei Verträge, bei denen der Anhang zu den Vergütungsvereinbarungen fehlte – nahezu alle in das Analyseraster eingearbeitet werden (Gesamt: 50 Versionen, Rheinland: 33 Versionen, Westfalen-Lippe: 17 Versionen). Konkrete Angaben zu gezahlten Vergütungssätzen waren den Dreiecksverträgen allerdings selten zu entnehmen, sodass diese lediglich in Hinblick auf die Kostenteilung bei den einzelnen Leistungsbestandteilen zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkassen ausgewertet werden konnten.

Aufbau der Verträge

Nach einer Durchsicht erster bilateralen, für solitäre heilpädagogische Leistungen relevanter Vertragsversionen zeigte sich, dass sich diese sowohl hinsichtlich der formellen Struktur als auch der enthaltenen Informationen deutlich voneinander unterschieden: Die bilateralen Verträge wurden jeweils individuell zwischen Leistungsträger und -erbringer erarbeitet. Es gab keinen Mustervertrag, der hierbei als Vorlage herangezogen werden konnte. Dementsprechend heterogen gestalteten sich die einzelnen Vertragsversionen. Insgesamt ließen sich nur wenige Analysemerkmale identifizieren, die in sämtlichen Versionen enthalten waren:

- Zeitlicher Umfang einer Fördereinheit (ambulant und mobil)

⁵ <https://bhpagatur.de/gebuehrenempfehlung/> (zuletzt abgerufen am 08.02.2019)

- Vergütung einer Fördereinheit (ambulant, mobil und als Gruppenförderung)
- Anteile der direkten Leistungen (d. h. Face-to-Face-Arbeit am Kind oder an den Eltern) und der indirekten Leistungen (z. B. Vor- und Nachbereitung) an der gesamten Fördereinheit

Die Dreiecksverträge bzw. Verträge über die Interdisziplinäre Frühförderung nach § 46 (ehemals § 30) SGB IX hingegen wurden alle nach einem einheitlichen Mustervertrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. geschlossen. Der Aufbau der Verträge ist dabei weitestgehend identisch: Sie beinhalten i. d. R. insgesamt 19 Paragraphen, die allgemeine Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis, zur Komplexleistung, zur Einrichtung der Verfahren (Eingangsverfahren, Antrags- und Bewilligungsverfahren), zur Vergütung und zum Abrechnungsverfahren, zum Datenschutz, zum Verfahren bei Vertragsverstößen und bei Regressverfahren sowie zur Qualitätssicherung enthalten. Ebenfalls einheitlich strukturiert sind die zum Vertrag gehörenden Anlagen, wobei im Rahmen der hier durchgeführten Analysen lediglich die dem Vertrag anliegenden Vergütungsvereinbarungen bezüglich der Kostenteilung zwischen dem kommunalen Träger und den Krankenkassen von Relevanz waren. Die Kostenteilung wird hinsichtlich der folgenden sechs Leistungsbestandteile vereinbart:

- Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans
- Reduzierte Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans
- Fördereinheiten
- Fördereinheiten in der Gruppe
- Verlaufsdiagnostik
- Abschlussdiagnostik

Im Rheinland wurden bis auf wenige Ausnahmen lediglich Vereinbarungen zur Kostenteilung für die beiden Leistungsbestandteile der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik sowie der Fördereinheit vereinbart. Nur sechs rheinländische Verträge enthielten Informationen zu den anderen vier Leistungsbestandteilen. In Westfalen-Lippe hingegen ist dies anders geregelt und die vorliegenden Verträge enthielten gleichermaßen Informationen zu der Kostenteilung bei der Eingangsdiagnostik, der reduzierten Eingangsdiagnostik, den Fördereinheiten sowie den Kosten der Verlaufsdiagnostik und der Abschlussdiagnostik. Etwa die Hälfte der westfälischen Verträge beinhaltete darüber hinaus Informationen zu den Kosten bei den Fördereinheiten in der Gruppe (sieben Verträge).

Die Analyse der Verträge erfolgte für die bilateralen Verträge und die Dreiecksverträge aufgrund der Heterogenität ihrer Inhalte und Strukturen getrennt voneinander. Die Darstellung der Ergebnisse beider Analysen erfolgt in Kapitel 4.

3.3 Analyse der Qualitätsbegriffe und -standards

Als weiterer Bestandteil der vorliegenden Studie galt es zu ermitteln, welche Qualitätsbegriffe und -standards mit der Leistung Frühförderung im Land Nordrhein-Westfalen verbunden sind und inwiefern sich diese zwischen den 53 Kreisen und Städten voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund sollten die Qualitätskonzepte verschiedener Kommunen verglichen und analysiert werden, um daraus verbreitete Qualitätsmerkmale und -faktoren von Frühförderung ableiten zu können und den Landschaftsverbänden an die Hand zu geben. In diesem Zusammenhang hat das ISG bei der Kontaktaufnahme mit den Sozialhilfeträgern neben der Bitte um die Übermittlung von Verträgen und der korrigierten Einrichtungsverzeichnisse darum gebeten, entsprechende Qualitätskonzepte zur Frühförderung zur Verfügung zu stellen (vgl. Kapitel 3.1).

Infolge dieser Abfrage wurden allerdings lediglich von acht Kommunen die Konzepte übermittelt. Hinzu kommt, dass sich die Konzepte sowohl in Hinblick auf ihren Umfang als auch auf ihre Inhalte und Strukturen deutlich voneinander unterscheiden, was eine Ableitung einheitlicher Qualitätsbegriffe und -standards nur schwer möglich macht. Einige der übermittelten Konzepte sind eher in Form von Systembeschreibungen gestaltet und nehmen Bezug auf Abläufe bei Diagnostik und Vermittlung, wohingegen andere sich eher auf spezifische Behinderungsformen (z. B. Autismus-Spektrums-Störungen) und damit einhergehend eher auf Ideen, Aufgaben, Ziele und beabsichtigte Personenkreise für entsprechende Therapieangebote konzentrieren. Andere Kommunen wiederum haben spezielle Konzeptionen und Leistungsbeschreibungen für einzelne Beratungs- oder Frühförderstellen oder Konzepte zur Finanzierung der Leistungsangebote zur Verfügung gestellt.

Den übermittelten Konzepten ist gemeinsam, dass sie sich alle am Leitbild der Interdisziplinarität, an interessenorientierter Elternarbeit und Zielen wie z. B. einer weitestgehenden Kompensation der Auswirkungen von Behinderungen orientieren. Neben den Leitbildern der Arbeit der Frühförderung werden auch die einzelnen Maßnahmen und Therapieformen meist ausführlich beschrieben, insbesondere bei anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, die die Komplexleistung anbieten.

Über diese Aspekte hinaus gibt es jedoch keine weiteren Kriterien in den Konzepten, die sich systematisch miteinander vergleichen oder analysieren ließen. Um dennoch ein umfassendes Bild über die Besonderheiten und Qualitätsstandards bei der Gewährung von Frühförderleistungen in den jeweiligen Kommunen zu erhalten, wurde eine entsprechende Abfrage zu qualitativen Prozessen und Besonderheiten in den Fragebogen für die Leistungsträger aufgenommen, deren Ergebnisse in Kapitel 5.5 wiedergegeben werden.

3.4 Schriftliche Befragungen der Leistungsträger und Leistungsanbieter

In der vorliegenden Studie sollten einerseits die derzeitigen Aufgabenbereiche, Strukturen und Prozesse innerhalb der für die Leistungsgewährung von Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe zuständigen Ämter und Fachstellen der Mitgliedskörperschaften – d. h. in der Regel die des Sozialamtes – erfasst sowie andererseits ein Überblick über die Strukturen der Frühfördereinrichtungen und die weiteren Leistungsanbieter von Frühförderung geschaffen werden.

Inhalte der Befragung der Leistungsträger

Mit der Befragung der kommunalen Träger war beabsichtigt, Informationen zur finanziellen, personellen und strukturellen Ausgestaltung der Frühförderleistungen zu erheben. Konkret waren hierbei folgende Aspekte und Fragestellungen von Interesse:

- Kontaktdaten und Ansprechpersonen der zuständigen Verwaltungen
- Leistungsdaten im Sinne der Fallzahlen in den Jahren 2012 bis 2017 für Kinder von 0 Jahren bis zum Schuleintritt (außer nichtärztliche, sozialpädiatrische Leistungen nach § 43 a SGB V), insbesondere:
 - Anzahl der Beziehenden von Komplexleistungen
 - Anzahl der Beziehenden von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden
 - Anzahl der Beziehenden von solitären heilpädagogischen Leistungen
- Finanzielle Daten im Sinne von:
 - durchschnittliche Kosten pro Fall
 - jährlicher Gesamtaufwand für die Leistungsbeziehenden in den Jahren 2012 bis 2017 für die unterschiedlichen Leistungsformen
 - Anteile von personenzentrierter oder einrichtungszentrierter Finanzierung (sofern relevant, z. B. bei Frühförderstellen, die pauschal finanziert werden)
- Verwaltungsverfahren zur Leistungsgewährung, wobei hier von Interesse war:
 - eingebundenes Personal bei der Diagnostik und bei der Leistungsgewährung
 - Regelungen zur Zuständigkeit von Frühfördereinrichtungen für bestimmte Einzugsgebiete
 - Ausschlussstatbestände
- Einschätzung der bestehenden Versorgungsqualität hinsichtlich der jeweils angebotenen Leistungsformen

- Bisher verwendete Controlling-Konzepte, Berichts- und Kennzahlensysteme zur Frühförderung
- Prozesse der Fallübernahme, wobei insbesondere folgende Fragen im Mittelpunkt standen:
 - Wie ist die Fallaktenführung in den einzelnen Kommunen organisiert?
 - Welche weiteren Akten sind darüber hinaus für die Fallübernahme notwendig?
 - Gibt es ein datenbankgestütztes Softwareverfahren für die Bereitstellung von Fachdaten und Akten? Wenn ja, wie lautet die Bezeichnung?
 - Welche Erwartungen haben die Mitgliedskörperschaften bezüglich eines reibungslosen Ablaufs der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände?
 - Welche Qualitätsstandards und Besonderheiten gibt es in den einzelnen Kommunen hinsichtlich der Gewährung von Frühförderleistungen? Welche dieser Prozesse sollten unbedingt erhalten bleiben?

Inhalte der Befragung der Leistungsanbieter

Erhebungsmerkmale der Befragung der Leistungsanbieter von Frühförderung waren unter anderem:

- angebotenes Leistungsspektrum
- beschäftigtes Personal in den Einrichtungen und dessen Professionen
- Ausgestaltung der Frühförderleistungen
- Kooperationsbeziehungen und ihre Intensität
- Zugang zur Leistung
- Fallzahlen und Merkmale der geförderten Kinder im Jahr 2017

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Befragung der Leistungsträger und in Kapitel 6 die der Leistungsanbieter in Bezug auf die hier genannten Fragestellungen erörtert.

Konzeption und Versand der Fragebögen

Die Konzeption der Fragebögen erfolgte in enger Abstimmung zwischen dem ISG und den Auftraggebern. Zusätzlich konnten wertvolle Informationen aus den beiden Auftaktveranstaltungen gewonnen und in die beiden Fragebögen eingearbeitet werden. Darüber hinaus erfolgte ein Pretest der Fragebögen mit zwölf Vertreterinnen und Vertretern aus acht nordrhein-westfälischen Kommunen. Hierbei wurde auf eine paritätische Zusammensetzung dieser Kommunen geachtet, d. h. jeweils vier Kommunen entstammten aus dem Rheinland und aus Westfalen-Lippe; dabei waren jeweils vier Kreise und kreisfreie Städte vertreten. Eine wichtige Erkenntnis aus dem Pretest war, dass in einigen Städten

und Kreisen, in denen die Eingangsdiagnostik nicht in den Frühförderstellen selbst, sondern beim Sozialhilfeträger stattfindet, hierfür spezielle Clearing- bzw. Diagnostikstellen eingerichtet seien. Häufig sei dies in Kommunen ohne anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen der Fall. Auch die Arbeit dieser Stellen müsse berücksichtigt und im Rahmen der Befragung abgebildet werden, um ein realistisches Bild der Frühförderstrukturen in den einzelnen Mitgliedskörperschaften entwerfen zu können. Deshalb wurde ein dritter Fragebogen speziell für die Clearing- und Diagnostikstellen entwickelt.

Befragungsrückläufe und Rückmeldungen zu den Fragebögen

Sowohl die Leistungsträger und Clearing- bzw. Diagnostikstellen als auch die Leistungsanbieter wurden darum gebeten, bis zum Jahresende an der Befragung teilzunehmen. Aufgrund einiger Rückmeldungen, dass die Frist wegen des anstehenden Jahreswechsels zu kurz sei, wurde die Abgabefrist verlängert und auf den 18. Januar 2019 datiert. Die Rücklaufquoten für die drei Befragungen mit dem Stand vom 13. Februar 2019 können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Rücklaufquoten der Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter

		Gesamt	LVR	LWL
Leistungsträger	Kontaktiert	53	26	27
	Ausgefüllte Fragebögen	52	26	26
	Rücklaufquote	98%	100%	96%
Leistungsanbieter	Ursprünglich Kontaktiert	332	145	187
	...davon unzustellbar	29	16	13
	Nachträglich kontaktiert	29	13	16
	Ausgefüllte Fragebögen	131	52	79
	Rücklaufquote	39%	34%	44%
Clearingstellen	Ausgefüllte Fragebögen	15	2	13

Quelle: Schriftliche Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter durch das ISG

Von den 53 Mitgliedskörperschaften in Nordrhein-Westfalen haben sich bis auf einen Landkreis in Westfalen-Lippe alle an der schriftlichen Befragung der Leistungsträger durch das ISG beteiligt und die beantworteten Fragebögen übermittelt. Damit beläuft sich die Rücklaufquote insgesamt auf 98 %, für das Rheinland auf 100 % sowie für Westfalen-Lippe auf 96 %, was einer Vollerhebung nahekommt. Daneben hat das ISG die ausgefüllten Fragebögen von insgesamt 15 Clearing- und Diagnostikstellen zurückerhalten (Rheinland: 2, Westfalen-Lippe: 13). Da nicht bekannt ist, wie viele Clearing- und Diagnostikstellen in den Mitgliedskörperschaften insgesamt eingerichtet sind, kann für diese keine entsprechende Rücklaufquote ermittelt werden.

Der Rücklauf für die Befragung der Leistungsanbieter fällt wie zu erwarten deutlich geringer aus als der der Leistungsträger. Insgesamt wurden 332 Leistungsanbieter (Rheinland: 145 Anbieter, Westfalen-Lippe: 187 Anbieter) zur Befragung eingeladen. Bis zum

01. Februar 2019 lagen die bearbeiteten Fragebögen von insgesamt 131 Leistungsanbietern vor (Rheinland: 52 Anbieter, Westfalen-Lippe: 79 Anbieter). Die Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe der Leistungsanbieter in Nordrhein-Westfalen beläuft sich damit auf 39 % und liegt für Westfalen-Lippe mit einer Quote von 44 % um zehn Prozentpunkte höher als diejenige im Rheinland mit 34 %.

Neben den ausgefüllten Fragebögen haben einige kontaktierte Einrichtungen und Leistungsanbieter dem ISG weitere Unterlagen übermittelt, um die spezifische Situation ihrer Institution darzustellen. Um über den Fragebogen hinaus Einblicke in die besondere Rolle der SPZ bei der Erbringung von Frühförderleistungen zu erhalten, haben die Landesarbeitsgemeinschaft der SPZ in Nordrhein-Westfalen sowie weitere einzelne SPZ dem ISG Erläuterungen und Stellungnahmen hierzu übermittelt, die als Ergänzung der Befragung in Kapitel 6.6 zusammenfassend dargestellt werden.

4. Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen, die zwischen kommunalen Trägern und Leistungserbringern (bilaterale Verträge über die Erbringung solitärer heilpädagogischer Leistungen) bzw. kommunalen Trägern, Krankenkassen und Leistungserbringern (Dreiecksverträge über die Erbringung der Komplexleistung) geschlossen werden, erörtert. In Kapitel 3.2 wurden hierzu bereits der Hintergrund und das methodische Vorgehen dargelegt.

4.1 Bilaterale Verträge

Von den 121 an das ISG übermittelten bilateralen Vertragsversionen, die mit den Anbietern heilpädagogischer Frühförderleistungen geschlossen wurden, konnte eine Anzahl von insgesamt 100 Verträgen mithilfe des vom ISG entwickelten Analyserasters ausgewertet und für die Berechnungen der relevanten Kennzahlen herangezogen werden (Rheinland: 35 Verträge, Westfalen-Lippe: 65 Verträge; vgl. Kapitel 3.2). Die entsprechenden Ergebnisse hierzu können Tabelle 3 entnommen werden und werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

Wichtige Kennzahlen bei der bilateralen Vertragsanalyse betreffen einerseits den Umfang der geleisteten Fördereinheiten und andererseits deren Vergütung. Sowohl hinsichtlich des Umfangs der Fördereinheiten als auch in Bezug auf deren Vergütung wurde zwischen ambulanter und mobiler Frühförderung differenziert. Da der Umfang der Fördereinheiten zwischen den Kommunen stark variierte, aber eine Vergleichbarkeit der entsprechenden Daten hergestellt werden sollte, wurden die Kennzahlen immer auf eine durchschnittliche Dauer von 45 Minuten bezogen.

Im Hinblick auf den Gesamtumfang der heilpädagogischen Fördereinheiten, der einerseits die indirekten und andererseits die direkten Leistungen umfasst, lässt sich zunächst vermerken, dass sich dieser landesweit auf jeweils durchschnittlich 83 Minuten beläuft. Der Median, der neben dem Durchschnitt als weiterer Mittelwert herangezogen werden kann, teilt eine der Größe nach geordnete Reihung genau in der Hälfte; 50 % der Daten sind maximal so groß wie der angegebene Wert und die anderen 50 % sind mindestens so groß. Der Median des Gesamtumfangs einer Fördereinheit beträgt in beiden Verbänden jeweils 90 Minuten. Die kürzesten Fördereinheiten dauern in beiden Verbänden jeweils lediglich 45 Minuten, die längste Einheit umfasst im Rheinland 120 und in Westfalen-Lippe sogar 150 Minuten.

Tabelle 3: Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge

			Gesamt (N=100)					LVR (N=35)					LWL (N=65)				
			N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
Umfang der Fördereinheiten (in Minuten)																	
ambulant	Umfang	Min.	79	83	90	45	150	28	83	90	45	120	51	83	90	45	150
		Min.	69	58	60	30	120	28	57	60	30	90	41	58	60	45	120
	Direkt	%	57	67%	67%	40%	100%	18	66%	67%	50%	100%	39	67%	67%	40%	100%
		Min.	54	36	30	10	75	23	29	30	15	60	31	42	45	10	75
	Indirekt	%	48	38%	42%	15%	56%	17	36%	33%	15%	50%	31	39%	43%	17%	56%
		Min.	15	116	119	93	160	8	137	135	119	160	7	93	93	93	93
mobil	Umfang	Min.	15	116	119	93	160	8	137	135	119	160	7	93	93	93	93
Vergütung der Fördereinheiten (in Euro)																	
ambulant	Einzel	FE	84	78	75	40	133	33	77	71	42	133	51	79	87	40	126
		45 Min.	61	46	44	20	72	24	43	47	20	62	37	48	44	20	72
	Gruppe	FE	44	56	53	20	102	10	50	45	20	97	34	58	58	28	102
		45 Min.	32	31	32	12	49	7	26	27	12	49	25	32	33	20	40
mobil	Einzel	FE	35	81	76	61	141	10	86	81	71	113	25	79	72	61	141
		45 Min.	26	54	54	23	79	7	44	45	30	61	19	58	61	23	80

Legende: N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Min. = Minuten, % = prozentualer Anteil an der gesamten Fördereinheit, Einzel = Einzelförderung, Gruppe = Gruppenförderung (2 Kinder), FE = Vergütung pro Fördereinheit, 45 Min. = Vergütung pro 45 Minuten, N = Anzahl der Antworten, Ø = Durchschnitt, Med = Median, Min = kleinster Wert, Max = größter Wert.

Quelle: Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen durch das ISG

Eine Differenzierung zwischen den direkten und indirekten Leistungen zeigt, dass die Face-to-Face-Arbeit mit dem Kind in beiden Landesteilen mit rund 58 Minuten (Rheinland: 57 Minuten, Westfalen-Lippe: 58 Minuten) ins Gewicht fällt und damit etwa zwei Drittel einer gesamten Fördereinheit ausmacht (vgl. Tabelle 3). Vor- und Nachbereitungszeit als indirekter Teilbestandteil der ambulanten Fördereinheiten belaufen sich insgesamt auf durchschnittlich 36 Minuten und entsprechen damit einem Anteil von etwa einem guten Drittel an der Gesamteinheit (38 %), wobei der Anteil der indirekten Leistungen in Westfalen-Lippe mit durchschnittlich 42 Minuten (39 %) um drei Prozentpunkte höher ausfällt als der entsprechende Anteil im Rheinland mit 29 Minuten (36 %). Im Rheinland beträgt die geringste Dauer für die direkte Face-to-Face-Arbeit am Kind 30 Minuten und in Westfalen-Lippe 45 Minuten; die höchste Dauer hingegen liegt im Rheinland bei 90 und in Westfalen-Lippe bei 120 Minuten.

Bei der Betrachtung des durchschnittlichen Umfangs einer mobilen Fördereinheit muss zunächst angemerkt werden, dass aus Westfalen-Lippe hierzu lediglich sieben Vertragsversionen aus einer einzigen Mitgliedskörperschaft vorlagen, was sowohl die Repräsentativität als auch die Aussagekraft der ermittelten Werte einschränkt. In diesen sieben

Versionen werden jeweils lediglich drei Minuten für die Fahrtzeit eingeplant (ambulante Fördereinheit: 90 Minuten, mobile Fördereinheit: 93 Minuten). Für das Rheinland konnten entsprechende Informationen zum Umfang mobiler Fördereinheiten aus acht Verträgen unterschiedlicher Kommunen entnommen werden: Hier beträgt der durchschnittliche Umfang der mobilen Fördereinheit 116 Minuten und übersteigt damit die durchschnittliche Dauer einer ambulanten Fördereinheit (83 Minuten) um etwas mehr als 30 Minuten.

Hinsichtlich der Vergütung der Fördereinheiten konnten den vorliegenden Verträgen Informationen zur Vergütung sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppenförderungen mit zwei Kindern entnommen werden. Teilweise enthielten die Verträge auch Informationen zur Vergütung bei Gruppenförderungen mit mehr als zwei Kindern. Da dies jedoch nur auf eine Handvoll der Verträge zutrifft, wurden diese Angaben keiner Analyse unterzogen. Bei den ambulanten Fördereinheiten beträgt die Vergütung einer 45-minütigen Einzelförderung landesweit durchschnittlich 46 Euro; in Westfalen-Lippe liegt sie mit 48 Euro um 5 Euro höher als die entsprechende Vergütung im Rheinland (43 Euro). Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (BHP) empfiehlt für eine 45-minütige ambulante Einzelförderung allerdings eine Vergütung von rund 64 Euro⁶, von der also im Landesmittel etwa um 16 Euro nach unten abgewichen wird. Drei Mitgliedskörperschaften gaben explizit im Rahmen der Vertragsanalyse an, den heilpädagogischen Frühförderstellen die vom BHP empfohlenen Vergütungssätze zu zahlen. Die geringste Vergütung beziffert sich für beide Verbände sowie landesweit auf 20 Euro und die höchste auf landesweit 72 Euro (Rheinland: 62 Euro, Westfalen-Lippe: 72 Euro) pro 45 Minuten. Die Differenz zwischen dem kleinsten und dem größten Betrag, der für eine 45-minütige ambulante Einzelfördereinheit gezahlt wird, liegt damit landesweit bei 52 Euro.

Für eine Gruppenförderung zweier Kinder werden durchschnittlich 31 Euro pro Kind und 45-minütiger Fördereinheit gezahlt. Auch hier übersteigt die entsprechende Vergütung in Westfalen-Lippe die Vergütung im Rheinland um etwa 6 Euro (Rheinland: 26 Euro, Westfalen-Lippe: 32 Euro). Allerdings wird auch bei der Gruppenförderung von der Empfehlung des BHP (41 Euro) um etwa zehn Euro nach unten abgewichen.

Die mobile Einzelförderung wird im Durchschnitt mit 54 Euro und damit um 8 Euro höher vergütet als die ambulante Einzelförderung (46 Euro). In Westfalen-Lippe liegt sie bei 58 Euro, wobei erneut zu berücksichtigen ist, dass die Angaben hierzu lediglich aus einer Kommune stammen und damit nicht als repräsentativ anzusehen sind. Entsprechende Informationen aus den Vertragsversionen des Rheinlandes zeigen, dass dort eine mobile Fördereinheit mit durchschnittlich 44 Euro vergütet wird. Hier empfiehlt der BHP einen Betrag von 79 Euro à 45 Minuten.

Zusammenfassend ergibt sich bei der bilateralen Vertragsanalyse hinsichtlich des Fördereinheitenumfangs ein relativ einheitliches Bild: Im Vergleich beider Verbände liegen

⁶ <https://bhpagentur.de/gebuehrenempfehlung/> (zuletzt abgerufen am 08.02.2019)

Durchschnittsdauer mit 83 Minuten pro Fördereinheit und Anteile der Face-to-Face-Leistungen eng beieinander (Westfalen-Lippe: 67 %, Rheinland: 66 %). Die Vor- und Nachbereitungszeit umfasst in Westfalen-Lippe mit 42 Minuten (39 % der Gesamtförderung) 13 Minuten mehr als die im Rheinland mit 29 Minuten (36%). Die Vergütungsstrukturen der heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen deuten insgesamt auf eine etwas höhere Vergütung in Westfalen-Lippe hin und liegen bei ambulanter Einzel- und ambulanter Gruppenförderung um rund 5 Euro höher als im Rheinland.

4.2 Dreiecksverträge

Bei der Analyse der Dreiecksverträge, die über die Erbringung und Vergütung der Komplexleistung zwischen kommunalem Träger, Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden, konnten insgesamt 50 Vertragsversionen herangezogen werden. Das Rheinland, in dem die Frühförderstellen deutlich häufiger die Komplexleistung erbringen als in Westfalen-Lippe, ist mit etwa doppelt so vielen Verträgen vertreten (33 Verträge) wie Westfalen-Lippe (17 Verträge). Die Anzahl der Verträge mit Angaben zur Kostenteilung bei den entsprechenden Einzelbestandteilen der Förderung sind Tabelle 4 zu entnehmen (N). Anteilig werden dort die Kostenübernahmen durch den Sozialhilfeträger (SH) sowie durch die Krankenkassen (KK) abgebildet.

Bei der Darstellung der jeweiligen Anteile der Kostenübernahme bei den einzelnen Leistungsbestandteilen muss berücksichtigt werden, dass im Rheinland in der Regel lediglich die Kostenteilung bei der Eingangsdiagnostik sowie bei den Fördereinheiten vertraglich vereinbart werden. Nur eine Handvoll rheinländischer Verträge enthält entsprechende Angaben zu den anderen vier Förderbestandteilen (vgl. N in Tabelle 4).

Die Kosten der Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans innerhalb der Komplexleistung werden durchschnittlich zu etwa einem Viertel von den Sozialhilfeträgern (27 %) und zu drei Vierteln von den Krankenkassen übernommen (73 %). Das Rheinland weist die Besonderheit auf, dass die Eingangsdiagnostik bis zu 100 % von den Krankenkassen übernommen werden kann, daher liegt der Durchschnitt hier bei einem Anteil von 90 %, der durch die Krankenkassen, und 10 %, der durch den kommunalen Sozialhilfeträger finanziert wird. In Westfalen-Lippe beträgt der Anteil der Finanzierung durch die Krankenkasse hingegen lediglich 39 % und der entsprechende Anteil des Sozialhilfeträgers 61 %.

Hinsichtlich der Kostenteilung bei der reduzierten Eingangsdiagnostik mit Erstellung des Förder- und Behandlungsplans liegen insgesamt 19 Vertragsversionen mit entsprechenden Angaben vor, davon nur vier aus dem Rheinland. Im Landesmittel tragen die kommunalen Sozialhilfeträger die Kosten der reduzierten Eingangsdiagnostik mit 55 % zu etwas mehr und die Krankenkassen mit 45 % zu etwas weniger als der Hälfte. Westfalen-Lippe weist mit einem Kostenanteil von 60 % für den Sozialhilfeträger und 40 % für die

Krankenkasse wie auch bei der vollständigen Eingangsdiagnostik eine stärkere Übernahme seitens des kommunalen Trägers auf als das Rheinland (Sozialhilfeträger: 36 %, Krankenkasse: 64 %).

Tabelle 4: Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge

	Gesamt (N=50)					LVR (N=33)					LWL (N=17)				
	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max	N	Ø	Med	Min	Max
Die Kosten der Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans trägt															
SH	50	27%	0%	0%	75%	33	10%	0%	0%	50%	17	61%	58%	50%	75%
KK	50	73%	100%	25%	100%	33	90%	100%	50%	100%	17	39%	42%	25%	50%
Die Kosten der reduzierten Eingangsdiagnostik mit der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans trägt															
SH	19	55%	55%	50%	75%	4	36%	46%	0%	50%	15	60%	55%	50%	75%
KK	19	45%	45%	25%	50%	4	65%	54%	50%	100%	15	40%	45%	25%	50%
Die Kosten der Fördereinheiten trägt															
SH	49	63%	63%	40%	75%	33	61%	60%	40%	72%	16	68%	70%	58%	75%
KK	49	37%	37%	25%	60%	33	39%	40%	35%	60%	16	32%	30%	25%	42%
Die Kosten der Fördereinheiten in der Gruppe trägt															
SH	8	64%	66%	58%	67%	1	60%	60%	60%	60%	7	65%	66%	58%	67%
KK	8	36%	34%	33%	42%	1	40%	40%	40%	40%	7	35%	34%	33%	42%
Die Kosten der Verlaufsdiagnostik trägt															
SH	22	55%	50%	48%	75%	6	47%	50%	42%	50%	16	58%	54%	48%	75%
KK	22	45%	50%	25%	58%	6	53%	50%	50%	58%	16	42%	46%	25%	52%
Die Kosten der Abschlussdiagnostik trägt															
SH	22	55%	50%	48%	75%	6	47%	50%	42%	50%	16	58%	54%	48%	75%
KK	22	45%	50%	25%	58%	6	53%	50%	50%	58%	16	42%	46%	25%	52%

Legende: SH = Sozialhilfeträger, KK = Krankenkasse, N = Anzahl der Verträge mit entsprechenden Angaben hierzu, Ø = Durchschnitt, Med = Median, Min = kleinster Wert, Max = größter Wert

Quelle: Analyse der Frühförderverträge und -vereinbarungen durch das ISG

Die 49 Angaben zur Kostenübernahme bei den interdisziplinären Fördereinheiten liefern im Gesamt ein landesweit relativ einheitliches Bild: In 63 % erfolgt die Übernahme durch den kommunalen Träger (Rheinland: 61 %, Westfalen-Lippe: 68 %) und in 37 % durch die Krankenkassen (Rheinland: 39 %, Westfalen-Lippe: 32 %). Dies entspricht auch in etwa den Übernahmeanteilen bei der Gruppenförderung (Sozialhilfeträger: 64 %, Krankenkassen: 36 %), wobei hierzu nur acht Vertragsversionen mit relevanten Angaben vorlagen (Rheinland: eine, Westfalen-Lippe: sieben).

Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik weisen nahezu identische Werte auf und werden durchschnittlich jeweils zu 55 % vom kommunalen Träger und zu 45 % von den Krankenkassen getragen. Sowohl die Verlaufs- als auch die Abschlussdiagnostik werden im Rheinland tendenziell ein wenig stärker durch die Krankenkassen (53 %) als durch den

Sozialhilfeträger finanziert (47 %), als dies in Westfalen-Lippe der Fall ist (Sozialhilfeträger: 58 %, Krankenkassen: 42 %).

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Komplexleistungsverträge in Westfalen-Lippe eine stärkere Übernahme durch den kommunalen Träger konstatieren (kleinster Durchschnittswert der Übernahme durch den Sozialhilfeträger: 48 %) als im Rheinland (kleinster Durchschnittswert: 0 %). Dies lässt sich anhand der eingangs beschriebenen Besonderheit in diesem Verband erklären, dass im Rheinland die Krankenkassen die Eingangsdiagnostik teilweise vollständig finanzieren. Hinzu kommt, dass in Westfalen-Lippe die Aufteilung der Kostenübernahme der einzelnen Leistungsbestandteile der Komplexleistung zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkassen bei allen Leistungsbestandteilen ausgeglichener ist. Lediglich bei der Eingangsdiagnostik sind die Krankenkassen weniger stark beteiligt.

5. Ergebnisse der Befragung der derzeitigen Leistungsträger

Im vorliegenden Berichtsteil werden die Ergebnisse aus der Befragung der derzeitigen Leistungsträger der Mitgliedskörperschaften, die in der Regel die Sozialhilfeträger, gelegentlich aber auch die Gesundheitsämter oder weitere Fachstellen sind, erläutert. Die Strukturierung des Kapitels orientiert sich dabei an der Strukturierung des schriftlichen Fragebogens: Zunächst erfolgt eine Ergebnisdarstellung der allgemeinen Angaben zu den kommunalen Trägern (Kapitel 5.1), anschließend wird auf die Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung eingegangen (Kapitel 5.2) und es erfolgt eine Darlegung der Finanzdaten und Fallzahlen (Kapitel 5.3). Daraufhin werden Informationen zur konkreten Fallübernahme dargestellt (Kapitel 5.4) und die Ideen der Kommunen für die Aufgabenübernahme sowie deren Qualitätsverständnis von Frühförderung aufgeführt (Kapitel 5.5). Die Ergebnisse aus dem Fragebogen an die Clearing- und Diagnostikstellen schließen diesen Berichtsteil ab (Kapitel 5.6).

5.1 Allgemeine Angaben

Zunächst wurden die Leistungsträger darum gebeten, Angaben dazu zu machen, wie viele Ämter bzw. Fachstellen in ihrem Zuständigkeitsgebiet für die Leistungsgewährung von solitären heilpädagogischen Leistungen sowie heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) zuständig sind. Dies kann pro Leistungsform sowohl lediglich ein einziges Amt bzw. eine einzige Fachstelle sein, es gibt aber auch Kommunen, in denen die Leistungsgewährung durch mehrere Ämter oder Fachstellen erfolgt.

In den 52 Kreisen und kreisfreien Städten, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind insgesamt 81 Ämter bzw. Fachstellen in die Gewährung solitärer Leistungen (Rheinland: 37 Ämter, Westfalen-Lippe: 44 Ämter) und 58 in die Gewährung von Komplexleistungen (Rheinland: 34 Ämter, Westfalen-Lippe: 24 Ämter) involviert (vgl. Tabelle 5). Die Einbindung der einzelnen Ämter unterscheidet sich zwischen den beiden Leistungsformen nicht erheblich voneinander: An der Gewährung heilpädagogischer Leistungen ist in 57 % und an der von Komplexleistungen in 60 % der Kommunen das Sozialamt beteiligt. Das Gesundheitsamt macht etwa jede dritte involvierte Stelle aus (bei Solitärleistungen: 36 %, bei Komplexleistungen: 31 %). Weitere Ämter bzw. Fachstellen sind für die Leistungsgewährung an beiden Leistungsformen zu 7 % bzw. 9 % beteiligt. Dazu gehören z. B. das Amt für Menschen mit Behinderung, das Institut für Jugendhilfe, das Integrationsamt, die Inklusionskoordinationsstelle, Sozialpädiatrische Zentren oder Kinder- und Jugendkliniken.

Tabelle 5: Zuständige Ämter bei der Gewährung von Frühförderleistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Für solitäre "heilpädagogische Leistungen" zuständige Ämter						
Insgesamt	81	100%	37	100%	44	100%
... davon Sozialamt	46	57%	24	65%	22	50%
... davon Gesundheitsamt	29	36%	10	27%	19	43%
... davon sonstige Fachstellen	6	7%	3	8%	3	7%
Für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexeleistungen) zuständige Ämter						
Insgesamt	58	100%	34	100%	24	100%
... davon Sozialamt	35	60%	22	65%	13	54%
... davon Gesundheitsamt	18	31%	9	26%	9	38%
... davon sonstige Fachstellen	5	9%	3	9%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Sowohl im Kontext der Auftaktveranstaltungen mit den Sozialdezernentinnen und -dezernenten als auch im Prozess des Projekts sowie anhand der Befragungsergebnisse hat sich immer wieder herausgestellt, wie deutlich sich die Zuständigkeiten der jeweiligen Ämter und Fachstellen zwischen den einzelnen Mitgliedskörperschaften voneinander unterscheiden.

Angebotsstruktur

Hinsichtlich der Frühförderangebote auf kommunaler Ebene gaben nahezu alle Kommunen an, solitäre heilpädagogische Leistungen zu bewilligen (50 von 52 Kommunen bzw. 96 %, vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Struktur der Frühförderangebote

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)		Kreise (N=29)		Kreisfreie Städte (N=23)	
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"	50	96%	25	96%	25	96%	29	100%	21	91%
Komplexeleistungen	33	63%	21	81%	12	46%	18	62%	15	65%
Heilpädagogische und med.-therapeutische Leistungen (nicht Komplexeleistung)	10	20%	6	23%	4	15%	7	24%	3	13%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Lediglich eine kreisfreie Stadt in Westfalen-Lippe sowie eine im Rheinland bewilligen keine solitären Leistungen. Komplexeleistungen werden landesweit in etwa zwei von drei Mitgliedskörperschaften erbracht (33 Kommunen bzw. 63 %). Beim Vergleich der beiden Verbände zeigen sich deutliche Unterschiede: Im Rheinland wird die Komplexeleistung in erheblich mehr Kommunen angeboten (21 Kommunen bzw. 81 %), als dies in Westfalen-Lippe der Fall ist (12 Kommunen bzw. 46 %). Keine Unterschiede ergeben sich hingegen bei der Betrachtung des Typs der Gebietskörperschaft: Sowohl in den Kreisen als auch in den kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens wird die Komplexeleistung in ungefähr zwei von drei Kommunen angeboten (Kreise: 62 %, kreisfreie Städte: 65 %). Heilpäda-

gogische und medizinisch-therapeutische Angebote, die nicht als Komplexleistung erbracht werden, spielen landesweit eine eher untergeordnete Rolle und sind insgesamt in etwa jeder fünften Mitgliedskörperschaft vertreten (Gesamt: 20 %, Rheinland: 23 %, Westfalen-Lippe: 15 %).

Tabelle 7: Spektrum weiterer Leistungen der Frühförderstellen und der heilpädagogischen Praxen

	Gesamt (N=52)	LVR (N=26)	LWL (N=26)	Kreise (N=29)	Kreisfreie Städte (N=23)
Autismustherapie	33 63%	19 73%	14 54%	18 62%	15 65%
Petö-/Konduktive Therapie	12 23%	8 31%	4 15%	7 24%	5 22%
Gebärdensprache	9 17%	7 27%	2 8%	6 21%	3 13%
Sonstige Leistungen	17 33%	5 19%	12 46%	12 41%	5 22%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Weitere heilpädagogische Leistungen, die in den Kommunen erbracht werden, stellen unter anderem Autismustherapien und Petö- bzw. Konduktive Therapien dar. Darüber hinaus wird hin und wieder Gebärdensprache als Mittel zur Kommunikation mit gehörlosen Eltern angeboten (vgl. Tabelle 7). Diese können im Leistungsspektrum der Frühförderstellen (interdisziplinäre wie heilpädagogische) oder der heilpädagogischen Praxen angesiedelt sein. In den befragten Kommunen wird in zwei von drei Fällen Autismustherapie angeboten (33 Mitgliedskörperschaften bzw. 63 %), wobei dies auf das Rheinland etwas häufiger zutrifft als auf Westfalen-Lippe (Rheinland: 73 %; Westfalen-Lippe: 54 %) und in Kreisen und kreisfreien Städten etwa gleich häufig vorkommt (Kreise: 62 %; Städte: 65 %). Petö- bzw. konduktive Therapien, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden, werden durchschnittlich in jeder vierten Kommune erbracht (Gesamt: 23 %, Rheinland: 31 %, Westfalen-Lippe: 15 %). In etwa jeder sechsten Mitgliedskörperschaft besteht das Angebot der Gebärdensprache (17 %), allerdings gibt es in Westfalen-Lippe nur zwei Mitgliedskörperschaften, die diese Leistung erbringen. Darüber hinaus bietet im Mittel jede dritte Mitgliedskörperschaft sonstige Leistungen, z. B. in Form von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, heilpädagogischer Reittherapie, Marte Meo und Traumapädagogik an.

5.2 Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung

Der darauffolgende Fragenblock zielte auf Strukturen und Prozesse ab, mit denen in den einzelnen Kommunen die Leistungsgewährung der Frühförderung erfolgt. Die erste Frage bezog sich auf die Vereinbarungen mit den Frühfördereinrichtungen bzw. mit den Anbietern rein solitärer heilpädagogischer Leistungen. Es sollte jeweils angegeben werden, bei wie vielen heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen die Finanzierung einrichtungspauschaliert, d. h. in Form einer Pauschale, die in bestimmten Zeitabständen an die Einrichtung gezahlt wird, in wie vielen Fällen fallpauschaliert, d. h. in Form einer Pauschale, die pro gefördertes Kind an die Einrichtung gezahlt wird, und in wie vielen Fällen

personenzentriert, d. h. in Abhängigkeit von der individuellen Förderbedürftigkeit des geförderten Kindes und der Anzahl der benötigten Fördereinheiten, erfolgt. Die Angaben sollten jeweils für den Monat Dezember 2017 gemacht werden.

Tabelle 8: Anzahl der heilpädagogischen Einrichtungen und der geförderten Kinder bei unterschiedlichen Finanzierungsformen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
	insgesamt					
Einrichtungen	289	100%	127	100%	162	100%
geförderte Kinder	23.204	100%	12.656	100%	10.548	100%
	Einrichtungspauschalierte Finanzierung					
Einrichtungen	16	6%	7	6%	9	6%
geförderte Kinder	2.199	9%	863	7%	1.336	13%
	Fallpauschalierte Finanzierung					
Einrichtungen	14	5%	9	7%	5	3%
geförderte Kinder	3.418	15%	3.173	25%	245	2%
	Personenzentrierte Finanzierung					
Einrichtungen	259	90%	111	87%	148	91%
geförderte Kinder	17.587	76%	8.620	68%	8.967	85%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Den Antworten lässt sich entnehmen, dass landesweit insgesamt 23.204 Kinder (Rheinland: 12.676, Westfalen-Lippe: 10.548) in 289 solitär-heilpädagogischen Einrichtungen (Rheinland: 127 Einrichtungen, Westfalen-Lippe: 162 Einrichtungen) zum o. g. Zeitpunkt entsprechende Leistungen erhielten (vgl. Tabelle 8). Am häufigsten erfolgte die Finanzierung dabei personenzentriert, was auf 259 Einrichtungen (90 %) sowie auf dort geförderte 17.587 Kinder (76 %) zutrifft. Einrichtungs- und fallpauschalierte Vergütungsvereinbarungen werden deutlich seltener gewählt und betreffen landesweit jeweils etwa jede zwanzigste Einrichtung (einrichtungspauschalierte Finanzierung: 6 %, fallpauschalierte Finanzierung: 5 % der Einrichtungen) bzw. jedes neunte geförderte Kind (einrichtungspauschalierte Finanzierung 9 % und fallpauschalierte Finanzierung 15 % der Kinder). Diese Zahlen spiegeln wider, dass die personenzentrierte Förderung und damit die Ausrichtung der Förderung nach der individuellen Förderbedürftigkeit des Kindes einen sehr hohen Stellenwert haben. Dies macht deutlich, dass bereits vor der Umsetzung des BTHG der Anspruch des Gesetzes, dass sich die Leistungen von Menschen mit Behinderung am persönlichen Bedarf orientieren sollen (vgl. Kapitel 1), zumindest hinsichtlich der Finanzierungsform in einer großen Breite Anwendung findet. Pauschalierte Finanzierungsformen werden eher selten gewählt.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die hier ermittelte Anzahl von 23.204 Kindern, die im Dezember 2017 solitäre heilpädagogische Leistungen erhalten haben, deutlich größer ist als die entsprechende Anzahl bei einer späteren Frage (12.517 Kinder, vgl. Kapitel 5.3). Es liegt die Vermutung nahe, dass bei der Frage zu Tabelle 8 Stelle Stichtags- und Jahresgesamtzahlen vertauscht bzw. von den Befragten nicht strikt Stichtagsangaben gemacht worden sind, sondern die Größenordnung nur ungefähr getroffen wurde. Da bei

der Abfrage zu Tabelle 20 hingegen explizit auf den Unterschied zwischen Stichtags- und Jahresgesamtzahlen hingewiesen wurde, sollte diese vorrangig zur Interpretation der Fallzahlen herangezogen werden.

In den Mitgliedskörperschaften beschäftigtes Personal

Bezüglich der Stellen, die in den jeweiligen Zuständigkeitsgebieten in den Prozess der Diagnostik, in die Fallkoordination und in übergeordnete Tätigkeiten eingebunden sind, sollten sowohl für solitäre als auch für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen die jeweiligen Vollzeitstellen für den Monat Dezember 2017 angegeben werden. Tabelle 9 kann für unterschiedliche Akteurinnen und Akteure und Berufsgruppen jeweils die Summe der landesweit vorhandenen Vollzeitstellen insgesamt, der Mittelwert der eingesetzten Vollzeitstellen pro 1.000 Kinder in Kommunen mit Angaben zum Personal und der Anteil an allen Vollzeitstellen entnommen werden. Zu beachten ist allerdings, dass hierzu nur Angaben von jeweils 25 (Diagnostik; Rheinland: 7, Westfalen-Lippe: 18), 26 (Fallkoordination; Rheinland: 11, Westfalen-Lippe: 15) bzw. zwölf (übergeordnete Tätigkeiten; Rheinland: 9, Westfalen-Lippe: 6) Mitgliedskörperschaften vorliegen, was dafür spricht, dass die hier abgebildeten Werte die realen Werte deutlich unterschreiten dürften und damit als nicht aussagekräftig zu bewerten sind. Darüber hinaus sind die hier abgebildeten Werte auch nicht als Bemessungsgrundlage für den Personalbedarf der Landschaftsverbände geeignet, da bereits aufgrund der Umstellung auf das BTHG und den damit verbundenen, neuen Aufgaben wie z. B. der Teilhabeplanung von einem deutlich abweichenden Personalaufwand für die Landschaftsverbände auszugehen ist.

Für den Prozess der Diagnostik werden in denjenigen Kommunen, die hierzu Angaben gemacht haben, landesweit insgesamt 46 Vollzeitstellen für heilpädagogische Leistungen (betrifft 7.770 Kinder) und 18 für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen; betrifft 3.305 Kinder) eingesetzt (vgl. Tabelle 9). Dies entspricht 5,9 Vollzeitstellen für solitäre bzw. 2,3 Vollzeitstellen für Komplexleistungen pro 1.000 Frühförderkindern.

Als am häufigsten an der Diagnostik beteiligte Institution wird für beide Leistungsformen das Gesundheitsamt angegeben (54 % für heilpädagogische bzw. 68 % für Komplexleistungen). Bei solitären Leistungen sind seitens des Gesundheitsamtes sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Heilpädagoginnen und -pädagogen an der Diagnostik beteiligt, bei Komplexleistungen hingegen fast ausschließlich Ärztinnen und Ärzte. In wenigen Kommunen werden zusätzlich auch Psychologinnen und Psychologen oder medizinische Fachangestellte des Gesundheitsamtes am Prozess der Diagnostik beteiligt. Keine der Mitgliedskörperschaften gab an, im Rahmen der Eingangsdiagnostik auch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte einzubeziehen. An der Diagnostik für heilpädagogische Leistungen werden in etwa jeder dritten Kommune externe Heilpädagoginnen und -pädagogen beteiligt (32 %). Bei Komplexleistungen sind in 16 % der Kommunen Interdisziplinäre Frühförderstellen und in 6 % Sozialpädiatrische Zentren eingebunden. Weitere

an der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure, die vereinzelt genannt wurden, sind medizinische Assistenzkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Tabelle 9: An der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure und bei der Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpädagog. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)		
	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil
an der Diagnostik beteiligte Akteurinnen/Akteure (N=25)						
insgesamt	45,6	5,9	100%	17,7	2,3	100%
Gesundheitsamt	24,6	3,2	54%	12,0	1,6	68%
...dav. Ärzte/innen	11,9	1,5	48%	11,6	1,5	85%
...dav. Heilpädagogen/innen	8,6	1,9	34%	0,0		
...dav. sonstige	4,5	0,6	18%	2,0	0,3	15%
Niedergel. Kinderärzte/innen	0,0			0,0		
Interdisziplinäre Frühförderstellen	1,0	0,1	2%	2,9	0,4	16%
Sozialpädiatrisches Zentrum	1,1	0,1	2%	1,0	0,1	6%
Heilpädagogen/innen	14,6	1,9	32%	0,4		2%
Sonstige	4,4	0,6	10%	1,5	0,2	8%
bei der Fallkoordination eingesetztes Personal (N=26)						
insgesamt	57,0	7,5	100%	33,0	7,6	100%
Heilpädagogen/innen	10,5	1,4	18%	3,4	0,8	10%
Sonderpädagogen/innen	0,0			0,0		
Sozialpädagogen/innen	11,6	1,5	20%	7,1	1,6	21%
Sachbearbeiter/innen	31,3	4,1	55%	21,5	4,9	65%
Sonstige	3,6	0,5	6%	1,1	0,2	3%
bei übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal (für beide Leistungen insgesamt; N=12)						
Sonstige	8,3	1,1	100%			

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Die Tätigkeit der Fallkoordination umfasst u. a. die Hilfeplanung, die formale Aufstellung eines Hilfe- bzw. Förder- und Behandlungsplans sowie die konzeptionelle Abstimmung bezüglich der Förderung eines Kindes. Landesweit sind in den Kommunen mit Angaben hierzu für die Fallkoordination 57 Fachkräfte bzw. 33 Vollzeitstellen für solitäre heilpädagogische Leistungen sowie für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen vorgesehen. Dies entspricht für solitäre Leistungen 7,5 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern und für eine Kombination aus heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen 7,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern. Am häufigsten werden für diese Tätigkeit Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter eingesetzt (bei Solitärleistungen: 55 %, bei Komplexleistungen: 65 %), doch auch Sozialpädagoginnen und -pädagogen und Heilpädagoginnen und -pädagogen führen diese Tätigkeiten aus (vgl. Tabelle 9). Einige Kommunen gaben an, dass Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Ärztinnen und Ärzte und das Sekretariat ebenfalls hierfür vorgesehen sind.

Übergeordnete Tätigkeiten wurden für beide Leistungsformen übergreifend erfasst und zielen u. a. auf Netzwerkaktivitäten sowie die Analyse von Frühförderangeboten in der entsprechenden Region ab. Lediglich zwölf Kommunen gaben an, Personal für solche Tätigkeiten heranzuziehen. In diesen zwölf Kommunen sind hierfür übergreifend insgesamt 8,3 Vollzeitstellen (1,1 pro 1.000 Frühförderkinder) vorgesehen. Beteiligte Berufsgruppen stellen Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter, Verwaltungs- und Koordinationskräfte sowie Ärztinnen, Ärzte, Pädagoginnen und Pädagogen dar. Hinzu kommen Gruppen- bzw. Teamleitungen.

Neben dem bei Diagnostik, Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetzten Personal wurde auch das für das Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung herangezogene Personal erhoben, d. h. das Personal, das an Prozessen von der Antragstellung über die Bewilligung bis hin zur Abrechnung und Vertragspflege beteiligt ist. Eingeschlossen war hierbei das Personal sowohl für fallbezogene Abrechnungsmodalitäten als auch für die übergeordnete Verwaltung. Die Angaben sollten umgerechnet in Vollzeitstellen für den Monat Dezember 2017 erfolgen.

Tabelle 10: Beim Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung eingesetztes Personal

	Gesamt (N=49)			LVR (N=25)			LWL (N=24)		
	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil	Summe	Mittelwert	Anteil
Personal insgesamt	95,6	4,3	100%	58,2	2,6	100%	37,4	1,7	100%
Sozialpädagogen/innen (E 11 - TVöD)	8,5	0,4	9%	8,3	0,4	14%	0,2	0,0	1%
Sachbearbeiter/innen im mittleren Dienst (E 7 - TVöD)	38,3	1,7	41%	21,8	1,0	37%	17,1	0,8	46%
Sachbearbeiter/innen im gehobenen Dienst (E 9 - TVöD)	26,7	1,2	28%	13,7	0,6	24%	13,0	0,6	35%
Verwaltungsfachlicher Overhead	8,8	0,4	9%	6,4	0,3	11%	2,4	0,1	6%
Haushaltsplanung	4,6	0,2	5%	3,6	0,2	6%	1,0	0,0	3%
Sonstiges Personal	8,2	0,4	9%	4,5	0,2	8%	3,8	0,2	10%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Über beide Landschaftsverbände hinweg wurde angegeben, dass insgesamt 96 Vollzeitstellen für das Verwaltungsverfahren der Frühförderung eingerichtet sind, von denen sich 58 im Rheinland und 37 in Westfalen-Lippe befinden (vgl. Tabelle 10). Im Mittel sind dies 4,3 Vollzeitstellen pro 1.000 Frühförderkindern, wobei dieser Wert im Rheinland mit 2,6 Stellen den in Westfalen-Lippe mit 1,7 Stellen deutlich übersteigt. Personal der Vergütungsstufe E 7 – TVöD, wie z. B. Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter, ist sowohl im Rheinland (37 %) als auch in Westfalen-Lippe (46 %) häufig am Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung beteiligt. Auch Personal der Vergütungsstufe E 9 – TVöD spielt hierbei eine Rolle, auch wenn dies etwas seltener der Fall ist (gesamt: 28 %, Rhein-

land: 24 %, Westfalen-Lippe: 35 %). Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie verwaltungsfachlicher Overhead machen jeweils 9 % des in das Verwaltungsverfahren involvierten Personals aus, erstere sind im Rheinland jedoch deutlich häufiger eingebunden als in Westfalen-Lippe (Rheinland: 14 %, Westfalen-Lippe: 1 % der Kommunen, die Sozialpädagoginnen und -pädagogen beschäftigen). Die Haushaltsplanung ist pro 1.000 geförderte Kinder mit 0,2 Vollzeitstellen vertreten und sonstiges Personal mit 0,4 Stellen. Bezüglich des sonstigen Personals werden Datenerfasserinnen und -erfasser, Koordinatorinnen und Koordinatoren, Sachverständige des Gesundheitsamts, Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Fachkräfte für Bürokommunikation, die Abrechnungsstelle sowie Personal der Vergütungsstufe E 10 – TVöD genannt.

Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen

Als nächstes wurden die derzeitigen Leistungsträger darum gebeten, Angaben zu den Vergütungsvereinbarungen zu machen, die in Bezug auf heilpädagogische Leistungen geschlossen wurden. Neun von zehn Kreisen und kreisfreien Städten gaben an, dass entsprechende Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern überhaupt existieren (22 Kommunen bzw. 85 % im Rheinland, 24 Kommunen bzw. 92 % in Westfalen-Lippe; vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
In Bezug auf die Vergütung heilpädagogischer Leistungen existieren Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern,	46	88%	22	85%	24	92%
... dabei dienen die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik zur Orientierung.	17	33%	4	15%	13	50%
... dabei dienen die Vergütungssätze des TVöD zur Orientierung.	24	46%	12	46%	12	46%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Dabei wurde angegeben, dass in etwa jeder dritten Kommune die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik als Orientierungshilfe bei der Vergütung dienen. Dieses Ergebnis weicht von den Ergebnissen der Vertragsanalyse deutlich ab, da im Rahmen der Vertragsanalyse deutlich seltener eine Orientierung an diesen Vergütungssätzen festgestellt werden konnte (vgl. Kapitel 4.1). Unterschiede ergeben sich ebenfalls beim Vergleich der beiden Regionen: In Westfalen-Lippe gab die Hälfte der Kommunen an, die BHP-Sätze als Orientierungshilfe zu wählen, im Rheinland trifft dies hingegen etwa auf lediglich jede sechste Kommune zu (15 %). Sowohl landesweit als auch in beiden Verbänden antwortete etwa die Hälfte der ansässigen Kreise und kreisfreien Städte, dass die Vergütungssätze des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienst (TVöD) als Orientierungspunkt für die Vereinbarungen zu den heilpädagogischen Leistungen gelten (Gesamt, Rheinland und Westfalen-Lippe: jeweils 46 %).

Ausschlusstatbestände in der Frühförderung

Bei der (Nicht-)Bewilligung von Frühförderleistungen kann es standardisierte Regelungen dafür geben, dass entsprechende Leistungen nicht gewährt werden können. Dies sind z. B. Verweisungen, die erfolgen, wenn der Anspruch auf die Förderung bereits anders erfüllt wird, die auch unter dem Begriff der sog. „Ausschlusstatbestände“ bekannt sind. Die Aufnahme des Kindes in eine heilpädagogische Kindertageseinrichtung ist der am häufigsten genannte Ausschlusstatbestand und führt in vier von fünf Mitgliedskörperschaften dazu, dass Frühförderleistungen nicht bewilligt werden (Rheinland und Westfalen-Lippe: jeweils 81 %; vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Ausschlusstatbestände bei der Bewilligung von Frühförderleistungen

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Aufnahme des Kindes in reguläre Kindertageseinrichtung	11	21%	5	19%	6	23%
Aufnahme des Kindes in heilpädagogische Kindertageseinrichtung	42	81%	21	81%	21	81%
Andere Leistungen sind passender für das Kind	10	19%	3	12%	7	27%
Andere standardisierte Gründe	14	27%	5	19%	9	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Dahingegen stellt die Aufnahme des Kindes in eine reguläre Kindertageseinrichtung und damit die Förderung des behindertenbedingten Mehraufwandes im Rahmen einer integrativen Förderung (FInK-Förderung im Rheinland; Richtlinienförderung in Westfalen-Lippe) deutlich seltener und lediglich in jedem fünften Kreis bzw. jeder fünften kreisfreien Stadt einen Ausschlusstatbestand dar (Rheinland: 19 %, Westfalen-Lippe: 23 %). Ebenfalls durchschnittlich jede fünfte Kommune gab an, dass andere Leistungen, wie z. B. Erziehungsberatungen oder psychologische Hilfen, passender für das Kind sind, was zum Ausschluss der Bewilligung von Frühförderleistungen führt (Rheinland: 12 %, Westfalen-Lippe: 27 %). Neben diesen drei vorgegebenen Antworten bestand für die Befragten auch die Möglichkeit, weitere standardisierte Gründe zu nennen. Hierbei wurden unter anderem eine ausreichende Versorgung durch ausschließlich medizinisch-therapeutische Therapien sowie gesetzlich definierte Ausschlusstatbestände nach § 54 SGB XII aufgeführt.

Eingeschätzte Versorgungsqualität und Dauer bis zur Bewilligung

Bezogen auf die eingeschätzte Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf in den einzelnen Mitgliedskörperschaften wurden jeweils 46 Angaben zu solidären heilpädagogischen Angeboten und 33 zu Komplexangeboten gemacht. Die Leistungsträger sollten für die Qualität der beiden Angebotsformen jeweils eine Einschätzung auf einer Skala von „sehr gut“, über „gut“, „teils/teils“ und „nicht gut“ bis hin zu „unzureichend“ geben. Da die letzten drei Optionen nur selten gewählt wurden, wurden diese bei der Auswertung zu einer einzigen Option zusammengefasst (s. Tabelle 13).

Sowohl für heilpädagogische Leistungen als auch für Komplexleistungen wird die Versorgungsqualität in beiden Regionen am häufigsten als „gut“ eingestuft (heilpädagogische Leistungen: 57 %; Komplexleistungen: 58 %), in einigen Fällen sogar als „sehr gut“ (beide Leistungen: jeweils 30 %). Knapp neun von zehn Kommunen schätzen die Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf für beide Leistungsformen im Mittel also mindestens als „gut“ ein. Bei den solitären Leistungen gab es unter den 45 Kommunen insgesamt sechs, die sich ein qualitativ besseres Angebot der solitären Leistungen wünschen (13 % aller Kommunen). Bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Komplexleistungen trifft dies auf vier Kommunen zu (12 %). Die landesweite Versorgungsqualität wird demnach von den Kommunen selbst als gut bewertet.

Tabelle 13: Einschätzung der Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf

	solitäre "heilpädagogische Leistungen"			heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	46	23	23	33	21	12
sehr gut	14 30%	8 35%	6 26%	10 30%	6 29%	4 33%
gut	26 57%	13 57%	13 57%	19 58%	11 52%	8 67%
teils/teils, nicht gut oder unzureichend	6 13%	2 9%	4 17%	4 12%	3 19%	0 0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Als weiterer Indikator für die Qualität der Versorgungssituation kann die durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern der förderbedürftigen Kinder bis hin zur Bewilligung gelten. Hierbei bestehen große Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen und die Dauer kann entweder wenige Tage, aber auch ein ganzes Jahr betragen. Regionale Unterschiede gibt es hinsichtlich der einzelnen Angaben jedoch lediglich marginale.

Landesweit wurde für etwa jede zweite Kommune angegeben, dass die durchschnittliche Dauer von der Antragstellung bis zur Bewilligung etwa zwischen zwei und vier Monaten beträgt (Rheinland: 48 %, Westfalen-Lippe: 62 %, vgl. Tabelle 14). Dies deckt sich auch mit den Angaben aus der Befragung der Leistungsanbieter, denen zufolge die durchschnittliche Dauer ebenfalls etwa zwei Monate umfasst (vgl. Tabelle 54 in Kapitel 6.4). Auf weniger als zwei Monate beläuft sich die Dauer in etwa jeder dritten Kommune (Rheinland: 36 %, Westfalen-Lippe: 23 %) und auf vier bis sechs Monate in jeder zwanzigsten (Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 8 %). Seitens jeder zehnten Mitgliedskörperschaft erfolgte die Angabe, dass es mindestens ein halbes Jahr oder länger dauert, bis die Frühförderleistungen bewilligt werden (Rheinland: 12 %, Westfalen-Lippe: 8 %).

Tabelle 14: Durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern bis hin zur Bewilligung in Monaten

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	51		25		26	
bis unter 2 Monate	15	29%	9	36%	6	23%
2 bis unter 4 Monate	28	55%	12	48%	16	62%
4 bis unter 6 Monate	3	6%	1	4%	2	8%
6 Monate und länger	5	10%	3	12%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Neben der durchschnittlichen Dauer bis zur Bewilligung der Leistungen wurde in der Befragung der Leistungsträger auch ein Augenmerk auf die durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten gerichtet, wobei hier eine Differenzierung nach solitär-heilpädagogischen sowie heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Aspekten erfolgte (vgl. Tabelle 15). Die Anzahl variierte über beide Leistungsformen hinweg von weniger als 40 bis hin zu über 100 bewilligten Stunden, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen solitären und Komplexleistungen ergaben. Zu den solitären „heilpädagogischen Leistungen“ lagen insgesamt 48 Antworten vor. Diese werden in etwa jeweils zu einem Viertel mit bis zu 40 Stunden (19 %), 40 bis unter 50 Stunden (29 %), 50 bis unter 70 Stunden (23 %) und 70 Stunden und mehr (29 %) bewilligt. Im Rheinland werden allerdings etwa doppelt so häufig 70 und mehr bewilligte Fördereinheiten ausgesprochen, wie dies in Westfalen der Fall ist.

Tabelle 15: Durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten

	solitäre "heilpädagogische Leistungen"			heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistung)		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	48	23	25	30	19	11
bis unter 40 Stunden	9 19%	5 22%	4 16%	4 13%	3 16%	1 9%
40 bis unter 50 Stunden	14 29%	5 12%	9 36%	2 7%	1 5%	1 9%
50 bis unter 70 Stunden	11 23%	4 17%	7 28%	7 23%	3 16%	4 36%
70 Stunden und mehr	14 29%	9 39%	5 20%	16 57%	12 63%	5 45%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) hingegen, zu denen insgesamt 30 Angaben vorlagen, ergibt sich ein hiervon leicht abweichendes Bild: Zunächst einmal werden diese in mehr als der Hälfte der Fälle mit 70 Stunden oder mehr bewilligt (57 %). Im Rheinland, wo die Komplexleistung ohnehin häufiger angeboten wird als in Westfalen-Lippe, wird auch häufiger angegeben, dass die Dauer der bewilligten Fördereinheiten 70 Stunden oder mehr beträgt (Rheinland: 63 %, Westfalen-Lippe: 45 %). Dafür kommt es hier aber auch häufiger vor, dass weniger als 40 Stunden für die Komplexleistung bewilligt werden (Rheinland: 16 %, Westfalen-Lippe: 9 %). In Westfalen-Lippe werden pro Kind dafür deutlich häufiger 50 bis unter 70 Stunden bewilligt (Rheinland: 16 %, Westfalen-Lippe: 36 %). Daraus lässt

sich ableiten, dass sowohl landesweit als auch in beiden Landschaftsverbänden die durchschnittliche Anzahl der bewilligten Fördereinheiten bei solitären Leistungen etwas niedriger ausfällt als die bei Komplexleistungen: Bei solitären Leistungen werden 50 und mehr Stunden in ca. 50 % und bei Komplexleistungen in ca. 75 % der Fälle bewilligt.

Verwaltungstechnische Aspekte der Leistungsgewährung

Die weiteren Fragen an die Leistungsträger bezüglich der Strukturen und Prozesse der Leistungsgewährung zielten im Gegensatz zu den vorangegangenen Fragen, die sich eher auf die Ausgestaltung der Frühförderleistungen konzentrierten, auf verwaltungstechnische Aspekte der Leistungsgewährung in den einzelnen Kommunen ab. Von Interesse war hierbei, ob und in welcher Form die Mitgliedskörperschaften Berichtswesen und Steuerungsinstrumente für die Frühförderung verwenden, ob die Leistungsanbieter Nachweise über die Leistungen erbringen und welche Einwände bezüglich der Nicht-Gewährung von Frühförderleistungen in den Kreisen und kreisfreien Städten bestehen.

Von den 52 Kreisen und kreisfreien Städten machten 24 die Angabe (46 %), im Bereich der Frühförderung mit einem Berichtswesen bzw. mit Steuerungsinstrumenten, wie z. B. Controlling-Konzepten, Controlling-Berichten oder Kennzahlensystemen, zu arbeiten, wohingegen mit einer Anzahl von 28 Kommunen mehr als die Hälfte diese Frage verneinten (54 %; vgl. Tabelle 16). Hierbei fällt auf, dass in Westfalen-Lippe solche Instrumente deutlich häufiger Verwendung finden (65 %) als im Rheinland (27 %). Die Form der verwendeten Berichtswesen und Steuerungsinstrumente, die dabei angegeben wurde, reichen vom verwaltungsinternen Amtscontrolling über Qualitätsdialoge, das Verfahren der Software „Aga Khan Development Network“, Datenbanken, Prognosen und Kennzahlen im Rahmen der Haushaltsplanung und -steuerung bis hin zu Jahres- und Quartalsberichten der Frühförderstellen.

Tabelle 16: Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	52		26		26	
Ja	24	46%	7	27%	17	65%
Nein	28	54%	19	73%	9	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Hinsichtlich der Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen gaben bis auf vier Mitgliedskörperschaften alle an, dass dies in irgendeiner Form umgesetzt wird (Gesamt, Rheinland sowie Westfalen-Lippe: jeweils 92 %; vgl. Tabelle 17). Hierbei gibt es zwischen den einzelnen Kommunen sehr unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Leistungsnachweise konkret erbracht werden: Häufig gibt es einen Leistungsnachweis mit Angabe der einzelnen Termine und Unterschriften der anwesenden Eltern oder Sorgeberechtigten, mit denen die Frühförderstellen ihre erbrachten Leistungen belegen. Eine weitere Möglichkeit der Nachweise stellen in bestimmten Zeitabständen – z. B. mo-

natlich – einzureichende Anwesenheitslisten mit Angabe der Anzahl der geförderten Kinder oder Einzelabrechnungen der Frühförderstellen über den geleisteten Stundenumfang dar. Darüber hinaus wurden Abrechnungsbögen sowie Tätigkeits- bzw. Entwicklungsberichte als Formen der Nachweiserbringung aufgeführt.

Tabelle 17: Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	51		26		25	
Ja	47	92%	24	92%	23	92%
Nein	4	8%	2	8%	2	8%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Zusätzlich wurden die Einwände erfasst, die im Jahr 2017 bezüglich der Nichtgewährung von Frühförderleistungen bei den Kommunen erhoben wurden. Hierbei wurde zwischen Beschwerden, Widersprüchen und Klagen differenziert.

Tabelle 18: Anzahl der Leistungsträger, die im Jahr 2017 Beschwerden, Widersprüche oder Klagen erhalten haben

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Beschwerden	8	15%	4	15%	4	15%
Widersprüche	19	37%	7	27%	12	46%
Klagen	4	8%	0	0%	4	15%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Die Häufigkeit, mit der die einzelnen Formen der Einwände erfolgten, wird in Tabelle 18 abgebildet. Landesweit gab etwa ein Drittel der Mitgliedskörperschaften an, Widersprüche erhalten zu haben, womit Widersprüche die am häufigsten genannte Form des Einwandes darstellen (37 %). Diese wurden in Westfalen-Lippe in zwölf Kommunen (46 %) und im Rheinland in sieben Kommunen (27 %) eingereicht.

Tabelle 19: Anzahl der im Jahr 2017 bei den Leistungsträgern eingereichten Beschwerden, Widersprüche und Klagen

	Beschwerden		Widersprüche		Klagen	
<i>Anzahl der Antworten</i>	39		43		40	
keine	10	79%	24	56%	36	90%
1 bis unter 3	5	13%	8	19%	4	10%
3 bis unter 5	0	0%	4	9%	0	0%
5 bis unter 10	2	5%	3	7%	0	0%
10 oder mehr	1	3%	2	5%	0	0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Deutlich seltener erhielten die kommunalen Träger Beschwerden (Gesamt, Rheinland sowie Westfalen-Lippe: jeweils 15 %). Klagen gab es lediglich in Westfalen-Lippe in vier Kreisen und kreisfreien Städten (15 %), nicht jedoch im Rheinland. Regional betrachtet wurden im Rheinland insgesamt deutlich seltener Einwände erhoben als in Westfalen-

Lippe. Im Hinblick auf die Anzahl der bei den Leistungsträgern eingereichten Einwände überwiegen Widersprüche deutlich gegenüber Beschwerden oder Klagen, auch wenn für alle drei Beschwerdeformen die meisten Kommunen angaben, gar keine der drei Beschwerdeformen erhalten zu haben (vgl. Tabelle 19).

5.3 Finanzdaten und Fallzahlen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung der finanziellen Aufwände sowie der Anzahl der geförderten Kinder, die in den Kreisen und kreisfreien Städten in den letzten Jahren Leistungen der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe erhielten. In Bezug auf die Berichtsjahre 2012 bis 2017 wurden die Leistungsträger einerseits darum gebeten, anzugeben, wie hoch der jeweilige finanzielle Gesamtaufwand für die unterschiedlichen Formen der Frühförderleistungen für Kinder im Frühförderalter, d. h. von null Jahren bis zur Einschulung, ausfiel. Mit Gesamtaufwand waren hierbei lediglich die Transferkosten ohne Verwaltungskosten gemeint. Andererseits sollten Informationen dazu übermittelt werden, wie viele Kinder im Frühförderalter jeweils Frühförderleistungen im Monat Dezember der Jahre 2012 bis 2017 und im gesamten Jahr 2017 erhalten haben (Fallzahlen). 51 Angaben lagen zu solitären heilpädagogischen Leistungen, 37 zu Komplexleistungen und 30 zu zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen vor. Die Anzahl der Antworten deckt sich allerdings nicht mit den Angaben der Kommunen zu den jeweils angebotenen Leistungsformen (vgl. Kapitel 5.1), da lediglich 33 Kommunen zu Beginn angaben, überhaupt Komplexleistungen zu erbringen. Da 37 Kommunen Angaben zu den Fallzahlen der durch Komplexleistung geförderten Kindern gemacht haben, kann davon ausgegangen werden, dass diese 37 Kommunen tatsächlich auch Komplexleistungen erbringen. Bezüglich der zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen wurden jeweils lediglich der Gesamtjahresaufwand und die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr erfasst, um den Befragungsaufwand für die Träger zu begrenzen.

Für den Fall, dass Kommunen Angaben zu den geförderten Kindern im Gesamtjahr, den geförderten Kindern im Dezember oder zum Gesamtjahresaufwand ausgelassen haben, konnten diese nachträglich anhand von verbandsweiten Durchschnittsquoten bestimmt werden („Imputation von Mittelwerten“). Für den Landkreis in Westfalen-Lippe, der gar keine Angaben an das ISG übermittelt hat, konnten die Daten anhand der Bevölkerungsdaten der altersgleichen Kinder hochgerechnet werden. Zu beachten ist hierbei, dass diese hochgerechneten Werte lediglich Näherungswerte darstellen. In Tabelle 20 ist für solitäre heilpädagogische Leistungen, heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen), zusätzliche heilpädagogische Leistungen sowie die drei Leistungsformen insgesamt dargestellt, wie hoch die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr 2017 und im Monat Dezember 2017 jeweils ausfiel. Darüber hinaus wird der finanzielle Gesamtaufwand, der für die unterschiedlichen Leistungsformen in den Kommunen jeweils aufgebracht wurde, abgebildet. Der untere Teil der Tabelle enthält Quoten und Mittelwerte, die auf eigenen Berechnungen des ISG zu den vorhandenen Daten basieren.

Fallzahlen der geförderten Kinder

Bei der Darstellung der Fallzahlen der geförderten Kinder wird zwischen Stichtagszahlen der geförderten Kinder für den Monat Dezember 2017 und Gesamtzahlen der geförderten Kinder für das komplette Jahr 2017 differenziert. In Hinblick auf die Stichtagszahlen lässt sich zunächst feststellen, dass im Dezember 2017 (Stichtag) insgesamt 24.374 Kinder in Nordrhein-Westfalen Frühförderleistungen in Form von Solitärleistungen oder heilpädagogisch und medizinisch-therapeutischen Leistungen erhielten. Im Rheinland waren es mit 10.599 geförderten Kindern (43 %) etwas weniger als in Westfalen-Lippe mit 13.775 Kindern (57 %; vgl. Tabelle 20).

Von den 24.374 Kindern lässt sich etwa die Hälfte den solitären heilpädagogischen Leistungen zuordnen (12.517 Kinder bzw. 51 %); von diesen 12.517 Kindern wiederum entfallen 3.608 Kinder auf das Rheinland (29 %) und 8.910 Kinder auf Westfalen-Lippe (71 %). 11.856 (49 %) Kinder und damit knapp 700 Kinder weniger wurden landesweit durch eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen (einschließlich Komplexleistungen) gefördert. Im Rheinland waren es 6.991 Kinder und damit 59 % aller Kinder, die kombinierte Leistungen bezogen haben, und in Westfalen-Lippe 4.865 Kinder (41 %). Die Fallzahlen spiegeln die Angebotsstruktur aus Kapitel 5.1 wieder: Im Rheinland erhalten Frühförderkinder häufiger Komplexleistungen als in Westfalen-Lippe, in Westfalen-Lippe dafür häufiger Solitärleistungen als im Rheinland.

Betrachtet man anstelle der Stichtagszahlen die Fallzahlen für das gesamte Jahr 2017, so ergibt sich eine Summe von landesweit insgesamt 41.478 Kindern, die Frühförderleistungen in Form von solitär-heilpädagogischen Leistungen, Komplexleistungen oder zusätzlichen Leistungen erhalten haben. Von diesen im Gesamtjahr 2017 geförderten 41.478 Kindern sind 20.910 Kinder (50 %) im Rheinland und 20.568 Kinder in Westfalen-Lippe vertreten (ebenfalls 50 %).

Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Leistungsformen verdeutlicht, dass es über beide Landesteile hinweg im Gesamtjahr 2017 18.801 Kinder gab, die laut Angaben der derzeitigen Leistungsträger heilpädagogische Leistungen erhielten. Von diesen 18.801 Kindern entfallen mehr als zwei Drittel auf Westfalen-Lippe (13.197 Kinder bzw. 70 %) und etwa ein Drittel auf das Rheinland (5.604 Kinder bzw. 30 %).

Tabelle 20: Fallzahlen der geförderten Kinder und finanzielle Aufwände für Frühförderleistungen für das Jahr 2017

	Solitäre heilpädagogische Leistungen			Heilpäd. und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschl. Komplexleistungen)			Zusätzliche Leistungen			Alle Leistungen insgesamt		
	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	51	25	26	37	23	14	30	15	15	53	26	27
Geförderte Kinder im Gesamtjahr												
Summe	18.801	5.604	13.197	21.579	14.468	7.111	1.098	838	260	41.478	20.910	20.568
Mittelwert (Durchschnitt)	369	224	508	583	629	508	35	52	17	783	804	762
Mittelwert (Median)	317	176	442	446	460	390	16	21	10	598	632	559
3. Quartilswert	521	342	603	782	862	758	28	31	22	1.056	1.106	1.037
Kleinster Wert	7	22	7	27	60	27	1	2	1	9	103	9
Größter Wert	1.981	550	1.981	2.626	2.626	1.009	446	446	64	2.715	2.715	2.713
Geförderte Kinder im Dezember												
Summe	12.517	3.608	8.910	11.856	6.991	4.865				24.374	10.599	13.775
Mittelwert (Durchschnitt)	245	144	343	320	304	347				460	408	510
Mittelwert (Median)	202	91	267	332	332	319				350	341	367
3. Quartilswert	333	221	442	493	378	510				672	506	743
Kleinster Wert	5	7	5	19	35	19				8	52	8
Größter Wert	1.339	393	1.339	862	862	693				1.841	1.246	1.841
Gesamtjahresaufwand in Millionen Euro												
Summe	39,67	12,13	27,54	36,86	22,96	13,89	3,34	2,82	0,56	79,91	37,92	42,00
Mittelwert (Durchschnitt)	0,78	0,49	1,06	1,02	1,00	1,07	0,12	0,18	0,04	1,51	1,46	1,56
Mittelwert (Median)	0,62	0,30	1,01	0,78	0,68	0,85	0,05	0,08	0,02	1,09	1,02	1,10
3. Quartilswert	1,10	0,62	1,18	1,50	1,42	1,62	0,09	0,12	0,05	2,09	1,99	2,54
Kleinster Wert	0,02	0,02	0,02	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,24	0,03
Größter Wert	3,12	1,51	3,12	3,69	3,69	2,61	1,07	1,07	0,21	5,37	5,37	4,76
Quoten und Mittelwerte (eigene Berechnungen)												
Geförderte Kinder im Dezember / geförderte Kinder im Gesamtjahr	66,6%	64,4%	67,5%	54,9%	48,3%	68,4%				58,8%	50,7%	67,0%
Geförderte Kinder im Dezember / Kinder in altersgleicher Bevölkerung	1,1%	0,6%	1,7%	1,0%	1,1%	0,9%				2,1%	1,7%	2,6%
Gewichtete durchschnittliche jährliche Fallkosten pro Kind	3.169 €	3.362 €	3.091 €	3.109 €	3.285 €	2.856 €				3.279 €	3.577 €	3.049 €

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Durch eine Kombination von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen (einschließlich Komplexleistungen) wurden landesweit 21.579 Kinder gefördert, allerdings gestaltet sich die regionale Verteilung hier entgegengesetzt: Deutlich mehr Kinder erhielten Komplexleistungen im Rheinland (14.468 Kinder bzw. 68 %) als in Westfalen-Lippe (7.111 Kinder bzw. 32 %). Zusätzliche Leistungen, z. B. in Form von Autistumstherapie, Petö-Therapie oder Gebärdensprache werden ebenfalls häufiger im Rheinland erbracht: Von landesweit 1.098 Kindern, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen erhielten, verteilen sich 838 Kinder bzw. 76 % auf das Rheinland und 260 Kinder bzw. 24 % auf Westfalen-Lippe.

Im Durchschnitt entsprechen diese Werte bezogen auf das Jahr 2017 pro Kommune 369 Kindern, die Solitärleistungen, 583 Kindern, die Komplexleistungen, und 35 Kindern, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen erhalten haben. Über alle Leistungsformen hinweg ist das mit 783 Kindern gleichzusetzen, die im Mittel in den einzelnen Mitgliedskörperschaften Frühförderleistungen bezogen haben (vgl. Tabelle 20).

Neben dem klassischen Durchschnittswert stellen Quartilswerte eine weitere Möglichkeit dar, mittlere Werte einer Datenreihe abzubilden: Hierbei wird die zugrundeliegende Datenverteilung nach aufsteigender Größe geordnet und anschließend in vier Viertel (Quartile) geteilt. Das zweite Quartil stellt folglich den Mittelwert der aufsteigenden Datenreihe dar und entspricht dem bereits oben erläuterten Median.

Eine vorsichtige Schätzung kann den Korridor zwischen Median und dritten Quartilswert berücksichtigen, um die Daten lieber zu überschätzen als zu unterschätzen. Der dritte Quartilswert ist größer als drei Quartile bzw. 75 % der Datenverteilung und kleiner als ein Quartil bzw. 25 % der Datenverteilung. Die Heranziehung des dritten Quartilswertes anstelle des Medians stellt vor allem dann eine Möglichkeit dar, wenn besonders kleine Werte in der Datenreihe existieren und man sicher sein möchte, dass diese sog. „Ausreißerwerte“ nicht dazu führen, dass der tatsächliche Mittelwert unterschätzt wird.

Die Medianwerte sowie die dritten Quartilswerte für die einzelnen Leistungsformen werden ebenfalls in Tabelle 20 wiedergegeben. Zum Vergleich: Für die Fallzahl der in 2017 in Nordrhein-Westfalen insgesamt geförderten Kinder ergibt sich ein Durchschnittswert von 783 geförderten Kindern pro Kommune; der entsprechende Median beläuft sich auf 598 Kinder. Die Heranziehung des dritten Quartilswertes führt zu 1.056 Kindern, die landesweit in 2017 Frühförderleistungen bezogen haben und liegt damit deutlich über Durchschnitt und Median.

Finanzielle Aufwendungen für Frühförderleistungen

Bei der Heranziehung der finanziellen Aufwände für die Summe aller Frühförderleistungen, die solitäre Leistungen, Komplexleistungen und zusätzliche Leistungen umfasst, ergeben sich für das Jahr 2017 landesweite Ausgaben in Höhe von 79,91 Mio. Euro. Mit 42,00 Mio. Euro sind davon etwas mehr Westfalen-Lippe (52 %) zuzuordnen als dem Rheinland (37,92 Mio. Euro bzw. 48 %).

Eine differenzierte Betrachtung des finanziellen Gesamtaufwandes nach Leistungsformen zeigt, dass die Verteilung der finanziellen Aufwendungen, die für die solitäre und die komplexe Leistungsform jeweils aufgebracht wurden, ungefähr dem Verhältnis der Fallzahlen entspricht: Für solitäre Leistungen wurden im Jahr 2017 landesweit etwa 39,87 Mio. Euro und für Komplexeleistungen 36,67 Mio. Euro aufgewandt. Bei den Solitärleistungen lassen sich davon etwas mehr als zwei Drittel Westfalen-Lippe (27,54 Mio. Euro bzw. 69 %) und etwas weniger als ein Drittel dem Rheinland (12,13 Mio. Euro bzw. 31 %) zuordnen und bei den Komplexeleistungen entfallen mit 22,96 Mio. Euro (63 %) mehr Ausgaben auf das Rheinland als mit 13,89 Mio. Euro (37 %) auf Westfalen-Lippe.

Im Durchschnitt hat landesweit jede Mitgliedskörperschaft 0,78 Mio. Euro für die rein heilpädagogischen Maßnahmen, 1,02 Mio. Euro für die Kombination aus heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und 0,12 Mio. Euro für weitere heilpädagogische Leistungen gezahlt. Über alle Leistungen hinweg entspricht dies 1,51 Mio. Euro pro Kommune (Rheinland: 1,46 Mio. Euro, Westfalen-Lippe: 1,56 Mio. Euro). Auch hier bietet sich die Heranziehung des dritten Quartilswertes an, um nicht Gefahr zu laufen, die durchschnittlichen Kosten pro Kommune zu unterschätzen: Dieser beläuft sich auf Landesebene auf 2,09 Mio. Euro bzw. auf 1,99 Mio. Euro für das Rheinland und 2,54 Mio. Euro für Westfalen-Lippe.

Hinsichtlich der Vergütung der Komplexeleistungen wurden die Kommunen darum gebeten, anzugeben, ob sie die Frühförderstellen in Form des Bruttoaufwandes vergüten und ihnen anschließend der Kostenanteil der Krankenkasse erstattet wird oder ob die Vergütung der Frühförderstellen durch die Kommunen und die Krankenkassen getrennt voneinander erfolgt. Lediglich zwei Kommunen teilten mit, dass sie die Leistungserbringer in Form des Bruttoaufwandes vergüten und sich ihren Anteil im Anschluss durch die Krankenkassen erstatten lassen.

Quoten zu Fallzahlen und Fallkosten

Über die Ermittlung von Summen- und Durchschnittswerten hinaus bietet sich die Berechnung von Quoten an. Diese geben Aufschluss über den Anteil einer Teilgröße an der übergeordneten Gesamtgröße. In der vorliegenden Studie wurden drei Quoten im Hinblick auf die Fallzahlen und die finanziellen Aufwendungen ermittelt: 1. Das Verhältnis zwischen der Summe der in allen Kommunen geförderten Kinder im Monat Dezember 2017 und den geförderten Kindern im Gesamtjahr 2017, 2. das Verhältnis zwischen der Summe der in allen Kommunen geförderten Kindern im Monat Dezember 2017 und der Summe der altersgleichen Kindern in der Bevölkerung und 3. die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kind als Verhältnis zwischen der Summe der Gesamtjahresaufwendungen aller Kommunen und der Summe der geförderten Kinder im Monat Dezember 2017 aller Kommunen.

Untersucht man, wie viele Kinder im Monat Dezember 2017 in allen Kommunen im Verhältnis zum Gesamtjahr 2017 gefördert wurden, ergeben sich für die solitären und die Komplexeleistungen Quoten, die einander ähneln: Das Verhältnis der geförderten Kinder

im Dezember 2017 zu den geförderten Kindern im Gesamtjahr 2017 beläuft sich landesweit für die solitären Maßnahmen auf 66,6 % (Rheinland: 64,4 %; Westfalen-Lippe: 67,5 %) und für die heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen auf 54,9 % (Rheinland: 48,3 %; Westfalen-Lippe: 68,4 %). Über alle Leistungsformen summiert beträgt die landesweite Quote 58,8 %, wobei die Quote für Westfalen-Lippe um etwa 16 Prozentpunkte höher liegt als die für das Rheinland (Rheinland: 50,7 %, Westfalen-Lippe: 67,0 %).

Setzt man die Anzahl aller geförderten Kinder in Relation zur Anzahl aller Kinder in der altersgleichen Bevölkerung, beläuft sich die Quote landesweit auf 1,1 % für Solitär-, 1,0 % für Komplex- und 2,1 % für alle Leistungen. Im Rheinland beträgt die Quote für die solitäre Leistungsform 0,6 % und für die Komplexleistung 1,1 %; in Westfalen-Lippe liegen die Quoten für beide Leistungsformen bei 1,7 % bzw. 0,9 %. In Westfalen-Lippe (Gesamtquote 2,6 %) erhält also ein höherer Anteil der Kinder Frühförderleistungen als im Rheinland (Gesamtquote 1,7 % aller altersgleichen Kinder).

Als dritte Quote wurden die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kind, die für den kommunalen Träger im Jahr 2017 anfielen, berechnet. Hierzu wurde die Summe der jeweiligen Aufwendungen aller 53 Kommunen in Beziehung zur Summe der geförderten Stichtagskinder gesetzt. Dadurch erhält man den Betrag, den die Frühförderung eines Kindes pro Jahr kostet.⁷ Dieser Betrag liegt im Landesdurchschnitt bei 3.279 Euro pro Kind und Jahr, wenn alle Leistungsformen einbezogen werden. Im Rheinland liegen diese Kosten bei 3.577 Euro pro Kind und Jahr und damit um 17 % höher als in Westfalen-Lippe mit 3.049 Euro pro Kind und Jahr.

Im Vergleich der beiden Leistungsformen ergeben sich nahezu keine Unterschiede: Bei rein heilpädagogischen Maßnahmen belaufen sich die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro gefördertes Kind landesweit auf 3.169 Euro, ähnliches gilt für die Fallkosten bei der Komplexleistung mit 3.109 Euro. Die Differenz beträgt pro Fall also gerade einmal 60 Euro, die der heilpädagogische Teil, der durch den kommunalen Träger zu leisten ist, bei der Komplexleistung mehr kostet.

⁷ Hierzu könnte gefragt werden, warum die jährlichen Kosten durch die Stichtagszahl der geförderten Kinder dividiert wird und nicht durch deren Jahresgesamtzahl. Dies lässt sich vereinfacht durch ein Rechenbeispiel erläutern: Wenn die Kosten für 1 Kind pro Jahr 3.600 Euro betragen, so liegen die monatlichen Kosten bei 300 Euro. Wenn in Fall (a) mit diesem Betrag 2 Kinder jeweils für 6 Monate gefördert werden, so liegen die Kosten pro Kind bei 1.800 Euro. Wenn in Fall (b) mit dem gleichen Jahresbetrag 3 Kinder jeweils für 4 Monate gefördert werden, liegen die Kosten pro Kind bei 1.200 Euro. Es wäre offensichtlich trügerisch daraus zu schließen, dass die Frühförderung im Fall (a) teurer wäre als in Fall (b), weil der scheinbare Kostenunterschied nur dadurch entsteht, dass der gleiche Jahresgesamtbetrag auf eine unterschiedliche Zahl von Kindern mit unterschiedlicher Förderdauer bezogen wird. Die Stichtagszahl zum Jahresende ist aber sowohl in Fall (a) als auch in Fall (b) 1 Kind. Dividiert man den Jahresgesamtbetrag durch diese Stichtagszahl, so wird deutlich, dass in beiden Fällen (a) und (b) die Kosten pro Kind und Jahr gleichermaßen 3.600 Euro betragen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten in beiden Landschaftsverbänden ergibt sich für die Solitärleistungen ein recht ähnliches Bild: Im Rheinland werden pro Kind jährlich 3.634 Euro ausgegeben, in Westfalen Lippe sind es 3.333 Euro. Im Rheinland werden also jährlich etwa 300 Euro mehr für die rein heilpädagogische Förderung eines Kindes aufgebracht. Deutliche Unterschiede werden allerdings im Hinblick auf die Fallkosten bei den heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erkennbar: Das Rheinland zahlt hier durchschnittlich 3.893 Euro pro gefördertes Kind pro Jahr, Westfalen-Lippe hingegen lediglich 2.782 Euro, was einer Differenz von etwa 1.100 Euro entspricht, die das Rheinland mehr aufwendet.

Zusätzliche heilpädagogische Leistungen

Häufig werden in den Kommunen nicht nur heilpädagogische und/oder Komplexleistungen erbracht, sondern auch weitere (heilpädagogische) Leistungen. In Kapitel 5.1 wurde gezeigt, dass gut zwei Drittel der Kommunen entsprechende zusätzliche Leistungen anbieten (z. B. Autismus- oder Konduktive Therapien). Neben den Aufwänden für heilpädagogische Leistungen und Komplexleistungen wurden diejenigen Leistungsträger, die zusätzliche heilpädagogische Leistungen anbieten, dazu aufgefordert, auch hierzu die Anzahl der geförderten Kinder im Gesamtjahr 2017 sowie den finanziellen Aufwand darzulegen. Insgesamt machten hierzu 30 Kommunen Angaben (Rheinland: 15, Westfalen-Lippe: 15; vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Finanzielle Aufwände für zusätzliche Leistungen und Fallzahlen der zusätzlich geförderten Kinder für das Jahr 2017

	Gesamt	LVR	LWL
<i>Anzahl der Antworten</i>	30	16	14
	Geförderte Kinder im Gesamtjahr (Summe)		
zusätzliche Leistungen insgesamt <i>insofern differenzierbar:</i>	1.098	838	260
...davon Autismustherapien	501	353	151
...davon Petö- und konduktive Therapien	56	36	20
...davon Gebärdensprache	26	20	6
...davon sonstige Leistungen	82	-	82
	Gesamtjahresaufwand (Summe in Mio. Euro)		
zusätzliche Leistungen insgesamt <i>insofern differenzierbar:</i>	3,34	2,82	0,56
...davon Autismustherapien	1,51	1,20	0,32
...davon Petö- und konduktive Therapien	0,15	0,08	0,07
...davon Gebärdensprache	0,11	0,08	0,01
...davon sonstige Leistungen	0,69	0,56	0,14

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Landesweit erhielten im Jahr 2017 1.098 Kinder zusätzliche heilpädagogische Leistungen, denen u. a. Autismustherapie, Petö- bzw. konduktive und andere Therapien, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden sowie Gebärdensprache, zuzuordnen sind. Von der Summe der landesweit geförderten Kinder entfallen deutlich mehr auf das

Rheinland: Hier bezogen 838 Kinder entsprechende Maßnahmen, in Westfalen-Lippe lediglich 260 Kinder. Diesen Fallzahlen entsprechend gestalten sich auch die finanziellen Aufwände: Für das Land Nordrhein-Westfalen beliefen sich die Ausgaben für zusätzliche heilpädagogische Leistungen auf insgesamt 3,34 Mio. Euro (Rheinland: 2,82 Mio. Euro, Westfalen-Lippe: 0,56 Mio. Euro). Autismustherapien machen den größten Teil der zusätzlichen heilpädagogischen Leistungen, die ebenfalls durch die kommunalen Träger finanziert werden, aus. Deutlich seltener werden Petö- und konduktive Therapien, Gebärdensprache oder sonstige Leistungen (z. B. in Form von Reit- oder Marte-Meo-Therapie) erbracht (vgl. Tabelle 21).

Entwicklung der Finanzdaten und Fallzahlen seit 2012

Im Hinblick auf die Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen in den Jahren von 2012 bis 2017 entsteht ein recht klares Bild: Seit dem Jahr 2012 sind landesweit sowohl die Ausgaben als auch die Fallzahlen der Solitärleistungen nahezu konstant geblieben: Der durchschnittliche Gesamtjahresaufwand pro Kreis bzw. kreisfreier Stadt für rein heilpädagogische Leistungen hat sich seit 2012 lediglich um 2,8 % erhöht, die durchschnittliche Anzahl der rein heilpädagogisch geförderten Kinder ist sogar um 3,2 % gesunken (vgl. Tabelle 22). Der Bezug von Komplexleistungen und die hierfür aufgewandten Kosten haben deutlich zugenommen: Im Zeitraum zwischen 2012 und 2017 ist sowohl der durchschnittliche Gesamtjahresaufwand pro Kommune als auch die durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder um mehr als 50 % angestiegen (Gesamtaufwand: +66,2 %, geförderte Kinder: +50,5 %).

Tabelle 22: Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen von 2012 bis 2017

	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	2015 - 2016	2016 - 2017	2012 - 2017
	Solitäre heilpädagogische Leistungen					
durchschnittlicher Gesamtjahresaufwand	+3,1%	+8,9%	-5,7%	-5,6%	+2,8%	+2,8%
durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder im Dezember	+14,9%	-10,1%	-1,0%	-4,8%	-0,5%	-3,2%
	Heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (einschließlich Komplexleistungen)					
durchschnittlicher Gesamtjahresaufwand	+21,7%	+11,3%	+5,3%	+1,9%	+4,1%	+66,2%
durchschnittliche Anzahl der geförderten Kinder im Dezember	+10,8%	+5,3%	+9,2%	+15,9%	+1,9%	+50,5%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Aus den Annahmen bei der Fortschreibung von Kinderzahlen und Aufwendungen, zu deren Angabe die Leistungsträger gebeten wurden, wird deutlich, dass die Sozialhilfeträger grundsätzlich davon ausgehen, dass die Bedarfe für Kinder mit komplexen Entwicklungsverzögerungen, sozio-emotionalen Störungen und Sprachauffälligkeiten weiterhin moderat ansteigen werden. Bei der Fortschreibung der Fallzahlen wird dazu geraten, durchschnittliche Steigerungsraten zu berücksichtigen und eine lineare Hochrechnung der realen Zahlen der geförderten Kinder durchzuführen. Bei den Kostenprognosen

müssten jährlich zwischen 3 und 5 % Kostensteigerung im Hinblick auf Tarifsteigerungen bzw. Steigerungen der BHP-Vergütungssätze eingeplant werden. Die jährlichen Fallzahlen schwankten laut Aussagen der kommunalen Träger zwar, allerdings sei nicht von sprunghaften Steigerungsraten auszugehen.

5.4 Konkrete Fallübernahme

Der letzte Fragenblock, der sich an die Leistungsträger richtete, enthielt Fragen zur verwaltungstechnischen und inhaltlichen Fallübernahme. Hier galt es u. a., Details zu der in den Kommunen erfolgenden Aktenführung zu erheben, örtliche Ansprechpersonen zu ermitteln, Vorschläge zum Prozess der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sowie Qualitätsstandards bei der Umsetzung von Frühförderleistungen in den einzelnen Mitgliedskörperschaften zu erfassen.

Zunächst einmal zur Führung der Akten in den einzelnen Kommunen und deren Verwaltung: Die meisten Träger gaben an, dass die Aktenführung in Papierform erfolgt. Dies trifft auf 38 der 52 Kommunen (73 %) bzw. 21 Kommunen aus dem Rheinland (81 %) und 17 aus Westfalen-Lippe zu (65 %; vgl. Tabelle 23). Insgesamt gibt es lediglich zwei Kommunen aus dem Rheinland, bei denen die Aktenführung ausschließlich elektronisch umgesetzt wird. Eine Mischform findet in landesweit zwölf Kommunen (24 %), im Rheinland in drei (12 %) und in Westfalen-Lippe in neun Kommunen Anwendung (35 %). Elf Leistungsträger machten die Angabe, dass bei einem Übergang der Leistungsträgerschaft über die Einzelfallakten hinaus noch weitere Akten für die Fallführung übernommen werden müssten (Rheinland: 2 Träger, Westfalen-Lippe: 9 Träger). Dies seien z. B. Rechnungsunterlagen für die Abrechnung mit den Frühförderstellen, Nachweise über die erbrachten Leistungen der Stellen, Akten der Bedarfsfeststellung oder externe Gutachten (z. B. von Kinderärzten/innen).

Tabelle 23: Konkrete Fallübernahme

	Gesamt (N=52)		LVR (N=26)		LWL (N=26)	
Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt...						
...in Papierform	38	73%	21	81%	17	65%
...elektronisch	2	4%	2	8%	0	0%
...in Mischform	12	24%	3	12%	9	35%
Über die Einzelfallakten hinaus						
...müssen weitere Akten für die Fallführung übernommen werden	11	21%	2	8%	9	35%
Die Verwaltung der Frühförderung erfolgt über eine Software...						
...für das Fallmanagement	21	40%	9	35%	12	46%
...für die Abrechnung	34	65%	18	69%	16	62%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsträger durch das ISG

Darüber hinaus gab es den Hinweis, dass es nicht nur fachliche Einzelfallakten, sondern auch Verwaltungsakten gebe, die berücksichtigt werden müssen. Hinzu kommt die Tatsache, dass häufig verschiedene Ämter an der Leistungsgewährung in einer Kommune beteiligt sind und die Akten entsprechend über diese verteilt sind.

Die Verwaltung der Frühförderung für das Fallmanagement erfolgt landesweit in 21 Kommunen (40 %) über eine Software und die Verwaltung für die Abrechnung in 34 Kommunen (65 %). Die drei am häufigsten genannten Softwareverfahren, die hierbei Anwendung finden, sind die Kommunen-Software des Herstellers AKDN Sozial, Lämmkomm des Herstellers Lämmerzähl sowie Open Prosoz von Prosoz Herten GmbH.

5.5 Ideen für die Aufgabenübernahme und Qualitätsbegriffe

Im Rahmen der Erfassung von Ideen für eine reibungslose Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sowie Besonderheiten und Qualitätsstandards in den Kommunen, mit denen Frühförderung gewährt wird, konnten die Leistungsträger anhand zweier offen gestellter Fragen ihre Überlegungen und Vorschläge darlegen.

Folgende Antworten gab es auf die Frage, was laut Meinung der derzeitigen Träger Voraussetzungen dafür sind, dass die Aufgabenübernahme der Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe durch die Landschaftsverbände möglichst reibungslos gelingen kann (*Auszüge zitiert*):

- Bei einer vollständigen Übernahme der Aufgabe zum 01.01.2020 sollte rechtzeitig der Übergang der Fallakten geklärt werden. Intensive und kurzfristige Austauschmöglichkeiten der beteiligten Akteure sollen ermöglicht werden.
- Empfohlen wird eine rechtzeitige Information der Leistungserbringer, -anbieter und Sorgeberechtigten der Kinder mit Frühförderbedarf.
- Wünschenswert ist eine frühzeitige Einbindung von Frühförderstellen in die Konzeption und Gestaltung von Verträgen.
- Empfohlen wird eine nahtlose Weitergewährung der Hilfe durch Zusicherung einer durchgehenden Bewilligung bis zur Aktenübernahme, keine Begrenzung der Bewilligungen bis zum Jahresende 2019.
- Grundsätzlich sollten die Landschaftsverbände den bestehenden Verträgen beitreten. Die Leistungserbringer sollten entsprechend informiert werden. Sollten Übergangsregelungen (z. B. Leistungsbewilligungen über den 31.12.2019 hinaus, weitere Zuständigkeit der örtlichen Träger) geplant werden, sollte geprüft werden, ob dies im Rahmen einer Heranziehungssatzung geregelt wird.
- Rechtzeitige Fallübergabe (Kostenerstattungsverfahren und vorübergehende Heranziehung vermeiden).
- Eine personenzentrierte Arbeitsweise und eine jeweilige Einzelfallprüfung innerhalb des verwaltungsrechtlichen Verlaufs sollten zum Gelingen beitragen.
- Um die Qualität und den reibungslosen Ablauf der Frühförderung für die Kinder nach Erteilung des Bescheids zu erhöhen, kann im Kontakt mit den Frühförderzentren die Mitarbeit der Eltern (Einhaltung der bewilligten Fördereinheiten) erörtert werden.

- Alle mit der Eingliederungshilfe befassten Menschen (Eltern, Beschäftigte in den Frühförderstellen etc.) sollten die bei den Landschaftsverbänden zuständigen Mitarbeiter/innen problemlos (z. B. im Internet) finden und gut erreichen können (feste persönliche und telefonische Sprechzeiten, kurzfristige Reaktionen auf E-Mail-Anfragen, bekannt gemachte Faxverbindungen).
- Für eine gute Zusammenarbeit sind auch persönliche "kurze Wege" erforderlich (auch für Schwerbehinderte vorhandene Parkplätze am Haus, gute Anbindung an den ÖPNV, Barrierefreiheit im Haus durch Fahrstühle...).

Auf die Frage, was das Besondere an der Art ist, wie in den einzelnen Kommunen Frühförderung gewährt wird (sog. Qualitätsbegriffe), und welche Prozesse davon unbedingt erhalten bleiben sollten, wurden folgende Antworten gegeben (*Auszüge zitiert*):

- Den betroffenen Familien wird bei uns ein niedrighschwelliger Zugang zu den Leistungen der Frühförderung ermöglicht, und ein hoher Verwaltungsaufwand durch Einzelfallabrechnungen wird vermieden.
- Teil unseres Systems sind flankierende beratende Stellen bei der Kreisverwaltung, und zwar der "Begleitende Dienst" im Amt für Menschen mit Behinderung und die "Frühen Hilfen" im Gesundheitsamt. Diese Struktur hat sich durch die bestehenden kurzen Kommunikationswege als erfolgreich und gut funktionierend bewährt, gerade auch bei schwierigen Fällen, und sollte daher unbedingt erhalten bleiben und fortgeführt werden.
- Unser Kreis betreibt neben der Interdisziplinären Frühförderstelle auch eine mobile Frühförderstelle durch das HPZ. Neben Heilpädagogik werden hier auch Elternberatung sowie die Teilnahme an Eltern-Kind-Gruppen, wie z. B. Psychomotorik, Schwimm-, Gesprächs- und Heilpädagogische Rhythmusgruppen angeboten. Diese Einrichtung sollte erhalten bleiben.
- Durch ein sehr gutes Netzwerk, in das die Frühfördereinrichtungen, die niedergelassenen Ärzte/innen, die Ärzte/innen des Gesundheitsamtes, die Kitas etc. einbezogen sind, werden die Kinder individuell entsprechend ihren Entwicklungsverzögerungen und/oder Behinderungen gefördert. Hierdurch werden Doppelstrukturen bspw. durch zusätzliche ärztliche Untersuchungen eines/einer für interdisziplinäre Frühförderstellen erforderlichen Facharztes/Fachärztin für Kinderheilkunde vermieden. Das Netzwerk kompensiert zudem den auf dem Land zunehmenden Mangel an Ärzten/innen und Therapeuten/innen.
- Direkte Kommunikation mit den Frühförderstellen zur Reduzierung von bürokratischem Aufwand.
- Die Kontaktaufnahme zur Frühförderstelle sowie der gesamte unbürokratische Ablauf (ohne gesondertes Antragsverfahren) stellt für betroffene Eltern und Kindern ein sehr niedrighschwelliges Angebot dar.

- Finanzierung von niederschweligen Beratungsangeboten und zusätzliche Finanzierung von "Runden Tischen" bei gleichzeitiger Betreuung in einer Kindertageseinrichtung.
- Grundsätzlich wird im Gebiet der Frühförderung bei nicht eindeutigen Fällen (Behinderungsbild des Kindes; Bewertung nach §53 SGB XII; Passung der heilpädagogischen Leistung o. Komplexleistung) immer das Gesundheitsamt eingeschaltet. Diese Einschätzung und Stellungnahme zur Behinderung des Kindes und zu möglichen heilpädagogischen Leistungen oder Komplexleistungen ist in einigen Fällen ausschlaggebend und zentral für die Gewährung oder Nicht-Gewährung eines Frühförderantrags.
- Vor dem Hintergrund, dass die Leistungserbringer (Frühfördereinrichtungen) den beantragten Bedarf im Rahmen der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes selbst diagnostizieren, wurde eine fachlich-inhaltliche Prüfung (Screening und Fachdienst) installiert. Diese Prüfung ist aus hiesiger Sicht erforderlich.
- Die Arbeit mit den Frühfördereinrichtungen basiert auf einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit direkten Kontakten. Fragen bei unklarer Diagnostik werden in persönlichen Gesprächen, immer im Interesse der berechtigten Kinder, geklärt.
- Das Clearingverfahren ist dem Antragsverfahren vorgeschaltet, und in jedem Einzelfall werden individuelle Lösungen mit den Eltern gesucht. So wird mit einem geringen Aufwand für den Sozialhilfeträger eine gute, aus unserer Sicht bedarfsdeckende Versorgung für Eltern und Kinder sichergestellt.
- Einschätzung des Lebensumfeldes und der Ressourcen der Familie, wie z.B. psychisch kranke Eltern, Bindungsstörungen, weitere Geschwister mit Behinderungen, schulische Förderangebote, Schwerbehindertenausweis, Unterstützung mit familienentlastendem Dienst.
- Schnelle Vorabbeurteilung ohne genaue Benennung des Förderkontingentes bei Frühgeborenen oder sehr schwer betroffenen Kindern
- Umfassende Beratung und Einbeziehung der Eltern

5.6 Clearing- und Diagnostikstellen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der Befragung der Clearing- und Diagnostikstellen, an der sich zwei aus dem Rheinland und 13 aus Westfalen-Lippe beteiligt haben. Ob über diese 15 Stellen hinaus noch weitere Clearingstellen bestehen, ist nicht bekannt. Clearing- und Diagnostikstellen sind häufig in denjenigen Kreisen und kreisfreien Städten vorhanden, in denen keine anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, in denen die Eingangsdiagnostik ansonsten durchgeführt werden könnte, eingerichtet sind. Manchmal kommt es aber auch vor, dass in ein und derselben Kommune sowohl eine IFF als auch eine Clearingstelle eingerichtet ist. Da nur zwei Clearingstellen im Rheinland vorhanden sind, wurden die Ergebnisse lediglich auf Ebene des Landes

und nicht auf Ebene der beiden Verbände ausgewertet. In sechs Fällen wurde angegeben, dass die entsprechende Stelle beim Gesundheitsamt angesiedelt ist, in vier Fällen ist sie an die Fachstelle „Frühe Hilfen“ angedockt, welche wiederum einen Teil des Gesundheits- oder Sozialamts darstellen kann. Im ersten, größeren Teil der Auswertung zu der Befragung der Clearingstelle wird der Zugang zu den Leistungen in den Stellen erläutert, der zweite Teil konzentriert sich auf die Merkmale der Kinder mit Förderbedarf in den einzelnen Stellen.

Personelle Besetzung der Clearingstellen

Zuerst erfolgte eine Abfrage, welches Personal an der Eingangsdiagnostik beteiligt und wie diese organisiert wird. In den meisten Stellen, und zwar in vier von fünf Fällen bzw. 80 %, wird ärztliches Personal an der Eingangsdiagnostik in den Clearingstellen beteiligt (vgl. Tabelle 24). Auch heilpädagogisches Personal wird hierfür häufig eingesetzt (73 %). Etwas seltener, in etwa der Hälfte der Fälle, erfolgt die Einbindung medizinisch-therapeutischen (60 %) oder psychologischen Personals (47 %).

Tabelle 24: An der Eingangsdiagnostik beteiligtes Personal

	Clearingstellen (N=15)	
Ärztliches Personal	12	80%
Heilpädagogisches Personal	11	73%
Medizinisch-therapeutisches Personal	9	60%
Psychologisches Personal	7	47%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei einer differenzierteren Betrachtung des an der Eingangsdiagnostik beteiligten Personals in Hinblick auf einzelne Berufsgruppen wird deutlich, dass die ärztliche Diagnostik ausschließlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, nicht jedoch durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder Psychiaterinnen und Psychiater erfolgt (s. Tabelle 25). Die heilpädagogische Diagnostik erfolgt in 67 % der Fälle durch Heilpädagoginnen und -pädagogen und in 27 % durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Lediglich jede fünfte Kommune gab an, dass Psychologinnen und Psychologen im Rahmen der Eingangsdiagnostik eingesetzt werden. Noch seltener werden Logopädinnen und Logopäden, Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten daran beteiligt.

Tabelle 25: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen

	Clearingstellen (N=15)		...dav. angestellte Fachkräfte der Einrichtung	
	Ärztliche Diagnostik			
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	11	73%	9	82%
Niedergelassene Fachärzte/innen	0	0%	-	
Psychiater/innen	0	0%	-	
Andere	0	0%	-	
	Heilpädagogische Diagnostik			
Heilpädagogen/innen	10	67%	10	100%
Sozialpädagogen/innen	4	27%	4	100%
Sonderpädagogen/innen	0	0%	-	
Dipl.-Pädagogen/innen	2	13%	2	100%
Andere	2	13%	2	100%
	Psychologische Diagnostik			
Psychologen/innen	3	20%	3	100%
Andere	1	7%	1	100%
	Medizinisch-therapeutische Diagnostik			
Logopäden/innen/Sprachheilpädagogen/innen	2	13%	2	100%
Ergotherapeuten/innen	1	7%	1	100%
Physiotherapeuten/innen	1	7%	1	100%
Andere	2	13%	-	

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei der Abfrage, ob das jeweils eingebundene Personal eine angestellte Fachkraft der Einrichtung darstellt, ob mit festen Verträgen kooperiert wird oder die Zusammenarbeit auf Honorarbasis erfolgt, wurde deutlich, dass bis auf zwei Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sämtliches an der Eingangsdiagnostik beteiligte Personal fest in der Clearingstelle angestellt ist.

Ort der Diagnostik, Diagnoseinstrumente und Ablehnungen

In der Regel stellt der Ort der Diagnostik die Clearingstelle selbst dar: Zehn der 15 Stellen gaben an alle Bestandteile der Diagnostik in der Stelle selbst durchzuführen (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Ort der Diagnostik

	Clearingstellen (N = 15)	
Alle Bestandteile in Einrichtung	10	67%
Einzelne Bestandteile woanders...	5	33%
...und zwar folgende:		
Ärztliche Diagnostik	2	40%
Psychologische Diagnostik	1	20%
Heilpädagogische Diagnostik	5	100%
Andere Diagnostik	2	40%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Bei den fünf Clearingstellen, bei denen einzelne Bestandteile der Eingangsdiagnostik an einem anderen Ort stattfinden, betrifft dies in allen Fällen die heilpädagogische Diagnostik. In zwei von fünf Fällen (40 %) finden daneben jeweils die ärztliche sowie weitere Diagnostik (Soziale Anamnese, logopädische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychologische Diagnostik) an abweichenden Orten, wie z. B. dem Elternhaus des Kindes, statt. 15 Clearingstellen verwenden standardisierte Testverfahren zur Diagnose einer bestehenden oder drohenden Behinderung, wie z. B. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 – 7 und BUEVA (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung

	Clearingstellen (N = 15)	
Standardisierte Testverfahren (bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 -7, BUEVA)	15	100%
Zusätzlich weitere heilpädagogische Verfahren	4	27%
Zusätzlich weitere, nicht-heilpädagogische Verfahren	6	40%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

Zusätzliche weitere heilpädagogische Verfahren kommen in 27 % der Einrichtungen und nicht-heilpädagogische Verfahren in 40 % der Einrichtungen zum Tragen. Als weitere heilpädagogische und nicht-heilpädagogische Verfahren werden Spiel- und Interaktionsbeobachtungen, strukturierte Verhaltensbeobachtungen, Videoanalysen (auch in den KiTas und im häuslichen Umfeld) und standardisierte Fragebögen, wie z. B. VBV 3-6, FSK, CHAT, SETK, SDQ, aufgeführt.

Tabelle 28: Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Clearingstellen (N = 15)	
	bei allen Frühförderleistungen	
Anzahl der Antworten	11	100%
Keine Ablehnung	2	18%
0,1 bis unter 10 %	2	18%
10 % bis unter 20 %	5	45%
20 % und mehr	2	18%
	bei Komplexeleistungen	
Anzahl der Antworten	5	100%
Keine Ablehnung	1	20%
0,1 bis unter 10 %	1	20%
10 % bis unter 20 %	2	40%
20 % und mehr	1	20%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

In Tabelle 28 wird die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen in den Clearingstellen, die im Jahr 2017 erfolgten, dargestellt. Sowohl für alle Frühförderleistungen als auch für Komplexeleistungen wurde am häufigsten angegeben, dass zwischen 10 und 20 % der Anträge abgelehnt wurden (bei 45 % der Einrichtungen in

Bezug auf alle Frühförderleistungen bzw. bei 40 % der Einrichtungen in Bezug auf Komplexleistungen). Keine Ablehnung gab es in 18 % (alle Leistungen) bzw. 20 % (Komplexleistungen) der Einrichtungen. Dass 20 % und mehr der Anträge auf Frühförderleistungen abgelehnt werden, kommt in etwa bei jeder fünften Clearingstelle vor (vgl. Tabelle 28).

Kinder mit Förderbedarf

Abschließend wurden die Clearing- und Diagnostikstellen darum gebeten, darzulegen, wie viele Kinder im Jahr 2017 Frühförderleistungen in der Stelle erhalten haben, wie hoch die Anzahl der Kinder pro jeweiliger Leistungsform war und welche Merkmale diese Kinder aufwiesen. Hierzu lagen Antworten von 12 Clearingstellen vor. In diesen erhielten im Jahr 2017 5.645 Kinder Frühförderleistungen, von denen 4.623 und damit mehr als vier von fünf Kindern auf heilpädagogische Leistungen (82 %), 1.038 auf Komplexleistungen (18 %) und ein sehr geringer Anteil von 95 Kindern (2 %) auf weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen entfallen (vgl. Tabelle 29). Etwa zwei Drittel der geförderten Kinder (61 %) waren männlichen und ein Drittel (36 %) weiblichen Geschlechts. Darüber hinaus hatte ca. ein Drittel der Kinder einen Migrationshintergrund (37 %), und jedes zehnte Kind entstammte einer sozial belasteten Familie (10 %). In der kleinsten der zwölf Clearingstellen erhielten im Jahr 2017 105 Kinder diagnostische Leistungen, in der größten mit 1.018 Kindern etwa die zehnfache Anzahl.

Tabelle 29: Anzahl der Kinder in der Clearingstelle am 31.12.2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung

	Anzahl der Antworten	Summe	Anteil an allen Kindern	kleinster Wert	größter Wert
Kinder insgesamt	12	5.645	100%	105	1.018
... davon Komplexleistungen	6	1.038	18%	1	614
... davon weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	2	95	2%	3	92
... davon solitäre „heilpädagogische Leistungen“	12	4.623	82%	37	1.018
Mädchen	12	2.029	36%	51	385
Jungen	12	3.451	61%	54	679
mit Migrationshintergrund	9	2.113	37%	81	679
aus sozial belasteten Familien	3	564	10%	70	272

Quelle: Schriftliche Befragung aller Clearing- und Diagnostikstellen durch das ISG

6. Ergebnisse der Befragung der Leistungsanbieter

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Befragung der Frühförderstellen und Leistungsanbieter dargestellt. Die Struktur dieses Kapitels unterteilt sich in einen Gesamtüberblick über die Art der Anbieter und die dort tätigen Fachkräfte (Kapitel 6.1), die angebotenen Frühförderleistungen (Kapitel 6.2), die Kooperationen mit anderen Einrichtungen (Kapitel 6.3), die Zugänge zu den Leistungen (Kapitel 6.4) sowie die genaue Betrachtung der Kinder mit Frühförderbedarf (Kapitel 6.5). In Ergänzung zu den Ergebnissen der Befragung erfolgt in Kapitel 6.6 eine Zusammenfassung der Stellungnahmen der Sozialpädiatrischen Zentren NRW zur Befragung und zum Übergang der Leistungsträgerschaft auf die Landschaftsverbände.

6.1 Beschreibung der Institution und der personellen Besetzung

Der erste Block des Fragebogens an die Leistungsanbieter zielte auf die Art der Einrichtung und ihre personelle Struktur ab. Nach einer Abfrage zur Beschreibung der Institution wurde nach den dort angestellten Fachkräften, ihren Professionen sowie rechnerischen Vollzeitstellen gefragt.

Beschreibung der Institution

Das Leistungsangebot in Nordrhein-Westfalen gestaltet sich als sehr heterogen und vielfältig. Demnach kann es sich bei den befragten Frühförderstellen um solche handeln, die als anerkannte interdisziplinäre Einrichtungen die Komplexleistung Frühförderung nach § 46 Abs. 3 SGB IX anbieten, oder um jene, die zwar interdisziplinär besetzt sind, die Komplexleistung aber nicht anbieten. Zudem unterscheiden sich heilpädagogische Frühförderstellen als solche noch einmal von heilpädagogischen Praxen, die auf Basis von § 75 – § 77 SGB XII solitäre Leistungen anbieten. Weiterhin gibt es die Sozialpädiatrischen Zentren oder weitere, andere Anbieter wie z. B. Autismus-Therapie-Zentren.

Auf die Frage nach der Beschreibung der Institution sollte eigentlich nur eine einzige Antwort erfolgen. Da jedoch häufig darauf hingewiesen wurde, dass mehrere Antwortoptionen gleichzeitig auf einzelne Leistungsanbieter zutreffen, wurde die Frage als Mehrfachantwort ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich 44 der 131 teilnehmenden Leistungsanbieter und damit die meisten als heilpädagogische Frühförderstellen bezeichnen (38 % aller Anbieter; vgl. Tabelle 30). In Westfalen-Lippe beträgt der Anteil der heilpädagogischen Frühförderstellen an allen Einrichtungen 46 %, womit diese etwas weniger als jede zweite Einrichtung betreffen. Im Rheinland machen die heilpädagogischen Frühförderstellen hingegen etwa lediglich jede vierte Einrichtung aus (27 %). Die zweitgrößte Gruppe der Leistungsanbieter stellen die anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen dar, die die Komplexleistung nach § 46 Abs. 3 SGB IX anbieten (34 %). Sie sind im Rheinland mit 42 % stärker vertreten als in Westfalen-Lippe mit 28 %.

Tabelle 30: Beschreibung der Institution

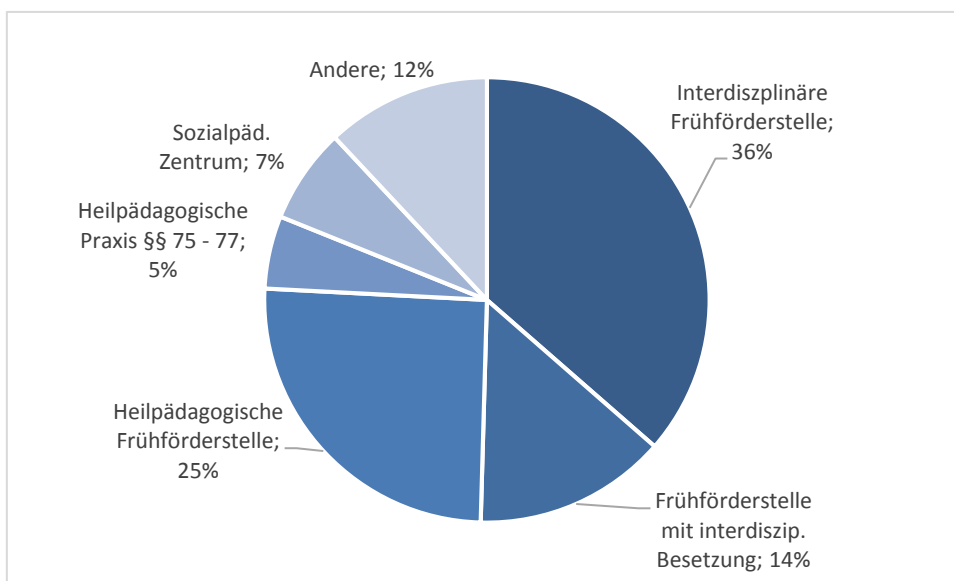
<i>Mehrfachnennungen</i>	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle, die Komplexleistung anbietet	44 34%	22 42%	22 28%	27 31%	17 39%
Frühförderstelle mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung	10 8%	2 4%	8 10%	8 9%	2 5%
Heilpädagogische Frühförderstelle	50 38%	14 27%	36 46%	31 36%	19 43%
Heilpädagogische Praxis mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 SGB XII zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen	22 17%	5 10%	17 22%	19 22%	3 7%
Sozialpädiatrisches Zentrum	13 10%	7 13%	6 8%	6 7%	7 16%
Andere Beschreibung	25 19%	12 23%	13 16%	15 17%	10 23%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Diese Verteilung von heilpädagogischen und Interdisziplinären Frühförderstellen auf die beiden Landschaftsverbände entspricht der Verteilung der jeweils angebotenen Formen der Frühförderleistungen in den Kommunen, denn deutlich häufiger werden Komplexleistungen im Rheinland und Solitärleistungen in Westfalen-Lippe erbracht (vgl. Kapitel 5.1).

25 Einrichtungen (Gesamt: 19 %, Rheinland: 23 %, Westfalen-Lippe: 16 %) gaben eine andere Bezeichnung als die aufgelisteten für ihre Einrichtung an, darunter am häufigsten Autismus-Therapie-Zentren, Frühförderstellen mit psychomotorischem Schwerpunkt oder heilpädagogische Familienhilfen. Heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 – § 77 SGB XII machen 17 % der befragten Einrichtungen aus (Rheinland: 10 %, Westfalen-Lippe: 22 %), Sozialpädiatrische Zentren 10 % (Rheinland: 13 %, Westfalen-Lippe: 8 %) und Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung insgesamt 8 % (Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 10 %).

Vergleicht man die Typen der Gebietskörperschaften, so ergeben sich lediglich leichte Abweichungen zwischen Kreisen und kreisfreien Städten: In kreisfreien Städten sind mit 39 % die Interdisziplinären Frühförderstellen um 8 Prozentpunkte stärker vertreten als in den Kreisen mit 31 %; auch heilpädagogische Frühförderstellen (Kreise: 36 %, kreisfreie Städte: 43 %) und Sozialpädiatrische Zentren (Kreise: 7 %, kreisfreie Städte: 16 %) sind häufiger in Städten ansässig. Lediglich die heilpädagogischen Praxen mit Vereinbarung nach § 75 – § 77 SGB XII sind öfter in Kreisen angesiedelt (Kreise: 22 %, kreisfreie Städte: 7 %).

Abbildung 1: Verteilung der geförderten Kinder auf die Einrichtungsformen

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Abbildung 1 spiegelt wider, wie sich die Summe der geförderten Kinder im Jahr 2017, die im Detail noch in Kapitel 6.5 aufgegriffen wird, auf die einzelnen Einrichtungsformen verteilt: Von insgesamt 20.080 Kindern, die in den 131 an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen gefördert wurden, entfällt der größte Teil mit 7.314 Kindern bzw. 36 % auf die Anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen. Jedes vierte Kind hat eine heilpädagogische Frühförderstelle besucht (5.095 Kinder bzw. 25 %). An dritter Stelle stehen die Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Angebot der Komplexleistung, die 2.816 Kinder bzw. einen Anteil von 14 % an allen geförderten Kindern umfassen. Es folgen andere Einrichtungen (2.405 Kinder bzw. 12 %), Sozialpädiatrische Zentren (1.389 Kinder bzw. 7 %) und heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 SGB XII zur Erbringung heilpädagogischer Leistungen.

Personelle Besetzung der Einrichtungen

In Tabelle 31 sind die personellen Kapazitäten der Einrichtungen abgebildet. Die diesbezügliche Frage zielte sowohl auf die Anzahl der Fachkräfte, die für die jeweilige Institution arbeiten, als auch auf die entsprechenden Vollzeitstellen ab. Im Mittel am häufigsten angegeben wurden zwölf Fachkräfte bzw. neun Vollzeitstellen, die für die jeweilige Institution arbeiten. Im Rheinland ist diese Anzahl mit durchschnittlich knapp 14 Fachkräften (11,5 Vollzeitstellen) etwas höher als in Westfalen-Lippe mit elf Fachkräften (6,8 Vollzeitstellen). Die Spanne aller angegebenen Fachkräfte, die für die Einrichtungen arbeiten, reicht von einer bis hin zu 76 Personen pro Einrichtung.

Tabelle 31: Personelle Kapazität der Einrichtungen

		Anzahl der Antworten	Mittelwert (Median)	kleinster Wert	größter Wert
Gesamt (N=131)	Anzahl Personen	82	12,0	1,0	76,0
	in Vollzeitstellen	47	9,0	1,0	33,9
LVR (N=52)	Anzahl Personen	31	14,0	1,0	76,0
	in Vollzeitstellen	18	11,5	1,4	33,9
LWL (N=79)	Anzahl Personen	51	11,0	1,0	66,0
	in Vollzeitstellen	29	6,8	1,0	26,0

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Neben Anzahl und Vollzeitstellen der Fachkräfte wurde ebenfalls nach deren Professionen gefragt. Die Antwortmöglichkeiten waren entsprechend der unterschiedlichen Berufsgruppen in medizinische, heilpädagogische, psychologische, medizinisch-therapeutische Fachkräfte sowie Verwaltungsfachkräfte unterteilt. Auch hier bestand die Möglichkeit, über die angegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus weitere Professionen einzutragen. Die nachfolgende Tabelle 32 enthält die Anzahl der Einrichtungen sowie den Anteil derer, die angaben, dass die jeweiligen Fachkräfte bei ihnen vertreten sind.

In der Berufsgruppe der medizinischen Fachkräfte dominieren die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit insgesamt 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. 37 % der Einrichtungen gaben an, diese einzusetzen. Als vertraglich vereinbarter Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung ist der Anteil der Fachärztinnen und -ärzten in Einrichtungen der Komplexleistung wie zu erwarten höher (73 %) als bei Leistungsanbietern ohne Angebot der Komplexleistung (27 %). Psychiaterinnen und Psychiater (3 %) sowie zusätzlich genannte medizinische Fachkräfte, wie z. B. medizinische Fachangestellte (5 %), wurden eher selten aufgeführt.

In Übereinstimmung mit der großen Anzahl heilpädagogischer Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen überwiegt die Profession der Heilpädagoginnen und -pädagogen deutlich. 89 % aller befragten Einrichtungen gaben an, dass diese für sie tätig sind. Als Hauptberufsgruppe sind die Heilpädagoginnen und -pädagogen in Einrichtungen ohne Komplexleistung häufiger angestellt (59 %) als in Einrichtungen mit diesem Angebot (39 %). Andere heilpädagogische Fachkräfte wie Sozial- oder Diplompädagoginnen und -pädagogen sind auf Einrichtungen mit und ohne Komplexleistung gleichmäßiger verteilt, hier liegt der prozentuale Anteil jeweils zwischen 46 % und 54 %. Sonderpädagoginnen und -pädagogen sind insgesamt nur zu 11 % vertreten, dafür gibt es einige heilpädagogische Fachkräfte, die die Leistungsanbieter zusätzlich genannt haben, darunter zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher, Motopädinnen und Motopäden sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter. Sonstige Professionen waren in 36 % der Einrichtungen beschäftigt.

Tabelle 32: In den Einrichtungen vertretene Professionen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Ohne Angebot der Komplexeleistung (N=86)		Mit Angebot der Komplexeleistung (N=45)	
Medizinische Fachkräfte						
Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde	49	37%	13	27%	36	73%
Psychiater/innen	4	3%	2	50%	2	50%
Andere	7	5%	4	57%	3	43%
Heilpädagogische Fachkräfte						
Heilpädagogen/innen	116	89%	69	59%	45	39%
Sozialpädagogen/innen	65	50%	35	54%	30	46%
Sonderpädagogen/innen	14	11%	10	71%	4	29%
Dipl.-Pädagogen/innen	45	34%	22	49%	23	51%
Andere	47	36%	27	57%	20	43%
Psychologische Fachkräfte						
Psychologen/innen	57	44%	20	35%	37	65%
Andere	7	5%	4	57%	3	43%
Medizinisch-therapeutische Fachkräfte						
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	64	49%	22	34%	42	66%
Ergotherapeuten/innen	65	50%	22	34%	43	66%
Physiotherapeuten/innen	58	44%	19	33%	39	67%
Motopäden/innen	48	37%	27	56%	21	44%
Andere	13	10%	11	85%	2	15%
Verwaltungsfachkräfte						
Bürofachkräfte/Sekretäre/ innen	89	68%	47	53%	42	47%
Andere	39	30%	20	51%	19	49%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Psychologische Fachkräfte sind mit 44 % als Psychologinnen und Psychologen vertreten, diese arbeiten häufiger in Einrichtungen mit (65 %) als in Einrichtungen ohne anerkannte interdisziplinäre Frühförderung (35 %). Andere psychologische Fachkräfte machen mit 7 Personen 5 % der Gesamtheit aus, hierbei handelt es sich z. B. um Musiktherapeutinnen und -therapeuten oder systemische Beraterinnen und Berater.

Unter den medizinisch-therapeutischen Fachkräften sind Logopädinnen und Logopäden, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten in rund 50 % aller Einrichtungen angestellt, davon zu zwei Dritteln in Frühfördereinrichtungen mit dem Angebot der Komplexeleistung (66 %). Motopädinnen und Motopäden und andere medizinisch-therapeutische Fachkräfte, wie z. B. Kinderkrankenschwestern, sind zum Großteil in Einrichtungen ohne Komplexeleistung vertreten.

Verwaltungsaufgaben werden zu 68 % von Bürofachkräften übernommen. Andere Verwaltungsfachkräfte wie IT-Spezialistinnen und -Spezialisten oder Reinigungskräfte machen ca. ein Drittel des Gesamtpersonals aus (30 %). Die Verteilung auf Einrichtungen

mit und ohne Komplexleistung ist hier sehr ausgeglichen: Etwa jede zweite Einrichtung beschäftigt Fachkräfte für die Verwaltung.

6.2 Angebot und Ausgestaltung der Frühförderleistungen

Nach einem Überblick über die Art der Einrichtung und ihrer Personalstruktur wurden die Einrichtungen zu ihrem Leistungsangebot befragt. Neben Art und Ort der Leistungen stellen die Hauptthemen in diesem Frageblock unter anderem vertragliche Vereinbarungen, Fallbesprechungen, Gründe für die Beendigung der Förderung sowie die Ausgestaltung der Elternarbeit dar.

Angebotsstruktur

Zum Vergleich: Die Darstellung der Angebotsstruktur erfolgte an einer früheren Stelle des Berichts bereits in gleicher Weise auf der Ebene der Kommunen (vgl. Kapitel 5.1 bzw. Tabelle 6). Bei der Befragung der Leistungsanbieter haben sich jedoch lediglich etwa 40 % und bei der der Leistungsträger über 95 % der angeschriebenen Institutionen beteiligt, wodurch die Ergebnisse der Befragung der Leistungsträger ein höheres Gewicht erhalten als die der Leistungsanbieter. Dennoch ist der vorliegende Bericht bestrebt, die Perspektiven aller Beteiligten darzustellen.

In Tabelle 33 wird die Art der angebotenen Frühförderleistungen nach Region und Gebietskörperschaft dargestellt.

Tabelle 33: Leistungsspektrum der Einrichtungen

	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Frühförderung als Komplexleistung nach § 46 Abs. 3 SGB IX	45 31%	21 40%	24 26%	28 29%	17 34%
Heilpädagogische und medizinisch- therapeutische Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden	13 9%	2 4%	11 12%	8 8%	5 10%
Solitäre "heilpädagogische Leistungen" nach § 79 SGB IX	88 60%	30 57%	58 62%	60 63%	28 56%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Entsprechend der Beschreibungen der jeweiligen Institutionen, bei denen „Heilpädagogische Frühförderstelle“ am häufigsten und „Anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstelle“ am zweithäufigsten gewählt wurde (vgl. Tabelle 30), macht das Angebot der heilpädagogischen Solitärleistung auf Landesebene den Großteil des Leistungsspektrums aus (88 von 131 Anbietern bzw. 60 %). Komplexleistungen hingegen werden nur in jeder dritten teilnehmenden Einrichtung angeboten (45 Anbieter bzw. 31 %). Im Rheinland umfassen Einrichtungen, die die Komplexleistung erbringen, 40 % der Anbieter, in Westfalen-Lippe sind dies hingegen nur 26 %. Dafür sind die Anbieter solitärer heilpädagogischer Angebote in Westfalen-Lippe etwas stärker ausgeprägt (58 Anbieter bzw. 62 %) als im Rheinland (30 Anbieter bzw. 57 %). Heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische Leistungen, die nicht als Komplexleistung erbracht werden, sind mit insgesamt nur

13 aus 131 Angaben (Gesamt: 9 %, Rheinland: 4 %, Westfalen-Lippe: 12 %) eher selten vertreten.

Ort der Leistungserbringung und Fahrtzeiten

Hinsichtlich des Orts, an dem die Frühförderleistungen erbracht werden, wurden die befragten Einrichtungen dazu aufgefordert, anzugeben, welche prozentualen Anteile jeweils die Leistungserbringung in den Einrichtungen, im Zuhause des Kindes oder der Kindertagesstätte ausmachten. Die Angaben sind unterteilt in solitär-heilpädagogische Angebote und Komplexleistung und werden in Form des Medians in Tabelle 34 abgebildet.

Die Ergebnisse deuten auf eine unterschiedliche Verteilung bei den beiden Leistungsarten hin: Bei Komplexleistungen werden die Förderleistungen in der Regel in der Einrichtung selbst erbracht (80 %), bei Solitärleistungen lediglich in etwa der Hälfte der Fälle (54 %). Leistungen, die zuhause erbracht werden, beschränken sich bei solitären Leistungen auf 20 % und bei Komplexleistungen auf 8 %. Die Kita dient bei 21 % der Solitär- und 15 % der Komplexleistungen als Ort der Leistungserbringung.

Tabelle 34: Ort der Leistungserbringung

	Gesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)	Kreise (N=87)	Kreisfreie Städte (N=44)
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"					
In der Einrichtung	57%	50%	59%	54%	67%
Zuhause	21%	22%	21%	22%	14%
In der Kita	22%	28%	21%	24%	19%
Komplexleistungen					
In der Einrichtung	78%	80%	75%	76%	79%
Zuhause	8%	5%	9%	10%	4%
In der Kita	15%	15%	16%	14%	17%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Bezüglich der Leistungen, die nicht in den Einrichtungen selbst erbracht werden, fallen Fahrtzeiten an, die der Leistungsanbieter dafür aufwenden muss, zum Kind nachhause oder in die Kindertagesstätte zu fahren. Die Leistungsanbieter wurden gefragt, wie lange sie im Durchschnitt für die Fahrtzeiten benötigen, wobei sowohl Hin- und Rückfahrt pro Besuch berücksichtigt werden sollten. Der am häufigsten genannte Wert (Modus) belief sich in Westfalen-Lippe auf 30 und im Rheinland auf 35 Minuten, die für die Fahrtzeit benötigt werden. Der kleinste dabei angegebene Wert beträgt in beiden Verbänden lediglich 10 Minuten. Im Rheinland werden maximal 90 und in Westfalen-Lippe 60 Minuten für den Hin- und Rückweg eingeplant.

Regelungen bezüglich der Leistungsbestandteile

Auch die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungen und Rehabilitationsträgern bezüglich der einzelnen Leistungsbestandteile wurden erhoben (s. Tabelle 35). Er-

fasst wurde hierbei, welche Leistungen der Frühförderung, unterteilt in direkte und indirekte Leistungen, im Vertrag vereinbart wurden. Direkte Leistungen umfassen Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind sowie mit den Eltern, zu den indirekten Leistungen gehören u. a. Vor- und Nachbereitungszeit, Fahrtzeiten, Dokumentationsaufgaben, Teamgespräche, Fortbildungen und Supervisionen.

Während die direkten Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind bei den Solitärleistungen in 97 % der Einrichtungen einen festen Bestandteil der Verträge darstellen, ist dies bei den Komplexleistungen nur zu 84 % der Fall. Auch die Elternzeiten sind vertraglich öfter Bestandteil in den Vertragsversionen der solitären Leistungen (85 %) als in denen der Komplexleistungen. Hier gaben nur 18 von 45 Einrichtungen an, dass Face-to-Face-Zeiten mit den Eltern vertraglich mit den Rehabilitationsträgern festgelegt sind (40 %). Diese Angaben beziehen sich jedoch vermutlich auf alte Komplexleistungsverträge, da laut der FrühV die Beratung der Erziehungsberechtigten mittlerweile einen festen Bestandteil der vertraglichen Vereinbarungen darstellt und nicht mehr extra vereinbart werden muss (§ 5 Abs. 2).

Tabelle 35: Mit den Rehabilitationsträgern vertraglich festgelegte Leistungen

	bei solitären heilpädagogischen Leistungen (N=86)		bei Komplex- leistungen (N=45)	
	<i>Anzahl der Antworten</i>	Anteil	<i>Anzahl der Antworten</i>	Anteil
Direkte Leistungen				
Face to face – Leistungen mit dem Kind	85	97%	38	84%
Face to face – Zeiten mit den Eltern	75	85%	18	40%
Indirekte Leistungen				
Vor- und Nachbereitung der Förderung	69	78%	30	67%
Dokumentation	71	81%	31	69%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	58	66%	30	67%
Fallgespräche des Teams	56	64%	29	64%
Fallkoordination	44	50%	25	56%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	37	42%	17	38%
Fahrtkosten	42	48%	17	38%
Supervision	48	55%	17	38%
Fortbildungen	46	52%	17	38%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Indirekte Leistungen wie Vor- und Nachbereitung (78 %) sowie Dokumentationen (81 %) sind bei etwa vier von fünf heilpädagogischen Angeboten vertraglich festgelegt. Diese Leistungen sind bei den Komplexangeboten nur zu knapp 70 % Bestandteil der Verträge. Rund die Hälfte der rein heilpädagogisch arbeitenden Einrichtungen gab an, dass Aufgaben wie Fallkoordination, Fahrtkosten, Supervision und Fortbildungen mit den Rehabilitationsträgern vertraglich vereinbart wurden. Auch hier liegen die Anbieter der Komplexleistung etwas unter diesem Wert (pro Leistungsbestandteil zwischen 38 % und 56 %). Fallgespräche des Teams sind bei beiden Leistungsformen gleich häufig Bestandteil der vertraglichen Vereinbarungen (64 %).

Weiterhin sollte der Umfang der Leistungsbestandteile bezüglich ihres Anteils an der Gesamttätigkeit, ebenfalls getrennt nach Solitär- und Komplexleistungen, von den Einrichtungen geschätzt werden. Die direkte Leistung am Kind zeigte sich, wie erwartet, als Hauptbestandteil der Leistungen und beläuft sich bei den heilpädagogischen Angeboten auf 45 % und bei Komplexleistungen auf 47 %. Die Elternarbeit als direkte Face-to-Face Leistung liegt zwar bei den Solitärleistungen mit einem Anteil von 13 % an der Gesamttätigkeit höher als bei den Komplexleistungen mit 7 %, stellt allerdings im Vergleich dazu einen kleineren Anteil dar als beispielsweise Fahrtkosten, die 10 % der Solitärleistungen ausmachen. Der geringe Anteil der Elternarbeit lässt sich anhand einiger Rückmeldungen seitens der Leistungsanbieter erklären, die angaben, dass die Elternarbeit nicht durch den Sozialhilfeträger refinanziert wird und deswegen eher selten einen direkten, vertraglich vereinbarten Leistungsbestandteil darstellt. Die Anteile der anderen Teilleistungen der indirekten Förderung belaufen sich jeweils auf Werte zwischen 2 % und 7 % (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 36: Anteile der einzelnen Leistungsbestandteile an der jeweiligen Gesamttätigkeit

	bei solitären "heilpädagogischen Leistungen" (N=86)		bei Komplexleistungen (N=45)	
	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Anzahl der Antworten	Mittelwert
Direkte Leistungen				
Face to face – Leistungen mit dem Kind	82	45%	39	47%
Face to face – Zeiten mit den Eltern	73	13%	27	7%
Indirekte Leistungen				
Vor- und Nachbereitung der Förderung	78	7%	34	7%
Dokumentation	75	5%	34	7%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	67	3%	33	5%
Fallgespräche des Teams	68	3%	33	4%
Fallkoordination	47	2%	32	4%
Netzwerkarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit	62	2%	28	3%
Fahrtzeiten	66	10%	27	7%
Supervision	61	2%	23	2%
Fortbildungen	67	3%	30	3%
Verwaltungstätigkeit	71	4%	33	7%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Häufigkeit von Fallbesprechungen

Ob und wie häufig Fallbesprechungen pro Kind stattfinden, wird in Tabelle 37 wiedergegeben. Es lässt sich festhalten, dass regelmäßige Fallbesprechungen eher in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung vorkommen (76 %) als in Einrichtungen ohne Komplexleistung (61 %). Wenn Fallbesprechungen durchgeführt werden, finden diese im Gesamtdurchschnitt beider Leistungsformen bei rund zwei Dritteln der Einrichtungen einmal im Quartal sowie zu ca. bei einem Drittel der Einrichtungen einmal im Halbjahr statt. Auffällig ist, dass im Rheinland die Einrichtungen sowohl mit als auch ohne Angebot der

Komplexleistung häufiger Fallgespräche führen als die Leistungsanbieter in Westfalen-Lippe.

Tabelle 37: Regelmäßige Teambesprechungen

	Anzahl der Antworten	Gesamt		LVR		LWL	
Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung							
Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen Die Besprechungen finden statt...	59	36	61%	14	67%	22	58%
einmal im Quartal	42	26	62%	13	93%	13	46%
einmal im Halbjahr	42	13	31%	1	7%	12	43%
seltener	42	3	7%	0	0%	3	11%
Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung							
Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen Die Besprechungen finden statt...	41	34	76%	18	86%	16	67%
einmal im Quartal	39	23	59%	12	63%	11	55%
einmal im Halbjahr	39	13	33%	7	37%	6	30%
seltener	39	3	8%	0	0%	3	15%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

So führen 14 Einrichtungen ohne Komplexleistung im Rheinland Teambesprechungen (67 %), davon fast alle einmal im Quartal (13 Einrichtungen bzw. 93 %), während diese nur von 22 bzw. 58 % der Anbieter ohne Komplexleistung in Westfalen-Lippe und damit deutlich seltener abgehalten werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Leistungsangebote der Komplexleistung (vgl. Tabelle 37).

Dauer, Häufigkeit und Form der Leistungserbringung

In Hinblick auf die Anzahl der Minuten, die eine Fördereinheit inklusive Vor- und Nachbereitungszeit durchschnittlich umfasst, ergeben sich vergleichbare Werte für beide Landschaftsverbände (vgl. Tabelle 38). Im Landesmittel beträgt die Dauer einer Fördereinheit 92 Minuten, wobei das Rheinland mit 96 Minuten etwas darüber und Westfalen-Lippe mit 90 Minuten etwas darunterliegt. In Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung umfasst eine Fördereinheit tendenziell eine etwas größere Dauer (Gesamt: 95 Minuten, Rheinland: 96 Minuten, Westfalen-Lippe: 93 Minuten), als dies bei Einrichtungen mit Komplexleistung der Fall ist (Gesamt: 90 Minuten, Rheinland: 96 Minuten, Westfalen-Lippe: 88 Minuten).

Tabelle 38: Durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit in Minuten

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
Alle Einrichtungen	92,2	95,7	90,2
...davon Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung	95,0	96,0	93,0
...davon Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung	90,0	96,0	88,0

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Häufigkeit, mit der die Leistungen der Frühförderung pro Kind pro Woche erbracht werden, beläuft sich landesweit über beide Leistungsformen gemittelt auf 1,3 Mal. Bei Einrichtungen, die Komplexleistungen anbieten, fällt der Wert mit 1,8 Mal deutlich höher aus als bei denen, die diese nicht anbieten (1,1 Mal; vgl. Tabelle 39). Auch im regionalen Vergleich ergeben sich Abweichungen: Im Rheinland, wo häufiger Komplexleistungen angeboten werden, werden die Kinder durchschnittlich 1,6 Mal pro Woche gefördert. In Westfalen-Lippe, wo das Angebot der Solitärleistungen überwiegt, erfolgt die Förderung wöchentlich 1,2 Mal.

Tabelle 39: Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
Alle Einrichtungen	1,3	1,6	1,2
...davon Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung	1,1	1,2	1,1
...davon Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung	1,8	2,0	1,6

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Zusätzlich wurde von den Leistungsanbietern erfasst, wie lange die Förderung pro Kind durchschnittlich andauert. Diese Angabe sollte nicht auf die Dauer der Bewilligung, die in der Regel zwölf Monate beträgt, sondern auf die Gesamtdauer, mit der die Kinder Frühförderleistungen erhalten, bezogen werden. Im Mittel ergaben sich weder Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsformen noch zwischen den einzelnen Regionen: Sowohl für heilpädagogische und Komplexleistungen als auch für das Rheinland und Westfalen-Lippe liegt die durchschnittliche Dauer der Bewilligung bei etwa 24 Monaten. Dies entspricht zwei Bewilligungen pro Kind pro Gesamtförderung bzw. einer Bewilligung pro Kind pro Jahr. Eine Differenz zeigt sich für beide Leistungsformen bei der Gegenüberstellung der geringsten Dauer der Förderung: Bei Solitärleistungen kann es sein, dass die Förderung lediglich ein halbes Jahr erfolgt, bei Komplexleistungen hingegen beträgt die Dauer mindestens ein ganzes Jahr (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Durchschnittliche Dauer der Förderung pro Kind in Monaten

	Insgesamt (N=131)	LVR (N=52)	LWL (N=79)
für solitäre „heilpädagogische Leistungen“			
Mittelwert	24	24	24
kleinster Wert	6	12	6
größter Wert	60	36	60
für Komplexleistungen			
Mittelwert	25	24	25
kleinster Wert	12	12	12
größter Wert	54	42	54

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In mehr als zwei Dritteln der landesweit bestehenden Frühförderstellen werden Gruppenangebote erbracht (70 %). Die Anzahl der hierbei jeweils geförderten Kinder reicht von zwei Kindern (69 % der Einrichtungen) bis zu mehr als 5 Kindern, was allerdings

recht selten der Fall ist (2 % Einrichtungen). Beim Vergleich der beiden Verbände zeigt sich, dass in Westfalen Lippe die Gruppengröße durchschnittlich kleiner ausfällt als im Rheinland (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Erbringung von Frühförderleistungen als Gruppenangebote

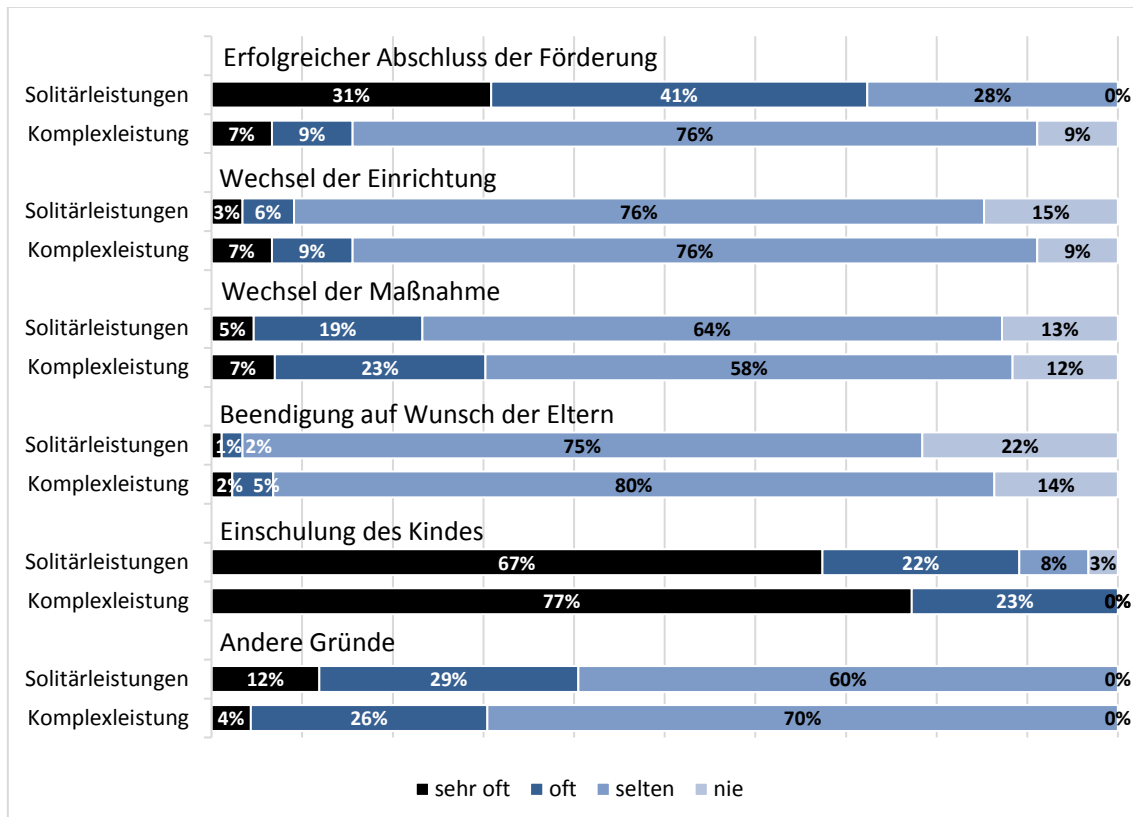
	Insgesamt	LVR	LWL
Anzahl der Antworten	103	40	63
Gruppenangebote sind vorhanden	72 70%	27 68%	45 71%
Anzahl der dabei geförderten Kinder			
1 bis einschl. 2 Kinder	56 69%	16 52%	40 80%
3 bis einschl. 5 Kinder	23 28%	13 42%	10 20%
Mehr als 5 Kinder	2 2%	2 6%	0 0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Beendigung der Leistungen und Einbezug der Eltern

Anschließend wurden die Gründe für die Beendigung von Frühförderleistungen in den einzelnen Einrichtungen erhoben. Die Gründe gestalten sich als vielseitig und reichen vom erfolgreichen Abschluss der Förderung bis hin zur Einschulung des Kindes. Am häufigsten wurde bei beiden Leistungsformen die Einschulung des Kindes als Begründung angeführt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der Förderung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

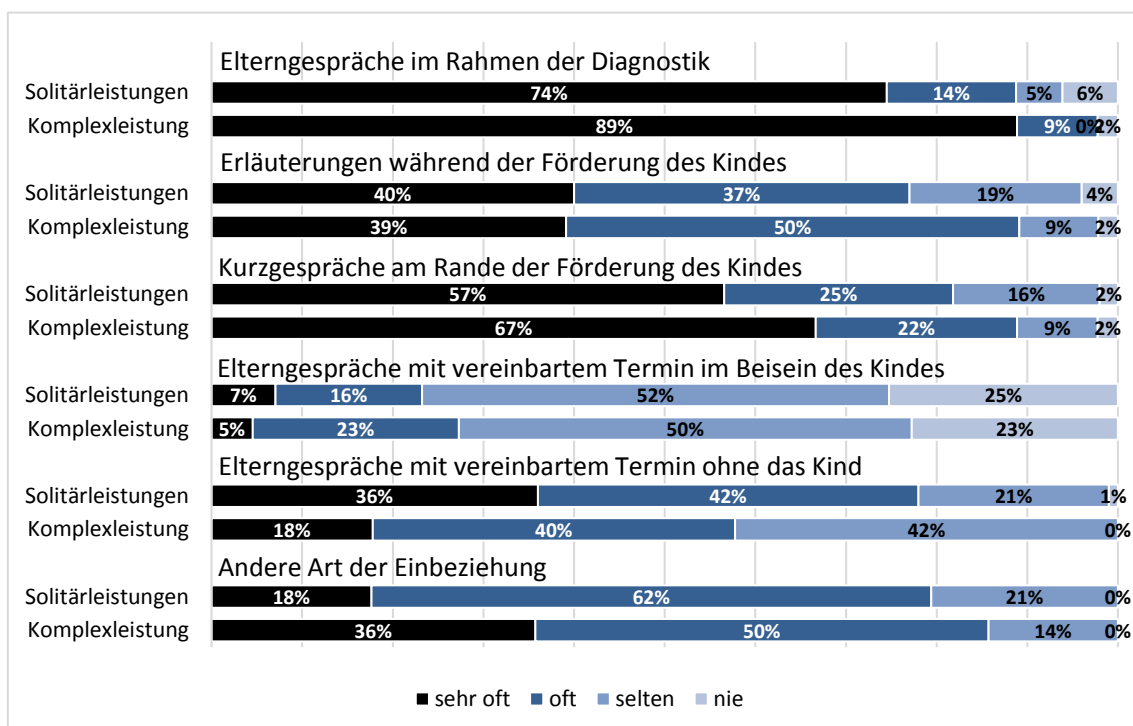
Eine Beendigung auf Wunsch der Eltern sowie ein Wechsel der Einrichtung werden selten bis nie als ausschlaggebende Gründe genannt. Auffallend ist, dass ein erfolgreicher

Abschluss der Förderung bei etwa 70 % der Solitärleistungen häufig als Grund vorkommt, jedoch nur bei etwa 15 % der Komplexleistungen.

Andere Gründe, die dazu führen, dass die Leistung beendet wird, umfassen z. B. ein hohes Desinteresse der Eltern, welche der Förderung des Kindes im Wege steht, bzw. deren mangelnde Kooperationsbereitschaft. Daneben kann es vorkommen, dass die Kostenzusage im Falle eines Inklusionsplatzes beendet wird, ein Wohnortwechsel der Familie stattfindet, die Weiterbewilligung in einigen Fällen abgelehnt wird oder aber auch, dass das Kind plötzlich verstirbt.

Möglichkeiten der Einbeziehung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten in die Förderung des Kindes werden in Abbildung 3 wiedergegeben. Hierzu gab es erneut als zusätzliche Anmerkung häufig den Hinweis von den Leistungsanbietern, dass die Elternarbeit als direkte Leistung der rein heilpädagogischen Frühförderung nicht durch die Sozialhilfeträger oder die Krankenkassen refinanziert werden könne, jedoch einen unverzichtbaren Teil der Förderung darstelle. Dies habe zur Folge, dass solche Kosten häufig von den Leistungsanbietern selbst getragen werden müssten, was zu einer deutlichen Belastung für die Leistungsanbieter führe.

Abbildung 3: Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten des Kindes in die Förderung



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Eltern werden am häufigsten im Rahmen von Elterngesprächen bei der Diagnostik einbezogen. Dies trifft auf etwa 90 % der Solitärleistungen und auf 98 % der Komplexleistungen zu (vgl. Abbildung 3). Darüber hinaus werden häufig Kurzgespräche am

Rande der Förderung des Kindes geführt. Eher selten kommt es vor, dass Elterngespräche mit vereinbartem Termin im Beisein des Kindes stattfinden. Allerdings wurden darüber hinaus noch einige andere Möglichkeiten des Einbezugs genannt: Der Einbezug kann in Form von Hilfeplangesprächen, telefonischen Kontakten zu den Eltern, Runden Tischen in der Kindertagesstätte, gemeinsamen Dokumentationsbüchern, Mitarbeit der Eltern an der Förderung des Kindes oder Einbeziehung im Rahmen der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans umgesetzt werden.

Obergrenzen für die Fördereinheiten

Weiterhin wurde erhoben, ob Obergrenzen in den einzelnen Einrichtungen für die geleisteten Fördereinheiten bestehen und wenn ja, ob diese sich entweder auf das Kind oder auf die gesamte Einrichtung beziehen. Sowohl bei Solitär- als auch bei Komplexleistungen wurde in etwa der Hälfte der Fälle angegeben, dass entsprechende Obergrenzen existieren (53 % bzw. 52 %, vgl. Tabelle 42). Für beide Leistungsformen beziehen sich diese in drei von vier Fällen (76 %) auf das Kind und nur in einem von vier Fällen auf die gesamte Einrichtung (24 %).

Tabelle 42: Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen

	bei solitären "heilpädagogischen Leistungen"		bei Komplexleistungen	
<i>Anzahl der Antworten</i>	88		44	
Es gibt eine Obergrenze...	47	53%	23	52%
<i>Anzahl der Antworten</i>	46		21	
...davon pro Kind	35	76%	16	76%
...davon für die gesamte Einrichtung	11	24%	5	24%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

6.3 Kooperationen mit anderen Einrichtungen

Im vorliegenden Fragenblock wurden die Kooperationen der Leistungsanbieter mit anderen Einrichtungen bzw. Institutionen erfasst. Über alle Leistungsanbieter finden am häufigsten ärztliche Kooperationen (63 %) sowie Kooperationen mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung (62 %) statt (vgl. Tabelle 43).

Bei den ärztlichen Kooperationen wurden niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit hoher Häufigkeit als Kooperationspartner angegeben. Diese belaufen sich pro Einrichtung im Mittel auf eine Anzahl von 10 niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten. Neben Ärztinnen und Ärzten des Sozialpädiatrischen Zentrums (54 %) und des Gesundheitsamts (57 %) wird auch mit Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Logopädinnen und Logopäden, der Koordinationsstelle des Gesundheitsamtes sowie Kinder- und Jugendkliniken zusammengearbeitet.

Bei den Kooperationen mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung ist die hohe Anzahl an Kooperationspartnern der Kindertagesstätten auffällig: Im Mittel kooperiert jeder Leistungsanbieter mit 36 Kindertagesstätten.

Tabelle 43: Kooperierende Einrichtungen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)		Anzahl Kooperati- onspartner (Median)
Ärztliche Kooperationen							
Niedergelassene Fach- ärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	82	63%	46	55%	34	76%	10
Ärzte/innen des Sozial- pädiatrischen Zentrums	71	54%	40	47%	31	69%	3
Ärzte/innen des Gesundheits- amtes	75	57%	45	52%	30	67%	3
Andere	30	23%	14	16%	16	36%	4
Kooperationen mit Einrichtungen der frühen Hilfen							
Sozialmedizinische Nach- sorge von Krankenhäusern	51	39%	31	36%	20	44%	2
Mütterberatungsstellen	30	23%	16	19%	14	31%	1
Familienhebammen	51	39%	28	33%	23	51%	2
Andere	24	18%	13	15%	11	24%	7,5
Kooperation mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung							
Kindertagesstätten	81	62%	48	56%	33	73%	36
Kindertagespflege	56	43%	32	37%	24	53%	5
Andere	14	11%	7	8%	7	16%	2
Kooperation mit medizinisch-therapeutischen Einrichtungen							
Logopäden/innen/Sprachheil- pädagogen/innen	76	58%	44	51%	32	71%	5
Ergotherapeuten/innen	36	27%	20	23%	16	36%	4
Physiotherapeuten/innen	37	28%	19	22%	18	40%	3
Andere	6	5%	4	5%	2	4%	3
Kooperation mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe							
Jugendämter	47	36%	27	32%	19	42%	3
Andere	21	16%	15	18%	6	13%	2

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Medizinisch-therapeutische Kooperationen gestalten sich in der Regel durch die Zusammenarbeit mit Logopädinnen und Logopäden bzw. Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen. Neben Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die in jeder fünften Einrichtung einbezogen werden, spielen hier auch Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädiatrische Zentren und andere Frühförderstellen eine Rolle.

Bezüglich der Frühen Hilfen wird in 39 % mit der Sozialmedizinischen Nachsorge von Krankenhäusern zusammengearbeitet, die durchschnittlich zwei Kooperationspartnerinnen und -partner umfasst. Daneben spielen häufig das Netzwerk bzw. der Arbeitskreis Frühe Hilfen, (Erziehungs-)Beratungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Tagesmütter, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und das Familienbüro im Rahmen der Zusammenarbeit eine Rolle. Weitere Kooperationen, die über die hier abgebildeten hinausgehen, betreffen die Seh- und Hörfrühförderung, autismusspezifische Einrichtungen sowie den Kinderschutzbund.

Zusammenfassend kooperieren Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung im Durchschnitt häufiger mit anderen Institutionen als Einrichtungen ohne Angebot (vgl. Tabelle 43). Dies betrifft vor allem die Zusammenarbeit mit ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen, was aufgrund des bei Komplexleistungen enthaltenen medizinisch-therapeutischen Anteils plausibel erscheint.

Die Häufigkeiten, mit denen die Kooperationen jeweils stattfinden, werden in Tabelle 44 wiedergegeben. Die Leistungsanbieter konnten hierbei jeweils für die einzelnen Kooperationspartnerinnen und -partner differenzieren, ob die Zusammenarbeit häufig, regelmäßig oder nie stattfindet. Hierbei zeigte sich, dass die einzige Kooperation, zu der angegeben wurde, dass sie häufig stattfindet, die Kooperation mit den Kindertagesstätten darstellt: 71 % der Einrichtungen arbeiten häufig mit diesen zusammen.

Tabelle 44: Häufigkeiten der Kooperation

	häufig		regelmäßig		selten	
	Ärztliche Kooperationen					
Niedergelassene Fachärzte/innen für Kinder und Jugendheilkunde	26	27%	53	55%	17	18%
Ärzte/innen des Sozialpädiatrischen Zentrums	17	19%	38	43%	33	38%
Ärzte/innen des Gesundheitsamtes	31	33%	42	44%	22	23%
Andere	8	23%	19	54%	8	23%
	Kooperationen mit Einrichtungen der frühen Hilfen					
Sozialmedizinische Nachsorge von Krankenhäusern	5	7%	22	33%	40	60%
Mütterberatungsstellen	2	4%	9	20%	35	76%
Familienhebammen	7	10%	20	30%	40	60%
Andere	8	28%	16	55%	5	17%
	Kooperation mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung					
Kindertagesstätten	74	71%	26	25%	4	4%
Kindertagespflege	17	23%	23	31%	35	47%
Andere	3	21%	10	71%	1	7%
	Kooperation mit medizinisch-therapeutischen Einrichtungen					
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	28	29%	49	50%	21	21%
Ergotherapeuten/innen	18	21%	42	49%	25	29%
Physiotherapeuten/innen	19	22%	45	53%	21	25%
Andere	5	31%	9	56%	2	13%
	Kooperation mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe					
Jugendämter	25	26%	51	52%	22	22%
Andere	16	36%	27	60%	2	4%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Einrichtungen bzw. Institutionen, mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird, sind niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder und Jugendheilkunde (55 %), Physiotherapeutinnen und -therapeuten (53 %), Logopädinnen und Logopäden (50 %), Ergotherapeutinnen und -therapeuten (49 %) sowie Jugendämter (52 %). Hingegen selten

kooperiert wird mit Mütterberatungsstellen (76 %), der sozialmedizinischen Nachsorge von Krankenhäusern oder Familienhebammen (60 %) und der Kindertagespflege (47 %).

Eine weitere Kooperationsform betrifft die Eingangsdiagnostik bei Komplexleistungen: Hierzu gibt es vier verschiedene Modelle, wie die Eingangsdiagnostik umgesetzt werden kann. In etwa der Hälfte der Fälle findet das sog. Interne Modell bei der Durchführung der Eingangsdiagnostik Anwendung: Dies bedeutet, dass im Rheinland in 48 % und in Westfalen-Lippe in 42 % der Einrichtungen festangestelltes Personal des Teams die Diagnostik umsetzen (vgl. Tabelle 45).

Tabelle 45: Modelle bei der Umsetzung der Eingangsdiagnostik

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	47		21		26	
Internes Modell	21	45%	10	48%	11	42%
Delegationsmodell	5	11%	4	19%	1	4%
Delegationsmodell ÖGD	13	28%	2	10%	11	42%
Externes Modell	8	17%	5	24%	3	12%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Daneben spielt das Delegationsmodell des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit dessen Ärztinnen und Ärzten landesweit in knapp jeder dritten Einrichtung eine Rolle, es ist jedoch in Westfalen-Lippe mit 42 % deutlich häufiger vertreten als im Rheinland mit 10 %. Seltener kommt es vor, dass systematisch mit einzelnen niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten zusammengearbeitet wird (sog. Externes Modell, landesweit 17 %) oder dass eine Zusammenarbeit in Form des einfachen Delegationsmodells stattfindet, bei der mit Ärztinnen und Ärzten des Sozialpädiatrischen Zentrums kooperiert wird (11 %).

6.4 Zugang zu den Leistungen

Als nächstes erfolgt eine Darstellung des Zugangs zu den Leistungen der Einrichtungen, d. h. das vorliegende Kapitel beschreibt die erbrachten eingangsdiagnostischen Leistungen, die an der Eingangsdiagnostik beteiligten Berufsgruppen, die eingesetzten Instrumente sowie Ablehnungen und nicht in Anspruch genommene Leistungen der Frühförderung.

Erbrachte eingangsdiagnostische Leistungen und daran beteiligte Berufsgruppen

Im Hinblick auf die in den Einrichtungen erbrachten diagnostischen Leistungen wird deutlich, dass die heilpädagogische Diagnostik in mehr als vier von fünf Fällen dort erbracht wird (82 %; vgl. Tabelle 46). Auch die medizinisch-therapeutischen und die psychologischen diagnostischen Leistungen finden in den meisten bzw. zwei von drei Fällen vor Ort statt (jeweils 66 %). Etwas seltener, dennoch in mehr als jedem zweiten Fall trifft dies auch auf die ärztliche Diagnostik zu (59 %). Hinsichtlich aller Bestandteile der Diagnostik zeigt sich, dass diese bei Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen deutlich

häufiger vor Ort erbracht werden als dies in Einrichtungen ohne entsprechendes Angebot der Fall ist (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 46: In den Einrichtungen erbrachte diagnostische Leistungen

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)	
Ärztlich	77	59%	35	42%	42	93%
Heilpädagogisch	107	82%	64	76%	42	93%
Medizinisch-therapeutisch	87	66%	47	56%	39	87%
Psychologisch	87	66%	44	52%	42	93%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Für die vier Bestandteile der Diagnostik wurde auch erfasst, welche Berufsgruppen daran jeweils beteiligt sind und wie die Beteiligung organisiert wird – in Form von Anstellungen der Fachkräfte in der Einrichtung, einer Kooperation mit festen Verträgen oder einer Zusammenarbeit auf Honorarbasis.

Tabelle 47: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Leistungsangebot

	Gesamt (N=131)		Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistung (N=86)		Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung (N=45)	
Ärztliche Diagnostik						
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	50	38%	10	12%	40	89%
Niedergelassene Fachärzte/innen	5	4%	3	4%	2	4%
Psychiater/innen	3	2%	1	1%	2	4%
Andere	10	8%	5	6%	4	9%
Heilpädagogische Diagnostik						
Heilpädagogen/innen	77	59%	33	39%	43	96%
Sozialpädagogen/innen	40	31%	11	13%	28	62%
Sonderpädagogen/innen	15	11%	7	8%	8	18%
Dipl.-Pädagogen/innen	30	23%	8	10%	22	49%
Andere	19	15%	10	12%	8	18%
Psychologische Diagnostik						
Psychologen/innen	48	37%	9	11%	39	87%
Andere	1	1%	1	1%	0	0%
Medizinisch-therapeutische Diagnostik						
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	52	40%	10	12%	42	93%
Ergotherapeuten/innen	45	34%	4	5%	41	91%
Physiotherapeuten/innen	45	34%	6	7%	39	87%
Andere	9	7%	5	6%	4	9%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Bei denen an der Diagnostik beteiligten Berufsgruppen werden große Differenzen zwischen den beiden Einrichtungsformen (Einrichtungen mit bzw. ohne Angebot der Komplexleistung) deutlich: In fast allen Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen

werden Fachärztinnen und -ärzte (89 %), Heilpädagoginnen und -pädagogen (96 %), Psychologinnen und Psychologen (87 %) Logopädinnen und Logopäden (93 %) sowie Ergo- (91 %) und Physiotherapeutinnen und -therapeuten (87 %) an der Eingangsdiagnostik beteiligt. In Einrichtungen ohne Angebot der Komplexleistungen ist dies hingegen deutlich seltener der Fall (vgl. Tabelle 47).

Neben den Berufsgruppen, die in Tabelle 47 abgebildet sind, wurden weitere Berufsgruppen genannt, die in die einzelnen Diagnostikbestandteile involviert werden. Hinsichtlich der ärztlichen Diagnostik findet gelegentlich eine Einbindung des Gesundheitsamtes, der Clearingstelle des kommunalen Trägers, des Sozialpädiatrischen Zentrums oder der von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern statt. Andere bei der heilpädagogischen Diagnostik beteiligte Berufsgruppen sind u. a. Sprachheil-, Kindheits- und Rehabilitationspädagoginnen und -pädagogen sowie Motopädinnen und Motopäden. Bei der psychologischen Diagnostik kann ein Einbezug systemischer Beraterinnen und Berater stattfinden, bei der medizinisch-therapeutischen Diagnostik der von Ergo-, Physio- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten.

Tabelle 48: An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Beschäftigungsverhältnis

	Angestellte Fachkraft der Einrichtung		In Kooperation mit festen Verträgen		Zusammenarbeit auf Honorarbasis	
Ärztliche Diagnostik						
Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendheilkunde	17	37%	23	50%	6	13%
Niedergelassene Fachärzte/innen	0	0%	0	0%	0	0%
Psychiater/innen	1	33%	2	67%	0	0%
Andere	2	50%	0	0%	2	50%
Heilpädagogische Diagnostik						
Heilpädagogen/innen	77	99%	0	0%	1	1%
Sozialpädagogen/innen	39	100%	0	0%	0	0%
Sonderpädagogen/innen	15	100%	0	0%	0	0%
Dipl.-Pädagogen/innen	30	100%	0	0%	0	0%
Andere	17	94%	0	0%	1	6%
Psychologische Diagnostik						
Psychologen/innen	35	74%	10	21%	2	4%
Andere	1	100%	0	0%	0	0%
Medizinisch-therapeutische Diagnostik						
Logopäden/innen/ Sprachheilpädagogen/innen	42	79%	11	21%	0	0%
Ergotherapeuten/innen	36	80%	9	20%	0	0%
Physiotherapeuten/innen	39	83%	8	17%	0	0%
Andere	8	89%	1	11%	0	0%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Tabelle 48 zeigt, welches Beschäftigungsverhältnis auf die Berufsgruppen, die an der Eingangsdiagnostik beteiligt sind, zutrifft. Hierbei fällt auf, dass nahezu alle beteiligten Berufsgruppen angestellte Fachkräfte der Einrichtungen darstellen. Lediglich in Bezug auf die ärztliche Diagnostik trifft es häufig zu, dass in Kooperation mit festen Verträgen

(Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde: 23 Nennungen bzw. 50 %, Psychiaterinnen und Psychiater: 2 Nennungen bzw. 67 %) oder auf Honorarbasis zusammengearbeitet wird.

Ort der Diagnostik und Diagnoseinstrumente

Etwa die Hälfte der Einrichtungen erklärte, dass alle Bestandteile der Diagnostik in der Einrichtung selbst stattfinden (53 %; vgl. Tabelle 49). Da im Rheinland mehr Interdisziplinäre Frühförderstellen ansässig sind als in Westfalen Lippe, ist nachvollziehbar, dass auch hier häufiger alle Bestandteile vor Ort stattfinden (Rheinland: 70 %, Westfalen-Lippe: 41 %). Für den Fall, dass diagnostische Bestandteile aus der Einrichtung ausgelagert werden, trifft dies in drei von vier Fällen auf die ärztliche Diagnostik zu (73 %). In etwas weniger als jedem zweiten Fall wird die heilpädagogische Diagnostik (46 %) oder eine andere Form der Diagnostik (41 %; z. B. psychiatrische Diagnostik, Eingangsdiagnostik durch den kommunalen Träger oder medizinisch-therapeutische Diagnostik) ausgelagert.

Tabelle 49: Ort der Diagnostik bei Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	88		37		52	
Alle Bestandteile in Einrichtung	47	53%	26	70%	21	41%
Einzelne Bestandteile woanders	41	47%	11	30%	30	59%
und zwar folgende:						
Ärztliche Diagnostik	30	73%	8	73%	22	71%
Psychologische Diagnostik	11	27%	5	45%	6	19%
Heilpädagogische Diagnostik	19	46%	7	64%	12	39%
Andere Diagnostik	17	41%	3	27%	14	45%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Breite der Instrumente, die zur Diagnose einer bestehenden oder einer drohenden Behinderung eingesetzt werden, ist sehr vielseitig und reicht von standardisierten Testverfahren wie bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 – 7 oder BUEVA über weitere heilpädagogischen bis hin zu weiteren nicht-heilpädagogischen Verfahren.

Tabelle 50: Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung

	Gesamt (N=131)		LVR (N=52)		LWL (N=79)	
Standardisierte Testverfahren (bspw. ET 6-6, MET, WET, K-ABC, SONR 2,5 -7, BUEVA)	92	70%	34	65%	58	73%
Zusätzlich weitere heilpädagogische Verfahren	66	50%	23	44%	43	54%
Zusätzlich weitere nicht-heilpädagogische Verfahren	41	31%	13	25%	28	35%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In etwa zwei von drei Fällen kommen standardisierte Testverfahren zum Einsatz (70 %), wobei zwischen den beiden Verbänden diesbezüglich keine Unterschiede zum Tragen kommen (vgl. Tabelle 50). Jede zweite Einrichtung verwendet weitere heilpädagogische

Verfahren, zu denen Spiel- und Verhaltensbeobachtungen, ganzheitliche heilpädagogische Entwicklungs- und Förderdiagnostiken, MOT4-6, Elternfragebögen, Marte Meo sowie Screening-Verfahren zählen. Weitere nicht-heilpädagogische Verfahren stellen z. B. die logopädischen und physiotherapeutischen Diagnostiken, medizinisch-therapeutische Testverfahren (z. B. M-ABC, SET-K, PDSS) und neuropädiatrische Diagnostiken dar, die in ungefähr jeder dritten Einrichtung zum Einsatz kommen (31 %).

Dauer und Ablehnung von Antragsverfahren und Nicht-Inanspruchnahme von Förderleistungen

Hin und wieder kommt es vor, dass Anträge auf Leistungen der Frühförderung nicht bewilligt oder Leistungen zwar bewilligt, aber nicht in Anspruch genommen werden oder werden können. Die Häufigkeit der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen, die es im Jahr 2017 gegeben hat, kann Tabelle 51 entnommen werden. Sowohl bei allen Frühförderleistungen als auch bei Komplexleistungen finden in der Regel keine Ablehnungen statt (in 40 % bzw. 50 %). Wenn es Ablehnungen gibt, betrifft dies in der Regel 0,1 % bis unter 5 % der Anträge, was immer noch recht selten ist. Differenzen werden allerdings bei der regionalen Betrachtung deutlich: In Westfalen-Lippe werden in Bezug auf alle Frühförderleistungen keine Ablehnungen merklich seltener ausgesprochen (27 %) als im Rheinland (55 %). Hinzu kommt, dass der Anteil der Einrichtungen, die Ablehnungen in 20 % der Fälle und mehr angeben, hier auch deutlich höher ausfällt (in Westfalen-Lippe: bei allen Frühförderleistungen 8 % und bei Komplexleistungen 13 %; im Rheinland: bei allen Frühförderleistungen 3 % und bei Komplexleistungen 0 %).

Tabelle 51: Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Gesamt		LVR		LWL	
	bei allen Frühförderleistungen					
<i>Anzahl der Antworten</i>	70		33		37	
Keine Ablehnung	28	40%	18	55%	10	27%
0,1 bis unter 5 %	21	30%	9	27%	12	32%
5 % bis unter 10 %	8	11%	2	6%	6	16%
10 % bis unter 20 %	9	13%	3	9%	6	16%
20 % und mehr	4	6%	1	3%	3	8%
	bei Komplexleistungen					
<i>Anzahl der Antworten</i>	32		17		15	
Keine Ablehnung	16	50%	10	59%	6	40%
0,1 bis unter 5 %	12	38%	6	35%	6	40%
5 % bis unter 10 %	2	6%	1	6%	1	7%
10 % bis unter 20 %	0	0%	0	0%	0	0%
20 % und mehr	2	6%	0	0%	2	13%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In der Regel werden bewilligte Frühförderleistungen auch in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 52). Sowohl bei allen Frühförderleistungen als auch bei Komplexleistungen zeigt sich, dass eine vollständige Inanspruchnahme der Leistungen in Westfalen-Lippe häufi-

ger vorkommt als im Rheinland. Dass 10 % und mehr der bewilligten Frühförderleistungen nicht in Anspruch genommen werden, ist jedoch eher selten der Fall (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52: Fehlende Inanspruchnahme von bewilligten Frühförderleistungen im Jahr 2017

	Gesamt		LVR		LWL	
	bei allen Frühförderleistungen					
<i>Anzahl der Antworten</i>	68		31		37	
Vollständige Inanspruchnahme	29	43%	11	35%	18	49%
Nicht-Inanspruchnahme bei...						
...0,1 % bis unter 5 %	28	41%	14	45%	14	38%
...5 % bis unter 10 %	5	7%	2	6%	3	8%
...10 % und mehr	6	9%	4	13%	2	5%
	bei Komplexleistungen					
<i>Anzahl der Antworten</i>	34		16		18	
Vollständige Inanspruchnahme	14	41%	3	19%	11	61%
Nicht-Inanspruchnahme bei...						
...0,1 % bis unter 5 %	17	50%	12	75%	5	28%
...5 % bis unter 10 %	1	3%	0	0%	1	6%
...10 % und mehr	2	6%	1	6%	1	6%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Als Grund dafür, dass die bewilligten Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, ist in der Regel ausschlaggebend, dass die Eltern des Kindes die Inanspruchnahme abgelehnt haben (44 % der Einrichtungen; vgl. Tabelle 53).

Tabelle 53: Gründe für die bewilligten aber nicht in Anspruch genommenen Leistungen

	Gesamt		LVR		LWL	
<i>Anzahl der Antworten</i>	93		43		50	
Die Eltern haben die bewilligten Fördermöglichkeiten nicht in Anspruch genommen.	41	44%	22	51%	19	38%
Wohnortwechsel	26	28%	8	19%	18	36%
Die Zeit bis zur Einschulung war letztendlich zu kurz (Bewilligungszeit, und Wartezeit bis Beginn der Förderung).	13	14%	7	16%	6	12%
Der Bedarf des Kindes hatte sich zwischenzeitlich erheblich verändert (z.B. durch zusätzliche Erkrankung).	6	6%	4	9%	2	4%
Aufnahme in heilpädagogische Kindertagesstätte	7	8%	2	5%	5	10%

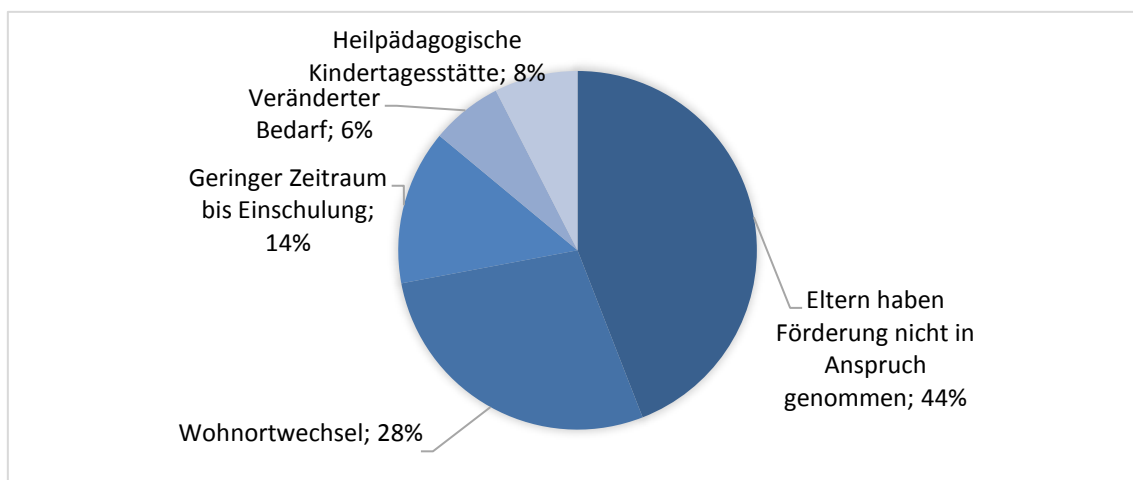
Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

In etwas weniger als jedem dritten Fall wird die Nicht-Inanspruchnahme durch einen Wohnortwechsel bzw. einen Wegzug des Kindes bedingt (28 %), in jedem achten Fall war die Zeit bis zur Einschulung letztendlich zu kurz (14 %), was mit der Bewilligungszeit und der Wartezeit bis zum Beginn der Förderung in Zusammenhang stehen kann. Deutlich seltener hat sich der Bedarf des Kindes zwischenzeitlich erheblich verändert (z. B.

durch eine zusätzliche Erkrankung; 6 %) oder wird das Kind in eine heilpädagogische Kindertagesstätte aufgenommen (8 %).

Zum besseren Verständnis dazu, welches Gewicht die einzelnen Gründe jeweils erhalten, dient Abbildung 4.

Abbildung 4: Gründe für die nicht in Anspruch genommenen Leistungen



Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Spannweite der durchschnittlichen Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis hin zur Bewilligung (vgl. Tabelle 54) zeigt sich als erheblich: Landesweit umfasst sie zwischen einem Tag und 150 Tagen. Im Durchschnitt beläuft sie sich auf 54 Tage, was einem Zeitraum von knapp zwei Monaten entspricht. Es fällt auf, dass es im Rheinland im Mittel 10 Tage weniger dauert als in Westfalen-Lippe, bis die Leistungen bewilligt werden (Rheinland: 48 Tage, Westfalen-Lippe: 59 Tage).

Tabelle 54: Durchschnittliche Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis zur Bewilligung in Tagen

	Gesamt	LVR	LWL	Kreise	Kreisfreie Städte
<i>Anzahl der Antworten</i>	96	37	59	67	29
Minimum	1	1	10	7	1
Maximum	150	120	150	150	126
Mittelwert	54	48	59	51	63

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Dies gilt ebenfalls für den Vergleich von Kreisen (51 Tage) und kreisfreien Städten (63 Tage): In Kreisen wird eine Bewilligung durchschnittlich 12 Tage früher ausgesprochen. Die hier ermittelte durchschnittliche Dauer entspricht auch ungefähr dem, was die derzeitigen Leistungsträger mitteilten: In etwa 30 % der Kommunen dauert es maximal bis zu zwei Monaten und in etwa 50 % zwischen zwei und vier Monaten, bis die eingereichten Anträge bewilligt werden (vgl. Kapitel 5.2).

6.5 Kinder mit Frühförderbedarf

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Merkmale der Kinder, die im Jahr 2017 in den befragten Einrichtungen Frühförderleistungen erhalten haben. Dies bedeutet, dass zum einen erfasst wurde, welcher Anteil der Kinder in den befragten Einrichtungen jeweils solitär-heilpädagogische, heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische oder Komplexleistungen erhielt. Geschlecht und Alter der Kinder wurden ebenfalls erhoben, ebenso wie ein vorliegender Migrationshintergrund oder eine soziale Belastung der Familie des Kindes. An dieser Abfrage haben sich insgesamt 117 der 131 antwortenden Leistungsanbieter beteiligt. In Bezug auf alle kontaktierten Leistungsanbieter entspricht dies bei dieser Frage einem Rücklauf von etwa 30 %.

Durchschnittlich werden je Einrichtung 172 Kinder gefördert. Im Rheinland ist dieser Durchschnittswert mit 209 Kindern je Einrichtung höher als in Westfalen-Lippe mit 151 Kindern je Einrichtung. In der jeweils kleinsten Einrichtung im Rheinland werden lediglich fünf und in Westfalen-Lippe drei Kinder gefördert; die größte Einrichtung des Rheinlandes umfasst 1.300 und die in Westfalen-Lippe 710 Kinder. Die Summe der geförderten Kinder beläuft sich in den 117 Einrichtungen landesweit auf 20.080 Kinder bzw. im Rheinland auf 8.778 Kinder und in Westfalen-Lippe auf 11.302 Kinder (vgl. Tabelle 55). Von den 20.080 Kindern wiederum erhielten 30 % Komplexleistungen, 8 % weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen und 45 % solitäre heilpädagogische Leistungen. Zu den restlichen 17 % lagen im Hinblick auf die Leistungsform keine Angaben vor. Entsprechend der Angebotsstruktur ergibt sich im Rheinland ein höherer Anteil von Kindern, der Komplexleistung bezieht (39 %) als in Westfalen-Lippe (23 %); bei Solitärleistungen ist dies entsprechend umgekehrt (Rheinland: 28 %; Westfalen-Lippe: 57 %).

Tabelle 55: Kinder in den Einrichtungen im Jahr 2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung der Familien

		Kinder ges.	Komplex	Weitere	Solitär	Mädchen	Jungen	MGH	SBF
Gesamt	Anzahl der Antworten	117	41	18	87	108	110	92	80
	Summe	20.080	6.014	1.591	8.961	6.525	11.895	5.774	4.259
	Anteil	100%	30%	8%	45%	32%	59%	29%	21%
	kleinster Wert	3	4	2	3	2	3	1	1
	größter Wert	1.300	756	339	710	650	660	400	367
LVR	Anzahl der Antworten	42	21	6	28	39	39	31	29
	Summe	8.778	3.404	587	2.475	3.019	5.338	2.307	1.925
	Anteil	100%	39%	7%	28%	34%	61%	26%	22%
	kleinster Wert	5	4	3	4	2	3	1	2
	größter Wert	1.300	756	339	496	650	660	310	367
LWL	Anzahl der Antworten	75	20	12	59	69	71	61	51
	Summe	11.302	2.610	1.004	6.486	3.506	6.557	3.467	2.334
	Anteil	100%	23%	9%	57%	31%	58%	31%	21%
	kleinster Wert	3	13	2	3	2	3	1	1
	größter Wert	710	299	334	710	284	475	400	250

Legende: Kinder ges. = Kinder insgesamt, Komplex = Komplexleistungen, Weitere = weitere heilpädagogisch und medizinisch-therapeutische Leistungen, Solitär = Solitärleistungen, MGH = Migrationshintergrund, SBF = sozial belastete Familien.

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen, die Frühförderleistungen erhielten, spiegelt die typische Verteilung der Sozialhilfestatistik bezüglich Behinderung und Geschlecht wider: Etwa zwei Drittel der Kinder, für die entsprechende Angaben erfasst wurden (dies war bei 91 % der Fall), waren männlichen (65 %) und ein Drittel weiblichen Geschlechts (35 %). Zusätzlich hatten die Leistungsträger die Möglichkeit, einen Migrationshintergrund des Kindes oder eine soziale Belastung der Familie anzugeben. Ersteres traf auf 29 % und letzteres auf 21 % der Kinder zu, wobei regionale Unterschiede in Bezug hierauf nicht vermerkt werden konnten.

Tabelle 56: Alter der Frühförderkinder zum Stichtag 31.12.2017 bei Förderbeginn nach Leistungsart

	Anzahl der Antworten	Gesamt	LVR	LWL
Komplexleistungen				
Im Säuglingsalter	35	6%	7%	5%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	39	21%	22%	20%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	41	47%	48%	46%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	39	26%	23%	29%
heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen (nicht Komplexleistungen)				
Im Säuglingsalter	8	8%	15%	5%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	19	20%	21%	21%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	19	32%	32%	32%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	18	39%	32%	42%
Solitäre heilpädagogische Leistungen				
Im Säuglingsalter	81	15%	29%	7%
Im Kleinkindalter (1 bis unter 3 Jahre)	86	22%	25%	20%
Im frühen Kindergartenalter (3 bis unter 5 Jahre)	93	34%	28%	37%
Im späteren Kindergartenalter (ab 5 Jahren)	90	29%	18%	36%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Hinsichtlich des Alters der Kinder, die am Stichtag des 31.12.2017 Leistungen erhielten, konnte festgestellt werden, dass sich für Komplexleistungen etwa die Hälfte der Kinder zum Zeitpunkt des Förderbeginns im frühen Kindergartenalter befand (47 %), was etwa einer Altersspanne von drei bis unter fünf Jahren entspricht. Bei den anderen Altersformen ist der Anteil dieser Altersgruppe etwas geringer und liegt bei weiteren heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen bei 32 % bzw. bei solitären Leistungen bei 34 %, was immer noch etwa einem Drittel aller Kinder gleichkommt.

Säuglinge im Alter von bis zu einem Jahr erhalten nur in den seltenen Fällen Frühförderleistungen und im Vergleich häufiger Solitär- als Komplexleistungen (15 % zu 6 %). Kinder im Kleinkindalter, d. h. Kinder im Alter von einem bis unter drei Jahren, machen etwa jedes fünfte Kind aus; Kinder im späteren Kindergartenalter ab 5 Jahren etwa jedes vierte (vgl. Tabelle 56). In Hinblick auf regionale Unterschiede lässt sich vermerken, dass im Rheinland häufiger Kinder im Säuglingsalter, seltener jedoch im späteren Kindergartenalter Frühförderleistungen beziehen als in Westfalen-Lippe, was sich vor allem bei den solitären Leistungen abzeichnet (Säuglingsalter: Rheinland: 15 %, Westfalen-Lippe: 7%; späteres Kindergartenalter: Rheinland: 29 %, Westfalen-Lippe: 36 %).

Tabelle 57: Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung

	<i>Anzahl der Antworten</i>	Gesamt	LVR	LWL
Komplexleistungen	32	11%	11%	10%
weitere heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen	7	9%	7%	11%
Solitäre "heilpädagogische Leistungen"	66	13%	10%	14%

Quelle: Schriftliche Befragung aller Leistungsanbieter von Frühförderung durch das ISG

Der Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung betrifft im Mittel etwa jedes zehnte Kind und am häufigsten die solitären Leistungen: 13 % der Kinder, die Solitärleistungen beziehen, wechseln im nächsten Jahr die Schule, was ebenfalls auf 11 % der Komplexleistungskinder und 9 % der weitere Leistungen erhaltenden Kinder zutrifft.

6.6 Frühförderung aus Sicht der Sozialpädiatrischen Zentren

Im vorliegenden Kapitel werden zusammenfassend die Stellungnahmen eines Sozialpädiatrischen Zentrums in Westfalen-Lippe (SPZ) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der SPZ Nordrhein-Westfalen (LAG SPZ NRW) dargestellt. Diese wurden dem ISG in Ergänzung zur Befragung der Leistungsanbieter übermittelt, um die spezifische Situation der SPZ, die überwiegend medizinisch-therapeutische Leistungen erbringen und nicht mit den Frühförderstellen i. e. S. vergleichbar sind, abzubilden. Vor allem inhaltlich und altersgruppenbezogen gehen die nicht-medizinischen Leistungen in SPZ über die klassischen Frühförderleistungen hinaus.

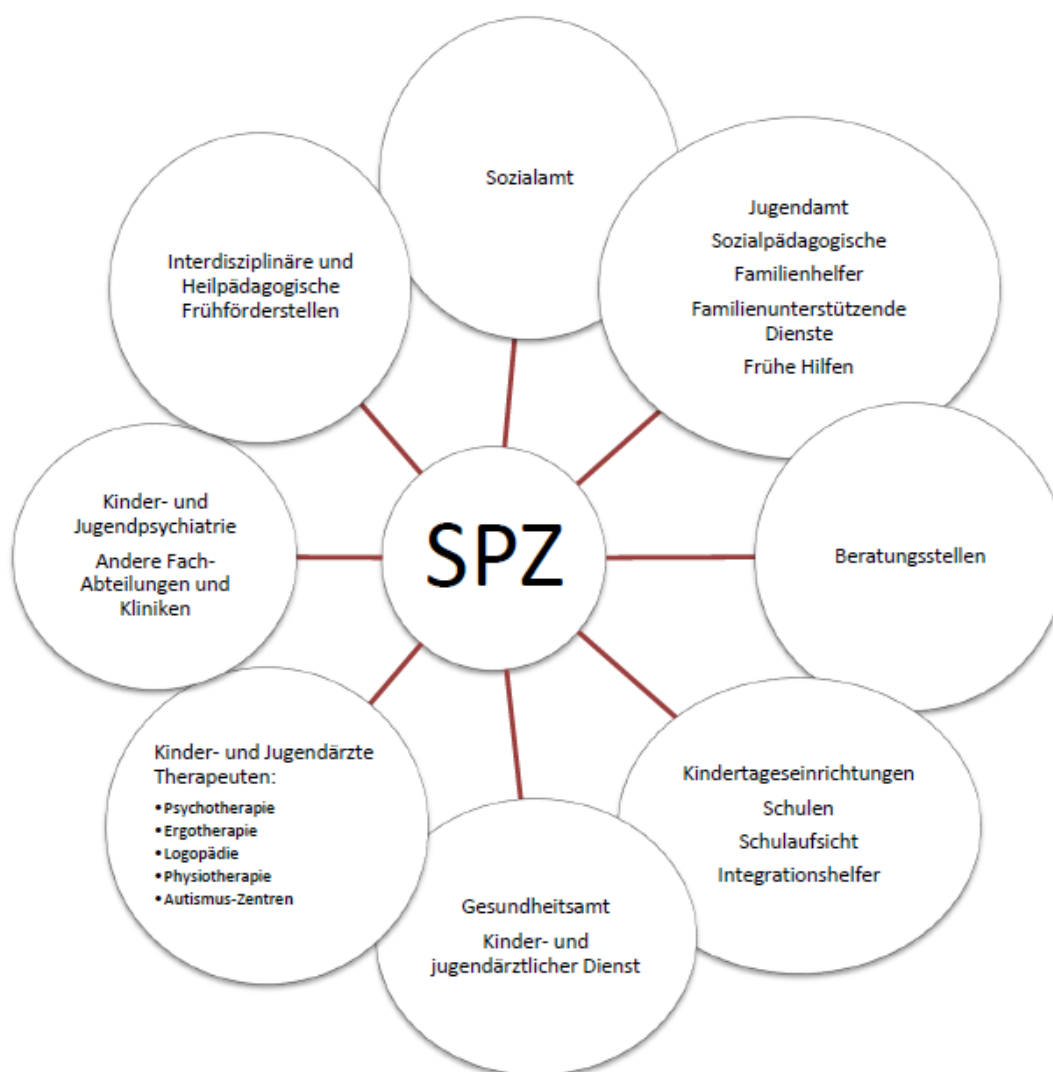
Die SPZ greifen zunächst das Anschreiben der Landschaftsverbände zur Funktionsnachfolge im Rahmen des AG-BTHG NRW vom 20.12.2018 auf: Darin bekundeten die Verbände das gemeinsame Interesse, Versorgungslücken im Zusammenhang mit dem anstehenden Zuständigkeitswechsel unbedingt vermeiden zu wollen.

Anschließend wird die Ausgestaltung der nicht-medizinischen Leistungen in den SPZ dargelegt. Zunächst wird dabei § 119 SGB V angeführt, nach dem durch die SPZ die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten ist, die aufgrund von Störungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung sowie bei chronischen Erkrankungen, drohender oder manifester Behinderung „wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“.

Die Besonderheit der SPZ bestehe in der Erbringung heilpädagogischer, sozialpädagogischer und psychosozialer Leistungen in multidisziplinären Teams. Neben den ärztlichen und therapeutischen Leistungen seien diese zentraler Bestandteil der ressourcenorientierten Begleitung betroffener Kinder und Jugendlicher, die sich u. a. durch folgende Charakteristika auszeichnen:

- „Interdisziplinarität,
- Hoher Anteil an psychotherapeutischen bzw. psychosozialen und rehabilitativen Interventionen,
- Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt,
- Kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter,
- Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst,
- Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, Erfordernis eines hohen Organisationsaufwands“ (LAG SPZ NRW).

Abbildung 5: Vernetzung der Sozialpädiatrischen Zentren in NRW



Quelle: Stellungnahme der LAG SPZ NRW

Hinzu komme, dass die medizinisch-diagnostische und therapeutische Expertise der SPZ mit einer psychologisch-pädagogischen Kompetenz verknüpft sei und eine umfangreiche Vernetzung mit Sozial- und Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen, Schulen, klinischen und ambulanten Fachabteilungen und beteiligten Institutionen und Trägern existiere. Zur besseren Veranschaulichung, wie umfangreich sich die Vernetzung der SPZ gestaltet, werden in Abbildung 5 die einzelnen Bereiche, die die Vernetzung umfasst, wiedergegeben.

Weiterhin sind die SPZ der Ansicht, dass die Träger der Sozialhilfe diejenigen Kosten übernehmen sollten, die im SPZ durch nichtärztliche und nicht-medizinische wie heilpädagogische, sozialpädagogische u. ä. Leistungen entstehen. Als Grundlage dafür diene § 43a SGB V *Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen*. In Nordrhein-Westfalen erfolge die Vergütung der entsprechenden Leistungen bisher auf der Basis regional unterschiedlicher vertraglicher Regelungen, die sich für die 41 SPZ in NRW sehr heterogen gestalten.

Hinzugefügt wird seitens der SPZ, dass „angesichts der wachsenden Bedarfe in heilpädagogischen, sozialpädagogischen und psychosozialen Versorgung die Sicherstellung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen als weiterhin essentiell Bestandteil der Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher in den SPZ in NRW Ziel der Verhandlungen zum Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX sein“ (LAG SPZ NRW) muss.

Dass der Leistungsanteil der SPZ in seiner Expertise und Multidisziplinarität keine Alternative, sondern eine notwendige Ergänzung und oft auch die Voraussetzung einer wirksamen Versorgung in Kooperation mit den Frühförderstellen darstelle, habe zur Folge, dass der Erhalt dieser Möglichkeit, dass sich SPZ und Frühförderstellen wechselseitig ergänzen, ein Bestandteil der Aufgabenübernahme durch die Landschaftsverbände sein müsse.

Die Stellungnahmen der nordrhein-westfälischen SPZ verdeutlichen, dass diese einen westlichen Beitrag zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen leisten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese aufgrund ihrer multidisziplinären Struktur und bewährten Netzwerkarbeit eine fachlich qualifizierte und auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmte Begleitung in Diagnostik und Therapie liefern können. „Im Rahmen der Umsetzung des BTHG bietet sich die Chance, angesichts zunehmender Herausforderungen die landesweite Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in NRW verteilungsgerecht und nachhaltig zu sichern“ (LAG SPZ NRW).

7. Vergleich mit dem Jahr 2012

Das ISG hat im Jahr 2012 die Evaluation zur Umsetzung der Rahmenempfehlung Frühförderung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt und in diesem Zusammenhang das Angebot der Komplexleistung Frühförderung in NRW, den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Frühförderleistungen, die Fall- und die Kostenentwicklung sowie die Bewertung der derzeitigen Strukturen untersucht. Obwohl die vorliegende Studie einen anderen Fokus hat, der nicht allein auf die Komplexleistung, sondern auf alle Leistungen der Frühförderung in Nordrhein-Westfalen abzielt, lassen sich vor allem in Bezug auf die Angebotsstruktur bei der Komplexleistung und die Entwicklung entsprechender Fallzahlen und Kosten Vergleiche ziehen. In Kapitel 5.3 wurde bereits gezeigt, dass sowohl die Fallzahlen als auch die Anzahl der geförderten Kinder seit 2012 um mehr als 50 % zugenommen haben und dass im Hinblick auf die kommenden Jahre weiterhin mit einem stetigen, moderaten Anstieg dieser Zahlen zu rechnen ist.

In Tabelle 58 wird die Versorgungssituation bezüglich des Komplexleistungsangebots in den 53 Mitgliedskörperschaften (MGK) jeweils für die beiden Jahre 2012 und 2019 abgebildet. Als Grundlage für die Darstellung des Komplexleistungsangebots dienten die Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung in Nordrhein-Westfalen, die in Zusammenarbeit zwischen dem ISG und den derzeitigen Leistungsträgern erarbeitet wurden (vgl. Kapitel 3.1).

Tabelle 58: Versorgungssituation in den Mitgliedskörperschaften in 2012 und 2019

	Anzahl MGK	MGK mit mindestens einer IFF		Eingerichtete IFF	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Jahr 2012					
Insgesamt	53	27	51%	56	2,07
<i>darunter nach Gebietskörperschaft:</i>					
Kreisfreie Städte	22	12	55%	23	1,92
Kreise	31	15	48%	33	2,20
<i>darunter nach Region:</i>					
Rheinland	26	20	77%	31	1,55
Westfalen-Lippe	27	7	26%	25	3,57
Jahr 2019					
Insgesamt	53	34	64%	78	2,29
<i>darunter nach Gebietskörperschaft:</i>					
Kreisfreie Städte	22	16	73%	30	1,88
Kreise	31	18	58%	48	2,67
<i>darunter nach Region:</i>					
Rheinland	26	21	81%	41	1,95
Westfalen-Lippe	27	13	48%	37	2,85

Quelle: Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

Waren im Jahr 2012 in Nordrhein-Westfalen noch 56 anerkannte Interdisziplinäre Frühförderstellen vorhanden, so hat sich die Anzahl bis zum Jahr 2019 um 22 Stellen auf insgesamt 78 Stellen erhöht. In 2012 gab es in 27 Mitgliedskörperschaften bzw. 51 % mindestens eine IFF, in 2019 beläuft sich die entsprechende Summe auf schon 34 Mitgliedskörperschaften bzw. 64 %.

Eine differenzierte Betrachtung von Rheinland und Westfalen-Lippe deutet nach wie vor auf erhebliche regionale Unterschiede bezüglich des Komplexleistungsangebots hin: So ist im Jahr 2019 im Rheinland in 21 Mitgliedskörperschaften (81 %) mindestens eine IFF eingerichtet, während in Westfalen-Lippe dies in lediglich 13 Mitgliedskörperschaften (48 %) der Fall ist. Trotz der nach wie vor bestehenden Differenz muss jedoch angemerkt werden, dass sich die Anzahl der Mitgliedskörperschaften mit IFF für Westfalen-Lippe seit 2012 nahezu verdoppelt hat: Damals war in sieben Mitgliedskörperschaften (14 %) mindestens eine IFF angesiedelt. Für Westfalen-Lippe hat sich die Anzahl seit 2012 um sechs weitere Mitgliedskörperschaften und für das Rheinland um eine weitere Mitgliedskörperschaft mit mindestens einer IFF erhöht.

Beim Vergleich der kreisfreien Städte und Landkreise ergibt sich hingegen nur ein geringfügiger Unterschied: Derzeit ist in 16 von insgesamt 22 kreisfreien Städte (73 %) und in 18 von insgesamt 31 Landkreisen (58 %) mindestens eine IFF ansässig; in den Städten ist die Versorgungssituation in dieser Hinsicht also ein wenig besser.

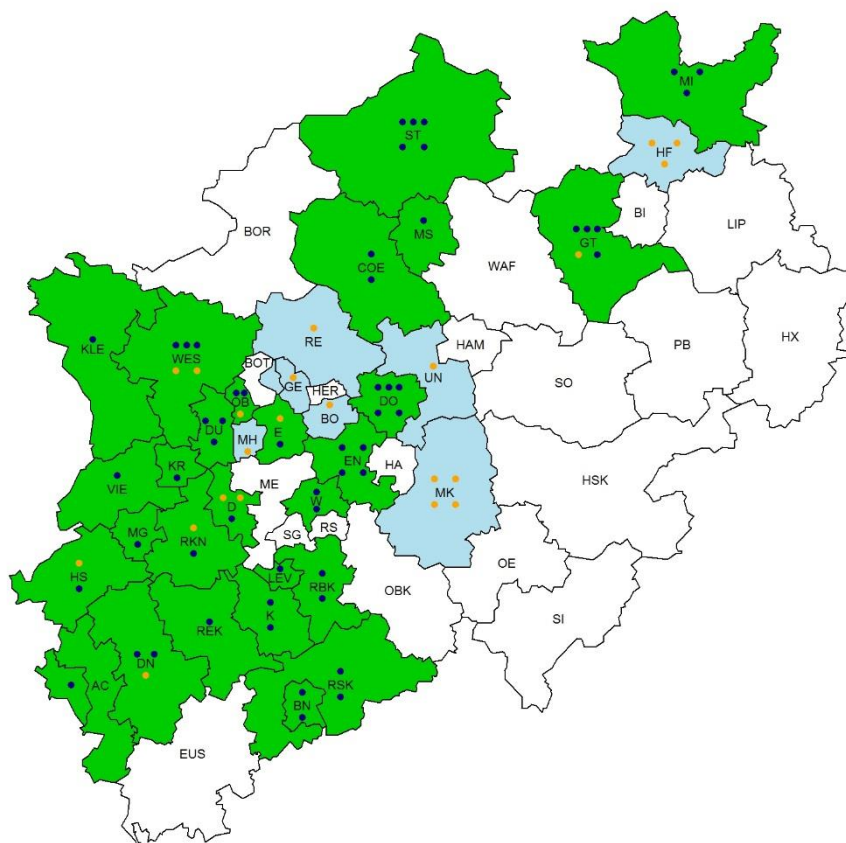
Des Weiteren sind in Nordrhein-Westfalen laut derzeitigem Kenntnisstand 78 IFF eingerichtet, dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von 2,29 IFF pro Mitgliedskörperschaft, die Komplexleistung anbietet. Zum Vergleich: In 2012 betrug die absolute Anzahl noch 56 IFF und die durchschnittliche Anzahl 2,07 IFF pro Mitgliedskörperschaft. In den Landkreisen ist die Anzahl mit 2,67 IFF je Landkreis mit Komplexleistungsangebot nach wie vor etwas höher als in den kreisfreien Städten (1,88 IFF je kreisfreier Stadt mit Komplexleistungsangebot).

Darüber hinaus dient Abbildung 6 zur Veranschaulichung des im Jahr 2012 und des derzeit bestehenden Komplexleistungsangebots in den kreisfreien Städten und Landkreisen Nordrhein-Westfalens: Die grün hinterlegten kreisfreien Städte und Landkreise spiegeln diejenigen Mitgliedskörperschaften wider, in denen bereits im Jahr 2012 mindestens eine IFF ansässig war. Die dunkelblauen Punkte bilden darüber hinaus die Anzahl der jeweils vorhandenen IFF ab. Neu hinzugekommene Kommunen, bei denen ein Angebot der Komplexleistung erst im Laufe der letzten sieben Jahre entwickelt worden ist, werden in hellblauer Farbe hinterlegt; die orangefarbenen Punkte stellen die seitdem neu eingerichteten IFF dar.

Vor allem Westfalen-Lippe hat sein Angebot der Komplexleistung in den letzten Jahren deutlich ausgebaut: Sechs Mitgliedskörperschaften mehr (Kreis Herford, Kreis Recklinghausen, Kreis Unna, Märkischer Kreis, Stadt Bochum und Stadt Gelsenkirchen) als noch im Jahr 2012 erbringen nun Komplexleistungen; insgesamt sind zwölf neue IFF

eingerrichtet worden. Im Rheinland ist mit der Stadt Mülheim an der Ruhr eine weitere Mitgliedskörperschaft mit Komplexleistungsangebot hinzugekommen. Und auch über die Stadt Mülheim an der Ruhr hinaus wurde im Rheinland das Komplexleistungsangebot in ähnlicher Höhe aufgestockt wie in Westfalen-Lippe: In 2019 können im Rheinland zehn IFF mehr verzeichnet werden als noch in 2012. Kreisfreie Städte und Landkreise im Rheinland, die neben der Stadt Mülheim an der Ruhr die Anzahl ihrer IFF erhöht haben, sind Kreis Düren, Kreis Heinsberg, Kreis Wesel, Rhein-Kreis-Neuss, Stadt Düsseldorf, Stadt Essen und Stadt Oberhausen.

Abbildung 6: IFF in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2012 und 2019



Quelle: Verzeichnisse der Leistungsanbieter von Frühförderung

8. Fazit und Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der Studie wurden diverse Untersuchungsschritte durchgeführt: Zunächst wurden die 53 Kommunen in Nordrhein-Westfalen zur Mitwirkung und zur Korrektur der Einrichtungsverzeichnisse der Frühfördereinrichtungen in Nordrhein-Westfalen gebeten (Kapitel 3). Nachdem die Leistungsträger neben den korrigierten Verzeichnissen auch Frühförderverträge und Vereinbarungen übermittelt hatten, wurden diese in einem nächsten Schritt analysiert (Kapitel 4). Daraufhin folgten eine Befragung der Leistungsträger (Kapitel 5) und der Frühförderstellen (Kapitel 6). Zum Schluss wurde ein Vergleich zwischen dem Jahr 2012 und 2019 hinsichtlich der bestehenden Komplexeleistungsangebote gezogen (Kapitel 7). Das vorliegende Kapitel fasst die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsschritte kurz zusammen und legt anschließend die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen dar.

Verzeichnisse zu den Leistungsanbietern von Frühförderung

An der Abfrage und der Bereitstellung der korrigierten Einrichtungsverzeichnisse haben sich insgesamt 48 der 53 Kreise und kreisfreien Städte beteiligt, lediglich für drei Kommunen aus dem Rheinland und zwei aus Westfalen-Lippe lagen keine korrigierten Verzeichnisse vor. Die Abfrage ergab eine Anzahl von landesweit 332 Anbietern, die derzeit Frühförderleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erbringen. Hierzu zählen neben den klassischen heilpädagogischen und anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen u. a. auch Autismus-Therapie-Zentren oder heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 SGB XII. In Westfalen-Lippe sind mit insgesamt 187 Einrichtungen etwa 40 mehr vorhanden als im Rheinland mit insgesamt 145 Einrichtungen.

Analyse der Frühförderverträge und Vereinbarungen

100 Vertragsversionen wurden im Zusammenhang mit der bilateralen und 50 im Zusammenhang mit der Analyse der Dreiecksverträge untersucht. Bei den bilateralen Verträgen stand die Ermittlung von Informationen zur Dauer und Vergütung der Fördereinheiten im Vordergrund, bei den Dreiecksverträgen war die Kostenteilung zwischen kommunalem Träger und Krankenkasse in Bezug auf die einzelnen Leistungsbestandteile von Interesse.

Den Verträgen mit heilpädagogischen Einrichtungen lässt sich entnehmen, dass die durchschnittliche Förderdauer landesweit sowie in beiden Verbänden bei 83 Minuten pro Fördereinheit liegt. Allerdings ist die Spannweite sehr groß: Die geringste Förderdauer umfasst gerade einmal 45 Minuten, die höchste hingegen 150 Minuten und beläuft sich damit auf mehr als das Dreifache der geringsten Förderdauer. Indirekte Leistungsbestandteile im Sinne der Face-to-Face-Förderung am Kind und an den Eltern machen ungefähr zwei Drittel der Fördereinheit aus. Im anderen Drittel finden u. a. die Vor- und Nachbereitung sowie die Dokumentation der Förderung statt. Eine mobile Fördereinheit umfasst durchschnittlich 116 Minuten und dauert damit um etwa eine halbe Stunde länger an als eine ambulante.

Die Vergütung der Leistungen liegt in Westfalen-Lippe höher als die im Rheinland: In Westfalen-Lippe werden dem Anbieter pro 45-minütiger ambulanter Einzelfördereinheit im Durchschnitt 48 Euro gezahlt, im Rheinland lediglich 43 Euro. Die Vergütungssätze beider Verbände untertreffen deutlich die empfohlenen Vergütungssätze des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik e. V.: Der Verband empfiehlt eine Vergütung, die um etwa 20 Euro höher liegt.

Die Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge deuten auf einen höheren Kostenanteil des Sozialhilfeträgers im Verhältnis zu dem der Krankenkassen in Westfalen-Lippe hin: Z. B. wird die Eingangsdiagnostik in Westfalen-Lippe zu 61 % durch den kommunalen Träger finanziert, im Rheinland hingegen lediglich zu 10 %. Bei den Kosten der Fördereinheiten entfallen in Westfalen-Lippe 68 % und im Rheinland 61 % auf die Sozialhilfe. Der Kostenanteil, der im Rheinland von der Krankenkasse übernommen wird, übersteigt auch bei den anderen vier Leistungsbestandteilen (reduzierte Eingangsdiagnostik, Fördereinheiten in der Gruppe, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik) die Kostenanteile der Krankenkasse in Westfalen-Lippe.

Befragung der derzeitigen Leistungsträger

In den 52 Kommunen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind insgesamt 81 Ämter und Fachstellen mit der Gewährung von Frühförderleistungen befasst, davon 58 mit der Gewährung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen. Im Rheinland ist das Sozialamt ein weniger häufiger eingebunden als in Westfalen-Lippe, dafür spielt in Westfalen-Lippe das Gesundheitsamt eine etwas größere Rolle. Clearing- und Diagnostikstellen gibt es landesweit in 15 Kommunen, davon sind 13 in Westfalen-Lippe und zwei im Rheinland ansässig. Nach wie vor werden Komplexleistungen deutlich häufiger im Rheinland angeboten: 81 % der rheinländischen und 46 % der westfälischen Kommunen bieten Komplexleistungen an.

Bezüglich des in den Kommunen beschäftigten Personals konnte gezeigt werden, dass für den Prozess der Diagnostik nach eigenen Angaben der Träger pro 1.000 geförderten Kindern 5,9 Vollzeitstellen für die solitäre und 2,3 Vollzeitstellen für die kombinierte Förderung vorgesehen sind. Am häufigsten wird hierbei mit Ärzten und Ärztinnen des Gesundheitsamtes zusammengearbeitet, daneben werden auch Heilpädagoginnen und -pädagogen an der Diagnostik beteiligt. Ebenfalls durchschnittlich zwei Personen sind mit dem Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung in den Kommunen betraut.

Im Hinblick auf die Angaben der Kommunen zum eingesetzten Personal sollte jedoch beachtet werden, dass diese Daten keine verlässliche Basis für die Personalbemessung der Landschaftsverbände im Sinne einer Hochrechnung liefern können. Eine Kernvorgabe des BTHG bezieht sich nämlich auf die Umsetzung eines einheitlichen Verfahrens, das der Orientierung an den persönlichen Bedarfen der Menschen mit Behinderung dienen soll. Dieses einheitliche Verfahren muss jedoch zunächst durch die Landschaftsverbände völlig neu geschaffen und definiert werden.

In knapp 90 % der Kommunen existieren in Bezug auf die Vergütung heilpädagogischer Leistungen Einzelvereinbarungen mit den Leistungsanbietern. Etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte dienen dabei die Vergütungssätze des TVöD zur Orientierung und etwa einem Drittel die des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik. Die Finanzierung der heilpädagogischen Praxen erfolgt in 90 % der Fälle personenzentriert, d. h. in Abhängigkeit von der individuellen Förderbedürftigkeit des Kindes. Pauschalierte Finanzierungsformen finden landesweit nur noch bei der Vergütung von 30 Einrichtungen Anwendung.

Im Jahr 2017 hat die Erbringung von Frühförderleistungen die Kommunen in Nordrhein-Westfalen knapp 80 Mio. Euro gekostet, in Westfalen-Lippe wurden davon 42 Mio. Euro und im Rheinland 38 Mio. Euro aufgebracht. 13.800 Kinder in Westfalen-Lippe und 10.600 Kinder im Rheinland wurden im Monat Dezember 2017 gefördert. Die durchschnittlichen jährlichen Fallkosten pro Kopf belaufen sich auf 3.580 Euro (Rheinland) bzw. 3.050 Euro (Westfalen-Lippe) und liegen damit im Rheinland um etwa 500 Euro höher als in Westfalen-Lippe. Dafür erhielten Kinder in Westfalen-Lippe deutlich häufiger Frühförderleistungen: Die Quote der geförderten Kinder an den altersgleichen Kindern in der Bevölkerung beziffert sich auf 2,6 %, die entsprechende Quote für das Rheinland beträgt 1,8 %.

Die Aktenführung der Einzelfallakten erfolgt in 95 % der Kommunen in Papier- oder in Mischform, lediglich zwei Kommunen des Rheinlandes setzen eine ausschließlich elektronische Aktenführung um. In elf Kommunen gibt es darüber hinaus weitere Akten, die über die Einzelfallakten hinaus für die Fallführung übernommen werden müssen. Im Hinblick auf den Wechsel der Leistungsträgerschaft sprechen sich die derzeitigen Leistungsträger besonders für eine frühzeitige Information aller am Prozess der Frühförderung beteiligten Instanzen und eine Festhaltung an bewährten Strukturen aus.

Befragung der Leistungsanbieter

An der Befragung haben sich insgesamt 131 und damit etwa 40 % aller Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen beteiligt. Es zeigte sich, dass von 20.000 in diesen Einrichtungen geförderten Kindern 36 % den anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen und 25 % den heilpädagogischen Frühförderstellen zuzuordnen sind. Die restlichen Kinder entfallen auf Frühförderstellen mit interdisziplinärer Besetzung ohne Anerkennung der Komplexleistung (14 %), Sozialpädiatrische Zentren (7 %), heilpädagogische Praxen mit Vereinbarung nach § 75 - § 77 (5 %) und andere Einrichtungen (12 %). Durchschnittlich werden je Einrichtung 172 Kinder gefördert. Im Rheinland fällt der entsprechende Wert mit 209 Kindern je Einrichtung etwas höher aus als im Rheinland mit 151 Kindern je Einrichtung.

Fast alle Einrichtungen beschäftigen Pädagoginnen und -pädagogen. Neben Logopädinnen und Logopäden sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind auch Verwal-

tungsfachkräfte häufig in den Einrichtungen angestellt. Etwa die Hälfte der Frühförderleistungen wird zuhause erbracht, die restlichen Leistungen finden im Zuhause des Kindes oder in der KiTa statt.

In der Regel sind Face-to-Face-Leistungen mit dem Kind vertraglich mit den Rehabilitationsträgern vereinbart. Diese Leistungen betreffen etwa die Hälfte der Zeit der Gesamttätigkeit der Angestellten, die restliche Zeit entfällt u. a. auf die Arbeit mit den Eltern, Fahrtzeiten und Vor- und Nachbereitung der Förderung. Fallbesprechungen finden in etwa 60 % der Einrichtungen ohne und in 75 % der Einrichtungen mit dem Angebot der Komplexleistung statt.

Im Durchschnitt bezieht ein Kind 24 Monate Leistungen in den Frühfördereinrichtungen, dies gilt für beide Leistungsformen gleichermaßen. Allerdings erfolgt die Leistungserbringung in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistung etwa doppelt so häufig wie in Einrichtungen ohne das Angebot. Ein Einbezug der Eltern findet vor allem im Rahmen von Elterngesprächen während der Diagnostik oder von Kurzgesprächen am Rande der Förderung des Kindes statt. Sehr häufig kooperieren die Einrichtungen mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kindertagesstätten und Logopädinnen und Logopäden.

Wie erwartet, werden diagnostische Leistungen häufiger in Einrichtungen mit Angebot der Komplexleistungen erbracht. In Einrichtungen ohne dieses Angebot werden diagnostische Leistungen gelegentlich ausgelagert. Etwa die Hälfte der befragten Einrichtungen gab an, dass Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen nicht ausgesprochen werden. Darüber hinaus werden bewilligte Frühförderleistungen meistens auch in Anspruch genommen. Ist dies nicht der Fall, ist dafür in erster Linie eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der Eltern des Kindes ausschlaggebend.

Vergleich mit dem Jahr 2012

Seit dem Jahr 2012 hat vor allem der Bedarf an Komplexleistungen zugenommen, dies spiegelt sich auch bei der Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen und finanziellen Aufwendungen wieder: Für die Komplexleistungen konnte zwischen 2012 und 2017 ein Anstieg von über 50 % für die Anzahl der geförderten Kinder einerseits und die finanziellen Ausgaben für Frühförderung andererseits verzeichnet werden. Es ist deswegen davon auszugehen, dass der Bedarf in den kommenden Jahren weiterhin moderat und stetig zunehmen wird.

Die Versorgungssituation wird in den meisten Kommunen als gut bis sehr gut eingestuft, jedoch wünschen sich einige Leistungsträger einen noch stärkeren Ausbau der Komplexleistungsangebote. Landesweit ist im Jahr 2019 in insgesamt 34 Kommunen mindestens eine Interdisziplinäre Frühförderstelle eingerichtet. Damit sind im Vergleich zum Jahr 2012 sieben Kommunen hinzugekommen, in denen zu diesem Zeitpunkt noch keine Komplexleistungen erbracht wurden. Von diesen 34 Kommunen mit mindestens einer IFF entfallen 21 auf das Rheinland und 13 auf Westfalen-Lippe. Obwohl der Ausbau in

Westfalen-Lippe in den letzten Jahren deutlich stärker vorangetrieben wurde als im Rheinland, ist die Versorgung mit Komplexleistungsangeboten nach wie vor schlechter als im Rheinland – in etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte wird der gesetzliche Auftrag des Komplexleistungsangebots nicht umgesetzt.

Heterogenität der Frühförderstrukturen

Das System der Frühförderung umfasst ein breites Spektrum an Hilfen für Kinder, die von einer Behinderung betroffen oder bedroht sind. Im Laufe des Projektes wurde deutlich, dass teilweise erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Gewährung von Frühförderleistungen in Nordrhein-Westfalen bestehen. Dennoch bewerten die derzeitigen Leistungsträger die aktuelle Versorgungsqualität in den einzelnen Kommunen jeweils als gut bis sehr gut.

Sowohl die Auftaktveranstaltungen als auch die Befragung der Leistungsträger haben ergeben, dass die ursprünglich getroffene Annahme, dass die Sozialämter der einzelnen 53 Mitgliedskörperschaften für die Bewilligung von Frühförderleistungen und die Gesundheitsämter für die Durchführung der Eingangsdiagnostiken zuständig sind, auf viele Mitgliedskörperschaften nicht zutrifft. Häufig sind einzelne Zuständigkeiten über verschiedene Ämter verteilt und/oder weitere Fachstellen (wie z. B. das Amt für Menschen mit Behinderung oder die Fachstelle Frühe Hilfen) in die Gewährung von Frühförderleistungen involviert.

Weitere Besonderheiten betreffen u. a. die 15 Mitgliedskörperschaften, in denen für die Durchführung der Eingangsdiagnostiken spezielle Beratungs- und Clearingstellen eingerichtet wurden, über die zu Projektbeginn noch wenig bekannt war. Auch konnten deutliche Differenzen in der Vertragsgestaltung aufgedeckt werden: Unterschiede beziehen sich nicht nur auf die Kostenteilung bei den Komplexleistungen zwischen kommunalen Leistungsträgern und Krankenkassen, sondern es bestehen vor allem auch Abweichungen zwischen den einzelnen Vertragsversionen mit heilpädagogischen Einrichtungen: Die Dauer einer Fördereinheit in einem Vertrag übersteigt die Dauer in einem anderen Vertrag z. B. um das Dreifache.

Hinsichtlich der Frühfördereinrichtungen reichen die unterschiedlichen Einrichtungsformen von anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen über Sozialpädiatrische Zentren und Autismus-Therapie-Zentren bis hin zu rein mobil arbeitenden heilpädagogischen Frühförderstellen. Leistungen der Frühförderung werden in Nordrhein-Westfalen auf unterschiedliche Art und Weise erbracht, und hieran ist ein breites Spektrum von verschiedenen beruflichen Professionen beteiligt. Die Finanzierung der solitär-heilpädagogischen Einrichtungen erfolgt dabei entweder in Form einer einrichtungspauschalieren, fallpauschalieren oder personenzentrierten Vergütung.

Trotz der deutlich gewordenen Unterschiede in den Frühförderstrukturen hat sich aber auch gezeigt, dass nahezu alle derzeitigen Leistungsträger aus ihrer Sicht die aktuelle

Versorgungssituation in den einzelnen Mitgliedskörperschaften als gut bis sehr gut einschätzen. Selten bestehen laut eigenen Angaben Versorgungslücken oder gibt es Leistungsanbieter, die die Erwartungen der Träger nicht erfüllen. Die als positiv bewerteten Strukturen stellen damit eine gute Basis für die Aufgabenübernahme dar, um darauf aufzubauen und diese ggf. zu erweitern.

Die große Heterogenität in den Frühförderstrukturen, wie sie aktuell in Nordrhein-Westfalen bestehen, spricht allerdings dafür, dass es im Rahmen einer Übergangslösung sinnvoll wäre, die Leistungsträgerschaft nicht vollständig zum 01.01.2020 an die Landschaftsverbände zu übergeben, sondern Teile davon (z. B. Bestandsfälle) zunächst weiterhin in den Kommunen fortzuführen, um eine nahtlose Versorgung der Kinder mit Frühförderbedarf sicherstellen zu können.

Handlungsempfehlungen

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

1. Information aller Beteiligten

Nach der Kommunikation, die das ISG im Zuge seiner Befragungen geführt hat, herrscht teilweise Unklarheit über die zukünftige Gestaltung der Frühförderung. Alle Beteiligten sollten kurzfristig umfassend über den Fortgang der Überlegungen und die geplante Umsetzung informiert werden.

2. Umfassender Übergang aller Leistungen

Das ISG empfiehlt einen umfassenden Übergang, d. h. der Komplexleistung Frühförderung sowohl in anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen als auch in zur Erbringung der Komplexleistung anerkannten Sozialpädiatrischen Zentren ebenso wie der heilpädagogischen Leistungen, damit auch in Zukunft diese Leistungen aus einer Hand gewährt werden und kein „Zuständigkeitschaos“ entsteht.

3. Steigende Fallzahlen bei Komplexleistung

Die Befragungsergebnisse geben Hinweise darauf, dass Komplexleistungen sowohl absolut als auch relativ stetig zunehmen. Auch darauf sollten die Landschaftsverbände vorbereitet sein und das Komplexleistungsangebot entsprechend ausbauen.

4. Vereinheitlichung der Strukturen

Neben der Empfehlung das Komplexleistungsangebot auszubauen, sollten auch die unterschiedlichen Strukturen der Leistungsgewährung zwischen dem Rheinland und Westfalen-Lippe in Richtung auf eine Vereinheitlichung weiterentwickelt werden.

5. Aufbau auf bestehende Strukturen

Der Übergang der Leistungsträgerschaft sollte in Kontinuität erfolgen. Ein erfolgreicher Übergang kann nur dann erfolgen, wenn zumindest zunächst auf bestehende

Strukturen aufgebaut wird. Dieses gilt insbesondere für den Bereich der Eingangsdiagnostik, die in Westfalen-Lippe in einer Vielzahl von Fällen und im Rheinland in einigen Fällen über die Kreise und Städte selbst – beispielsweise über das Gesundheitsamt oder eigene Clearingstellen – erfolgt. In Kommunen ohne IFF können diese Strukturen in Form von Clearingstellen später ggf. zu IFF weiterentwickelt werden.

6. Übergang der Leistungsträgerschaft zum Schuljahreswechsel

Nach einer Modellrechnung des ISG wäre bei einem Übergang zum August 2020 noch mit ca. 18.000 Bestandsfällen zu rechnen, und im August 2021 wären es ca. 6.000 Bestandsfälle. Ab August 2022 dürfte nur noch mit wenigen Bestandsfällen zu rechnen sein. Ein Übergang der Leistungsträgerschaft sollte zum Schuljahreswechsel erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt viele Bestandsfälle auslaufen. Zudem wäre es aus zwei Gründen sinnvoll, die Bestandsfälle erst zum August 2022 zu übernehmen: Zum einen würde sich auf diese Weise für diejenigen Kinder und Sorgeberechtigten, für die bereits eine entsprechende Eingangsdiagnostik vorliegt, nur wenig ändern. Zum anderen würde der mit der Übergabe der Bestandsakten einhergehende Aufwand für Landschaftsverbände, Kreise und Städte entfallen.

7. Aktenführung in Papierform

Die ISG-Befragung der Kommunen hat ergeben, dass lediglich zwei Kommunen im Rheinland ihre Akten elektronisch führen, während in allen anderen Kommunen die Aktenführung in Papier- bzw. Mischform erfolgt. Darauf müssen die Landschaftsverbände im Hinblick auf den Übergang vorbereitet sein.

8. Personenbezogene Leistungsgewährung

Von den derzeit praktizierten Vergütungsformen finden personenzentrierte Pauschalen häufiger Anwendung als Fallpauschalen oder Einrichtungspauschalen. Da die personenbezogene Leistungsgewährung am ehesten der Intention des BTHG entspricht, empfiehlt das ISG diese Vergütungsform.

9. Ansprechpartner/innen in der Fläche

Um eine ortsnahe Leistungsgewährung sicherzustellen, empfiehlt das ISG, Ansprechpartnerinnen und -partner in der Fläche vorzusehen. Dies kann regional unterschiedlich durch Anlaufstellen oder durch zeitlich begrenzte Sprechstunden umgesetzt werden.

10. Fortführung der Netzwerkarbeit in den Kommunen

Diese Ansprechpartnerinnen und -partner sollten die Leistungsstrukturen auf kommunaler Ebene gut kennen und die Netzwerkarbeit in den Kommunen fortführen. Soweit die Kommunen auch nach 2019 in die Leistungsgewährung einbezogen werden, sollten sie auch diese Aufgabe übergangsweise weiter fortführen.

9. Verzeichnisse

9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die erhaltenen Verträge und Vereinbarungen	12
Tabelle 2:	Rücklaufquoten der Befragungen der Leistungsträger, Clearing- und Diagnostikstellen und Leistungsanbieter	18
Tabelle 3:	Ergebnisse der Analyse der bilateralen Verträge	21
Tabelle 4:	Ergebnisse der Analyse der Dreiecksverträge	24
Tabelle 5:	Zuständige Ämter bei der Gewährung von Frühförderleistungen	27
Tabelle 6:	Struktur der Frühförderangebote.....	27
Tabelle 7:	Spektrum weiterer Leistungen der Frühförderstellen und der heilpädagogischen Praxen	28
Tabelle 8:	Anzahl der heilpädagogischen Einrichtungen und der geförderten Kinder bei unterschiedlichen Finanzierungsformen	29
Tabelle 9:	An der Diagnostik beteiligte Akteurinnen und Akteure und bei der Fallkoordination und übergeordneten Tätigkeiten eingesetztes Personal	31
Tabelle 10:	Beim Verwaltungsverfahren der Leistungsgewährung eingesetztes Personal.....	32
Tabelle 11:	Vergütungsvereinbarungen zu heilpädagogischen Leistungen	33
Tabelle 12:	Ausschlusstatbestände bei der Bewilligung von Frühförderleistungen	34
Tabelle 13:	Einschätzung der Qualität der Versorgungssituation für Kinder mit Frühförderbedarf	35
Tabelle 14:	Durchschnittliche Dauer von der ersten Kontaktaufnahme der Eltern bis hin zur Bewilligung in Monaten.....	36
Tabelle 15:	Durchschnittliche Anzahl der pro gefördertes Kind bewilligten Fördereinheiten	36
Tabelle 16:	Verwendung von Berichtswesen und Steuerungsinstrumenten.....	37
Tabelle 17:	Erbringung von Leistungsnachweisen durch die Frühförderstellen	38
Tabelle 18:	Anzahl der Leistungsträger, die im Jahr 2017 Beschwerden, Widersprüche oder Klagen erhalten haben	38
Tabelle 19:	Anzahl der im Jahr 2017 bei den Leistungsträgern eingereichten Beschwerden, Widersprüche und Klagen	38
Tabelle 20:	Fallzahlen der geförderten Kinder und finanzielle Aufwände für Frühförderleistungen für das Jahr 2017	41
Tabelle 21:	Finanzelle Aufwände für zusätzliche Leistungen und Fallzahlen der zusätzlich geförderten Kinder für das Jahr 2017	45
Tabelle 22:	Entwicklung der finanziellen Aufwände und Fallzahlen von 2012 bis 2017	46
Tabelle 23:	Konkrete Fallübernahme	47
Tabelle 24:	An der Eingangsdiagnostik beteiligtes Personal.....	51
Tabelle 25:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen	52
Tabelle 26:	Ort der Diagnostik	52

Tabelle 27:	Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung	53
Tabelle 28:	Anzahl der Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017	53
Tabelle 29:	Anzahl der Kinder in der Clearingstelle am 31.12.2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung ..	54
Tabelle 30:	Beschreibung der Institution	56
Tabelle 31:	Personelle Kapazität der Einrichtungen	58
Tabelle 32:	In den Einrichtungen vertretene Professionen nach Leistungsangebot	59
Tabelle 33:	Leistungsspektrum der Einrichtungen	60
Tabelle 34:	Ort der Leistungserbringung	61
Tabelle 35:	Mit den Rehabilitationsträgern vertraglich festgelegte Leistungen	62
Tabelle 36:	Anteile der einzelnen Leistungsbestandteile an der jeweiligen Gesamttätigkeit	63
Tabelle 37:	Regelmäßige Teambesprechungen	64
Tabelle 38:	Durchschnittliche Dauer einer Fördereinheit in Minuten	64
Tabelle 39:	Häufigkeit der Leistungserbringung pro Kind pro Woche	65
Tabelle 40:	Durchschnittliche Dauer der Förderung pro Kind in Monaten	65
Tabelle 41:	Erbringung von Frühförderleistungen als Gruppenangebote	66
Tabelle 42:	Obergrenzen für die Bewilligung der Leistungen	68
Tabelle 43:	Kooperierende Einrichtungen nach Leistungsangebot	69
Tabelle 44:	Häufigkeiten der Kooperation	70
Tabelle 45:	Modelle bei der Umsetzung der Eingangsdiagnostik	71
Tabelle 46:	In den Einrichtungen erbrachte diagnostische Leistungen	72
Tabelle 47:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Leistungsangebot	72
Tabelle 48:	An der Eingangsdiagnostik beteiligte Berufsgruppen nach Beschäftigungsverhältnis	73
Tabelle 49:	Ort der Diagnostik bei Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren	74
Tabelle 50:	Eingesetzte Instrumente zur Diagnose einer (drohenden) Behinderung	74
Tabelle 51:	Ablehnungen von Anträgen auf Frühförderleistungen im Jahr 2017	75
Tabelle 52:	Fehlende Inanspruchnahme von bewilligten Frühförderleistungen im Jahr 2017	76
Tabelle 53:	Gründe für die bewilligten aber nicht in Anspruch genommenen Leistungen	76
Tabelle 54:	Durchschnittliche Dauer des Zeitraums von der Antragstellung bis zur Bewilligung in Tagen	77
Tabelle 55:	Kinder in den Einrichtungen im Jahr 2017 nach Art der Leistung, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Belastung der Familien	79
Tabelle 56:	Alter der Frühförderkinder zum Stichtag 31.12.2017 bei Förderbeginn nach Leistungsart	80



Tabelle 57:	Anteil der Kinder mit weniger als einem Jahr Zeit bis zur Einschulung	81
Tabelle 58:	Versorgungssituation in den Mitgliedskörperschaften in 2012 und 2019	84
	

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der geförderten Kinder auf die Einrichtungsformen	57
Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der Förderung	66
Abbildung 3: Art der Einbeziehung der Sorgeberechtigten des Kindes in die Förderung	67
Abbildung 4: Gründe für die nicht in Anspruch genommenen Leistungen	77
Abbildung 5: Vernetzung der Sozialpädiatrischen Zentren in NRW	82
Abbildung 6: IFF in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2012 und 2019	86

TOP 5 Bericht über den Stand der Umsetzungen des BTHG

**TOP 6 Überblick über die Angebote für Systemsprenger in der LVR-
Jugendhilfe Rheinland**

Vorlage-Nr. 14/3290

öffentlich

Datum: 20.03.2019
Dienststelle: Fachbereich 43
Bearbeitung: Herr Lehmann

Landesjugendhilfeausschuss 28.03.2019 Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht aus dem IAK "Zukunft der Modellförderung" vom 18.03.2019

Kenntnisnahme:

Der Bericht zur Vorlage Nr. 14/3290 wird zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des
LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

B a h r - H e d e m a n n

Zusammenfassung:

In der Sitzung des Landesjugendhilfeausschusses vom 20.04.2018 wurde vereinbart, die zukünftige Ausgestaltung der Projekt- und Initialförderung des LVR-Landesjugendamtes Rheinland in einem Interfraktionellen Arbeitskreis (IAK) zu behandeln.

Im 1. IAK „Zukunft der Modellförderung“ vom 19.11.2018 wurde als Ergebnis festgehalten, die Initialförderung als Förderinstrument auch in 2019 beizubehalten und fortzuführen. Über die Modellförderung sollte in einem späteren IAK entschieden werden. Zudem sollte die Verwaltung sich um zusätzliche Fördermittel bemühen.

Im 2. IAK vom 18.03.2019 wurde vereinbart, die Projektförderung ohne thematische oder zielgruppenorientierte Schwerpunktsetzung durchzuführen. Als Förderbedingungen sollen lediglich das Thema „Jugend“ und eine innovative Ausrichtung gelten.

Ferner wurde vereinbart, dem Landesjugendhilfeausschuss das Protokoll der IAK-Sitzung vom 18.03.2019 zur Information zur Verfügung zu stellen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3290:

Die Vorsitzende des Landesjugendhilfeausschusses Rheinland begrüßt am 18.03.2019 die Anwesenden des 2. IAK zur Modell- und Initialförderung und führt aus, dass in der Sitzung eine Strategie für die Projektförderung entwickelt werden solle.

LVR-Dezernent Herr Bahr berichtet über das Gespräch mit der Sozial- und Kulturstiftung des LVR und teilt mit, dass ab dem Haushaltsjahr 2019 voraussichtlich 120.000 € zusätzlich bereitgestellt werden. Die abschließende Entscheidung des Vorstandes der Stiftung steht zu diesem Zeitpunkt noch aus.

Zunächst wird geklärt, in welcher Höhe Mittel für die Projektförderung im Haushaltsjahr 2020 zur Verfügung gestellt werden können.

Unter Vorbehalt der abschließenden Zustimmung des Vorstandes der Sozial- und Kulturstiftung des Landschaftsverbandes Rheinland zur Mittelerhöhung für die Modellförderung des Landesjugendamtes Rheinland können voraussichtlich Fördermittel in folgender Höhe bereitgestellt werden:

Fördermittel 2019

	200.000,- €	Stiftungsmittel 2019 (wie bisher)
plus	<u>120.000,- €</u>	Stiftungsmittel 2019 (neu)
	320.000,- €	Neue Gesamthöhe ab 2019 laufend
abzügl.	60.000,- €	Initialförderung
abzügl.	<u>71.367,- €</u>	Förderung von 3 mehrjährigen Projekten
	<u>188.633,- €</u>	<u>Freie Mittel 2019 / Übertrag nach 2020</u>

Fördermittel 2020

	188.633,- €	Übertrag aus 2019 nach 2020
	<u>320.000,- €</u>	Stiftungsmittel 2020
	508.633,- €	In 2020 insgesamt zur Verfügung stehende Mittel
abzügl.	60.000,- €	Initialförderung
abzügl.	<u>31.455,- €</u>	Förderung von 1 mehrjährigen Projekt
	<u>417.178,- €</u>	<u>Freie Mittel 2020</u>

Nach einer längeren Diskussion wird festgehalten, dass ab dem Haushaltsjahr 2020 ein zweistufiges Verfahren mit einer vorgeschalteten Interessenbekundung für die Ausschreibung der Projekte gelten soll. Die über die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und Jugendverbände eingegangenen Ideen werden durch den IAK „Zukunft der Modellförderung“ gesichtet.

Dazu wird die Verwaltung ein Rundschreiben an die Verbände richten. Für das Interessenbekundungsverfahren soll gelten, dass es keine thematische oder

zielgruppenorientierte Spezifizierung geben soll. Die Projektförderung soll schwerpunktmäßig auf das Thema „Jugend“ und innovativ ausgerichtet sein. Die Skizzen sollen von den Trägern noch vor der Sommerpause angefordert werden. In der Sommerpause sichtet die Verwaltung die eingegangenen Projektskizzen.

Der IAK „Zukunft der Modellförderung“ wird die eingegangenen Projektskizzen Anfang September in einer weiteren Sitzung besprechen und die Verwaltung und Träger bitten, bestimmte Projektskizzen bis zur Antragsreife zu qualifizieren. In der Sitzung des Landesjugendhilfeausschusses am 07.11.2019 soll ein Beschluss über die zu fördernden Projekte gefasst werden.

In Vertretung

B a h r – H e d e m a n n

TOP 8 Aktuelle Entwicklungen in der frühkindlichen Bildung

TOP 9 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 10 Anfragen und Anträge

TOP 11 Verschiedenes