



VEREINIGUNG FÜR
INTERDISZIPLINÄRE
FRÜHFÖRDERUNG E.V.
Landesvereinigung Hessen e.V.



„Viele Systeme – Eine Leistung“ Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze

Evaluation der interdisziplinär erbrachten
Komplexleistung Frühförderung in Hessen

Abschlussbericht

Projektförderung:

Hessisches Sozialministerium

Vereinigung Interdisziplinärer Frühförderung in Hessen e.V. (VIFF)

Projektdurchführung:

Arbeitsstelle für Schulentwicklung und Projektbegleitung am

Institut für Sonderpädagogik am

Fachbereich Erziehungswissenschaften

der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Frankfurt am Main

Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl.-Päd. Nadine Müller

Juli 2011

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
1.1	Rechtliche Grundlagen	5
1.2	Erste Erfahrungen der Umsetzung in Hessen.....	6
1.3	Aufbau des vorliegenden Projektberichts	6
2	ZIELE UND METHODEN DER EVALUATION	8
2.1	Ziele und leitende Fragestellungen	8
2.2	Beteiligte an der Untersuchung	9
2.3	Methode	9
2.3.1	Stichprobe und Datengrundlage	10
2.3.2	Auswertung	11
2.3.3	Anonymität.....	11
2.3.4	Kommunikation und Kontaktaufnahme	12
2.3.5	Zeitplan.....	12
3	ERGEBNISSE.....	13
3.1	Bewährte kooperationsfördernde Verfahrensweisen.....	13
3.1.1	Vermittlungsquote und Förderbeginn.....	13
3.1.2	Wartelisten und Einleitung der Komplexleistung.....	14
	Konsens über Förderbedarf.....	15
	Persönlicher Austausch	15
3.1.3	Runder Tisch	16
	Häufigkeit	16
	Kosten – Nutzen	16
	Inhalte	17
	Einbindung der Schulen.....	17
	Gesicherte Finanzierung	18
	Teilnahme der Kinderärzte/innen	18
	Ambivalenzen bezüglich großer runder Tische.....	20
3.1.4	Weitere die Kooperation fördernde Arbeitsprozesse	22
	Aufsuchen der Kinderarztpraxis	22
	Informelle Absprachen zwischendurch	22
	Spezielle Netzwerke	22
	Transparenter Informationsfluss und gegenseitige Akzeptanz	23
	Sinnvolle Arbeitsteilung SPZ – FFS.....	23
	Engagement und Initiative der Frühförderer/innen	23
3.2	Beurteilung durch die Eltern.....	24
3.2.1	Verfahren zur Einleitung des Förderprozesses.....	24
3.2.2	Förderprozess.....	24
	Zufriedenheit	24
	Einbezug in Förderprozess.....	26
	Arbeitsbündnis	26
	Elternrollen.....	28
3.2.3	Zusammenarbeit	30
3.2.4	Wünsche.....	32
3.2.5	Einfluss (leistungs-)rechtlicher Bestimmungen	33

3.3	Veränderungen in der Klientel und deren Auswirkungen	35
3.3.1	Mehr soziale Krisen: Fokus auf Familiensystem, Frühförderung als Impulsgeber	35
3.3.2	Mehr psychisch belastete Familien: Kleine runde Tische, Jugendamt einbinden	35
3.3.3	Zunahme einer Konsumentenhaltung: Hilfe zur Selbsthilfe.....	35
3.3.4	Weniger manifeste Behinderungen: Schwangerschaftsberatung und Begleitung.....	36
3.3.5	Migrationshintergrund: Bindung schaffen, „Krisen intensiver auffangen“	37
3.3.6	Familien wenig mobil: Mehr Kooperationsverträge.....	37
3.3.7	Berufstätigkeit beider Eltern: Frühförderung in Kindertagesstätten	37
3.3.8	Veränderte Klientel: Zuständigkeiten sichern – Berufsbild Frühförderer/in.....	38
3.4	Auswirkungen leistungsrechtlicher Bestimmungen	40
3.4.1	Heilmittelverordnungen	40
	Therapiehoheit	41
	Rezeptauflagen.....	43
3.4.2	Abgabe medizinisch – therapeutischer Leistungen der Frühförderung in externen Einrichtungen	44
3.4.3	Kooperationsvertrag.....	44
	Zusammenarbeit ohne Kooperationsvertrag	44
	Zusammenarbeit mit Kooperationsvertrag	45
3.4.4	Interdisziplinäre Befunderhebung.....	46
	Mehr Vertrauen in Kompetenzen.....	47
3.4.5	Förder- und Behandlungsplan	47
	Die Kooperation unterstützende Faktoren.....	47
	Die Kooperation hemmenden Faktoren	49
	Standardisierte Abläufe können hilfreich sein.....	53
3.4.6	Die besondere Situation interdisziplinär besetzter Frühförderstellen	53
	Interner interdisziplinärer Austausch und kurze Wege	54
	Einheiten bezogene Vorgaben bieten wenig Flexibilität	54
	Unzureichende Finanzierung und ihre Folgen	55
3.4.7	(Veränderte?) Rollenbilder	56
	Rolle des ungewollten Sachbearbeiters	56
	Selbstverständnis niedergelassener Therapeuten/innen	56
	Selbstverständnis pädagogischer Frühförderer/innen	58
	Selbstverständnis Kinderärzte/innen	58
3.4.8	Missverständnisse hinsichtlich vermeintlicher Budgetentlastung durch die Einführung der Pseudokennziffer.....	60
4	VERTIEFENDE EINZELFALLANALYSE: MIO REINARD	63
4.1	Regionale Nähe und Distanz	63
4.2	Eingangsphase.....	64
4.2.1	Leistungsbewilligung durch Förder- und Behandlungsplan erfordert einen raschen defizitorientierten Befund – und eine „Qual der Wahl“ auf Seiten der Eltern.....	64
4.2.2	Abwehr aus Konkurrenz?	65
4.3	Förderprozess	66
4.3.1	Gemeinsame Zielsetzung verbindet nur vordergründig.....	66
4.3.2	Rolle des Kinderarztes	68
4.3.3	Förderprozess fehlt Vertrauen	68
4.3.4	Förder- und Behandlungsplan unbefriedigend	68
4.3.5	Wunsch nach Frühförderung als Brücke zwischen den Institutionen	69
4.4	Einfluss kindzentrierter Vorgaben der Leistungsträger auf die Komplexleistung	70
4.5	Zwischenfazit	72

5	GESAMTFAZIT UND AUSBLICK	73
5.1	Gesamtfazit	73
5.1.1	Welche organisatorischen und fachlichen Arbeitsprozesse haben sich in der Praxis bewährt, um die Kooperation aller Verfahrensbeteiligten anzubahnen und fortzuschreiben?.....	73
	Persönlicher Austausch und informelle Abstimmung	73
	Runder Tisch	73
	Regionale Arbeitskreise	74
	Kooperation mit sozialpsychiatrischen Diensten	75
	Diskussion.....	75
5.1.2	Wie beurteilen die Eltern/Personensorge-, Anspruchsberechtigten das Angebot und die Leistung des Systems insgesamt und seine Teile?	76
	Vertrauensvolle Beziehungen.....	76
	Wertschätzende Arbeitsbündnisse.....	76
	Wahrnehmung des Systems Komplexleistung.....	77
	Geringe Bedeutungszumessung des Medizinsystems	77
	Wunsch nach „mehr“	77
	Kooperation mit SPZ.....	77
	Diskussion.....	77
5.1.3	Frage nach beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel und deren Auswirkungen auf die Frühförderung	78
	Kooperation mit KiTas als niedrighschwelliges Angebot	79
	Weiterbildung.....	79
	Diskussion.....	79
5.1.4	Wie wirken sich leistungsrechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Bestimmungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung aus?	80
	Heilmittelverordnungen	80
	Kooperationsvertrag.....	81
	Förder- und Behandlungsplan	81
	Verändertes Rollenbild	81
	Die besondere Situation interdisziplinär besetzter Frühförderstellen	82
	Diskussion:.....	82
5.2	Ausblick.....	83
5.2.1	Bedenkliche Entwicklungen.....	83
	Netzwerken statt Einzelförderung.....	83
	Tendenz zur Überlastung.....	83
5.2.2	Handlungsbedarfe	84
	Finanzierung	84
	Freiwillige Leistungen des Landes Hessen	84
	Optimierung von Abläufen	85
	Förder- und Behandlungsplan: Verwendung und Bezeichnung	85
	Informationsstand medizinisch-therapeutisches System	85
	Fehlen valider Daten.....	86
	Beseitigung von Inkompatibilitäten einzelner Bestimmungen aus den jeweiligen leistungsrechtlichen Bestimmungen	86
5.2.3	Inhaltliche Fortsetzung der Fachdiskussion.....	87
5.3	Schlussbemerkung	87
6	LITERATUR.....	88
	ANHANG.....	91

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Untersuchung baut auf dem Zwischenbericht der ersten Erhebung des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH/ Mainz (IKJ) im Projekt „Viele Systeme – Eine Leistung“ auf. Die hier zu bearbeitenden Fragestellungen wurden daraus entwickelt, bzw. fanden sich zum Teil schon als Ausblick für diese Folgestudie im Zwischenbericht von 2010 wieder.

1.1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die rechtlichen Grundlagen der Komplexleistung Frühförderung wurden im oben genannten Zwischenbericht bereits zutreffend beschrieben:

„Mit In-Kraft-Treten des SGB IX im Jahr 2001 sind die Früherkennung und Frühförderung für Kinder von Geburt an bis zum Schuleintritt als so genannte Komplexleistung gesetzlich verankert (§ 30 und § 56 SGB IX).

Zielsetzung war es, Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 SGB IX) und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 55 u. § 56 SGB IX) inhaltlich und organisatorisch zusammenzuführen. Leistungen mehrerer Kostenträger und Fachdisziplinen sollten für die Familien aus einer Hand unbürokratisch und schnell zur Verfügung stehen und eine verbesserte und effizientere Förderung von Kindern mit (drohender) Behinderung ermöglichen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde mit den 2001 vorgenommenen Änderungen im SGB IX gesetzlich verbindlich geregelt.

Da auf der Bundesebene Empfehlungen gemäß § 30 Abs. 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Abgrenzung der Leistungen gemäß § 30 SGB IX sowie zur Übernahme und Teilung der Kosten der Komplexleistung Frühförderung nicht abgeschlossen werden konnten, hat der Bundesgesetzgeber von seinem Ermächtigungsrecht Gebrauch gemacht und zum 1. Juli 2003 die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) erlassen. Die Verordnung regelt die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen, die Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den Rehabilitationsträgern und die Vereinbarung der Entgelte. Interdisziplinäre Frühförderstellen sind nach § 3 FrühV:

„familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht.“

Zwischen dem Hessischen Landkreistag, dem Hessischen Städtetag sowie den Verbänden der Krankenkassen in Hessen wurde zum 01.01.2006 eine Vereinbarung zur Umsetzung der Frühförderverordnung geschlossen. Diese Vereinbarung sieht im Abschnitt Finanzierung vor, dass die beteiligten Leistungsträger eine pauschale Aufteilung der Kosten nicht geltend machen. Bezüglich der medizinisch-therapeutischen Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen gelten die Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

Seit dem 01.01.2008 existieren folgende einheitliche Instrumente zur Umsetzung der Komplexleistung in Hessen:

- Vorlage für einen Kooperationsvertrag, der die Zusammenarbeit zwischen Frühförderstelle und niedergelassener Praxis für Kinder mit komplexem Förderbedarf regelt
- Vorlage für einen Förder- und Behandlungsplan, der unter Mitwirkung aller am Prozess beteiligten Fachkräfte Voraussetzung für die Komplexleistung Frühförderung ist und gemäß § 7 FrühV mindes-

tens einmal jährlich fortzuschreiben ist

- Eine Regelung zur „Abgabe medizinisch-therapeutischer Leistungen der Frühförderung in externe Einrichtungen“, welche seitens der Krankenkassen die therapeutische Versorgung in externen Einrichtungen wie einer Kindertageseinrichtung ermöglicht
- Ein Sonder-Institutionskennzeichen als Grundlage für die Dokumentation und Abrechnung medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung.“ (Zwischenbericht IKJ 2010: 4ff)

1.2 ERSTE ERFAHRUNGEN DER UMSETZUNG IN HESSEN

„Mit Beginn der Umsetzungsphase zum 01.01.2008 wurde damit begonnen, die genannten landeseinheitlichen Instrumente (Förder- und Behandlungsplan, Kooperationsvertrag, Regelung zur „Abgabe medizinisch-therapeutischer Leistungen der Frühförderung in externe Einrichtungen“ und Sonder-Institutionskennzeichen) zu implementieren.

Die Erbringung von Leistungen aus einer Hand, wie die der Komplexleistung Frühförderung, stellt sich im Rahmen des gegliederten Leistungssystems in Deutschland als nicht einfach dar“ (Zwischenbericht IKJ 2010: 5; vgl. Sohns 2010: 223ff). Die Zwischenergebnisse der zuvor erbrachten quantitativen Studie „Viele Systeme – Eine Leistung“ verdeutlichen die Komplexität des gegliederten Systems, lassen aber auch ein hohes innovatives Potential der am Prozess Frühförderung beteiligten Akteure vermuten. Differenzierter ihre Schwierigkeiten und ihre bisherigen Problemlösungsstrategien in den Blick zu nehmen, die Bedingungen gelungener (und auch gescheiterter) Kooperation aus der Perspektive aller am Prozess Beteiligten zu erschließen, soll zu einer Klärung der bisher zu beobachteten Umsetzungsschwierigkeiten beitragen.

1.3 AUFBAU DES VORLIEGENDEN PROJEKTBERICHTS

Der vorliegende Bericht ist in fünf Kapitel gegliedert: In dem auf diese Einleitung folgenden Kapitel zwei gehen wir auf die Ziele, die leitenden Fragestellungen und die Forschungsmethoden der Untersuchung ein. Im Hauptteil (Kapitel 3) werden die Befunde zu den drei zentralen Forschungsfragen dargestellt; diese werden ergänzt um den Aspekt der beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel und deren Auswirkungen auf die Frühförderung. Zu jeder dieser Fragen erfolgt eine Zusammenfassung in Kapitel 5.

Wie wir in Kapitel zwei noch ausführlicher darlegen werden, erfolgt die Datenerhebung durch Interviews mit möglichst allen an der Komplexleistung Frühförderung beteiligten Akteuren, das heißt mit Pädagogen/innen, Therapeuten/innen, Kinderärzten/innen und den Eltern. Um möglichst konkrete Auskünfte zu erhalten, wurden die Interviews auf den Prozessverlauf im jeweiligen Einzelfall fokussiert. In der Darstellung in Kapitel drei wurde wiederum von der Fallebene abstrahiert und versucht, die Befunde auf einer allgemeineren Ebene zu systematisieren. In Kapitel vier erfolgt dann eine

exemplarische Einzelfallanalyse. Wir haben dazu den Fall „Mio“ gezielt ausgewählt, weil wir die Gelingensbedingungen einer „best practice“ in Kapitel drei bereits deutlich haben herausarbeiten können. Das Fallbeispiel hingegen ist von besonderen Schwierigkeiten gekennzeichnet und es muss hier von einer missglückten Kooperation gesprochen werden. Wir haben uns für die Darstellung dieses Fallbeispiels entschieden, weil hier alle im Gesamtbild der Untersuchung identifizierten sensiblen Problemfelder der Komplexleistung Frühförderung besonders prägnant vorzufinden sind. Obwohl eine „best practice“ in den meisten Fällen trotzdem gelingt, so zeigen sich hier aber jene Strukturen und Zusammenhänge besonders deutlich, die dann tatsächlich zu den unerwünschten Konsequenzen führen können, die vielerorts von den Interviewpartnern/innen bisher nur befürchtet werden.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass wir eine hohe Zufriedenheit und positive Einstellung aller befragten Beteiligten zueinander festgestellt haben. Dabei ist allerdings nicht ganz auszuschließen, dass dies auch auf eine selektive Zusammensetzung der Stichprobe zurück zu führen ist.

Wir schließen den Bericht in Kapitel fünf mit einem Gesamtfazit und einem Ausblick, um die Ergebnisse zusammenzufassen und ihre Bedeutung für die Komplexleistung und Frühförderlandschaft in Hessen zu diskutieren.

2 ZIELE UND METHODEN DER EVALUATION

2.1 ZIELE UND LEITENDE FRAGESTELLUNGEN

Ziel der Evaluation ist es, Umsetzungsfragen, Schwierigkeiten und Effekte der Komplexleistung Frühförderung in Hessen anhand von Fallstudien zu dokumentieren.

Im Einzelnen sollen weiterhin folgende schon im Zwischenbericht aufgeführten Ziele verfolgt werden:

- **„Beitrag zur Klärung der Umsetzungsfragen und –probleme**
Die Untersuchung sollte den hessischen Frühförderstellen und ihren Kooperationspartnern zu größerer Klarheit verhelfen in Bezug auf:
 - a) die Hauptursachen ihrer Umsetzungsfragen und -probleme und
 - b) die Möglichkeiten und Grenzen der Problemlösungen vor Ort.Im Bereich Frühförderung liegt zwar eine aktuelle bundesweite Untersuchung vor¹, sie richtet aber den Fokus nicht auf die Einbindung des niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Systems und der ärztlichen Leistungserbringer. Daher soll in der vorliegenden Untersuchung auch eine Fokussierung auf dieses System realisiert werden.
- **Austausch über Lösungsansätze**
Die Untersuchung hat zum Ziel, den Austausch unter den Beteiligten in Hessen hinsichtlich gelungener Lösungsansätze zu fördern. Durch eine differenzierte Betrachtung innerhalb der einzelnen Systeme sowie in ihrem Zusammenspiel sollten Wissen und Arbeitsverständnis unter den Beteiligten gestärkt werden, um so zwei grundlegende Voraussetzungen für gute Zusammenarbeit zu realisieren.
- **Empfehlungen**
Die Untersuchung soll Anregungen und konkrete Hinweise für das System Früher Hilfen in Hessen liefern, mit welchen Maßnahmen und möglichen Veränderungen die Umsetzung der Komplexleistung und die intendierten Ziele verstärkt erreicht werden können.“ (Zwischenbericht IKJ 2010: 6)

Weiterführend ergaben sich im Rahmen der ersten quantitativen Erhebung folgende Forschungsfragen, die als handlungsleitend für die vorliegende qualitative Untersuchung galten (vgl. Zwischenbericht IKJ 2010: 33):

- **Welche organisatorischen und fachlichen Arbeitsprozesse haben sich in der Praxis bewährt, um die Kooperation aller Verfahrensbeteiligten anzubahnen und fortzuschreiben?**
- **Wie beurteilen die Eltern/Personensorge-, Anspruchsberechtigten das Angebot und die Leistung des Systems insgesamt und seine Teile?**
- **Wie wirken sich (leistungs-)rechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Bestimmungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung aus?**

¹ Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008)

Ziel der Evaluation ist es daher einerseits, direkt umsetzbare Empfehlungen abzuleiten und andererseits neue Fragestellungen und mögliche Problembereiche zu identifizieren, die in einer Folgeuntersuchung vertieft, bzw. in größerer Breite bearbeitet werden können.

Für den Begriff der Evaluation gilt, dass er ebenso wie „Qualität“ inflationär gebraucht wird und viele Bedeutungen umfasst. Da es hier aber immer um Bewertungen und damit um Werturteile geht, dürfen die Interessen nicht verborgen werden: Was soll zu welchem Zweck von wem wie evaluiert werden (vgl. Kromrey 2006)?

2.2 BETEILIGTE AN DER UNTERSUCHUNG

Auftraggeber der vorliegenden Evaluation sind das Hessische Sozialministerium² und die Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung Hessen e.V. (VIFF). Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertretern/innen beider Auftraggeber, der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen und des Instituts für Sonderpädagogik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt (Durchführung: Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung).

2.3 METHODE

Das gesamte Projekt basiert auf einem zweistufigen methodischen Vorgehen. Mit einer schriftlichen Befragung und überwiegend quantitativer Erhebungsmethodik wurde im ersten Teil der Untersuchung im Jahr 2009 eine große Anzahl von Praktikern/innen befragt. Im zweiten vorliegenden Teil der Evaluation erfolgte eine Vertiefung ausgewählter Themenbereiche mit qualitativen Erhebungsmethoden. Zur Untersuchung von Prozessen auf den Ebenen der interdisziplinären Kooperation, der Einrichtungen (besonders in Bezug auf strukturelle Bedingungen der Qualität interdisziplinär besetzter, bzw. kooperierender Frühförderstellen) und der Effekte auf die Familien selbst, wurde sich für die Erhebung von zwölf Fallstudien entschieden, von denen eine exemplarische Einzelfallanalyse in Kapitel vier vorgestellt wird. Alle weiteren Ergebnisse fließen in die Beantwortung der Leitfragen in Kapitel drei ein.

Entlang der von der o.g. Arbeitsgruppe formulierten Interessenschwerpunkte und basierend auf den Ergebnissen der ersten Erhebung wurden fünf Interviewleitfäden (siehe Anhang) erstellt, die ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen gewährleisten sollten (vgl. Gläser/Laudel 2009, Friebertshäuser/Prenzel 1997). Es galt, die einfließenden Bedingungsfaktoren in ihrer fallspezifischen Beeinflussungsreichweite zu identifizieren und essentielle Problem- und Gelingensfelder herauszuarbeiten. Dazu wurden die Prozessverläufe im Anschluss möglichst multiperspektivisch rekonstruiert – zum einen um Aussagen über die Wirksamkeit der Komplexleistung treffen zu können, zum anderen um die Gelingensbedingungen erfolgreicher Kooperation präziser erfassen zu können.

² Ministeriumsname noch während der Projektanfangsphase: „Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit“. Umbenennung in „Hessisches Sozialministerium“ seit 31.08.2010.

In der Rekonstruktion der erhobenen Fälle wurde der Fokus auf die Kontaktaufnahme, die Zielsetzung, das Arbeitsbündnis, die Diagnostik und die Intervention selbst gelegt.

Insbesondere die Auswirkungen der Interventionen auf die Klienten, ihre Einstellungen und Bedürfnisse galt es im Evaluationsprozess zu berücksichtigen.

2.3.1 Stichprobe und Datengrundlage

Darüber hinaus wurden bei der Stichprobenziehung folgende Aspekte berücksichtigt, von denen zu erwarten war, dass sie mit unterschiedlichen Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätzen der Praxis zusammenhängen:

- städtische vs. ländliche Region
- interdisziplinär besetzte (und zugleich immer auch kooperierende) vs. interdisziplinär kooperierende Frühförderstellen

Angestrebt wurde eine Stichprobe, die sich wie folgt zusammensetzen sollte:

Feld	Nord	Süd	Mitte
Interdisziplinär besetzte Frühförderstelle	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern
Interdisziplinär kooperierende Frühförderstelle	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern	n=2 kontrastierende Fälle, Interviews mit: - Arzt/Ärztin, - Therapeuten/innen, - Frühförderer/in, - Eltern

Tab. 1: Geplante Stichprobe

Aufgrund organisatorischer Umsetzungsschwierigkeiten bei der Stichprobenziehung konnten die regionalen Kategorien Nord, Süd, Mitte Hessens nicht eingehalten werden. Im gesamten Erhebungszeitraum konnte dennoch eine Situations- und Problemanalyse für n= 12 Fallstudien erfolgen (je sechs Fälle in beiden Einrichtungsformen, je zwei Fälle pro Frühförderstelle) und in die Datenerhebung die Perspektiven folgender Akteure einbezogen werden:

- Frühförderpädagogen/innen,
- Intern angestellte und extern kooperierende Heilmittelerbringer,
- Eltern,
- Kinderärzte/innen.

Als Datenbasis liegen insgesamt 44 Interviews vor, davon:

- 10 leitfadengestützte Interviews mit Frühförderpädagogen/innen (5_IK/5_IB)

- 7 leitfadengestützte Interviews mit intern angestellten Therapeuten/innen,
- 8 leitfadengestützte Interviews mit extern kooperierenden Therapeuten/innen,
- 12 leitfadengestützte Interviews mit Eltern,
- 7 leitfadengestützte Interviews mit Kinderärzten/innen,
- Protokoll des Gesprächs mit einer Kinderärztin.

Die qualitative Auswertung konnte sich demnach auf vielseitiges und umfangreiches Kommunikationsmaterial beziehen.

2.3.2 Auswertung

Für die Auswertung der Interviews wurde das Programm MAXQDA zur computergestützten Analyse qualitativer Daten genutzt. Die Möglichkeit der methodisch kontrollierten Typenbildung wurde zugunsten eines möglichst facettenreichen Bildes des Untersuchungsfeldes zurück gestellt (vgl. Kuckartz 2004: 11ff). Bei der Analyse und Auswertung wurde vorwiegend auf die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1983, 2000) zurückgegriffen, deren Grundsatz es ist, das Auswertungsvorgehen, Strategien und Kategorien in Auseinandersetzung mit dem Material zu entwickeln. Hierdurch ist eine fundierte Datenbasis entstanden, auf deren Grundlage die o.g. Prozesse nachgezeichnet werden konnten.

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden wir auf Originalaussagen der Interviewpartner/innen zurückgreifen. Basis der Auswertung war die wörtliche Transkription aller Interviews. Die im Folgenden wiedergegeben Passagen sind der besseren Lesbarkeit willen teilweise sprachlich überarbeitet bzw. sinngemäß paraphrasiert worden.

2.3.3 Anonymität

Um die Anonymität der Interviewpartner/innen und Frühförderstellen zu wahren, wurden alle personen- und einrichtungsbezogenen Daten verändert. **Alle Namen, insbesondere innerhalb der wörtlichen Zitate, wurden durch Pseudonyme ersetzt** und zur Referenz der wörtlichen Zitate wurde die folgende Nomenklatur verwendet: (nXhY, i)

- wobei n für die Einrichtungsform steht (IK: interdisziplinär kooperierende Frühförderstelle, IB: interdisziplinär besetzte Frühförderstelle)
- X steht für die Frühförderstelle und kann Werte von eins bis sechs einnehmen,
- für den Buchstaben h steht das Kürzel der Funktion des/der Interviewpartners (F: Frühförderer/in, L: Logopäde/in, ET: Ergotherapeut/in, P: Physiotherapeut/in, K: Kinderarzt/ärztin, E: Eltern)
- Y steht für die Fallnummer innerhalb der Einrichtung (1 oder 2) und
- i steht für die Absatznummer des Transkripts.

Der Verweis (IB3F2, 5) bezieht sich demnach auf den zweiten Förderfall in einer interdisziplinär besetzten Einrichtung (Nummer 3). Interviewpartner/in ist die Frühförderpädagogin/in und die zitierte Aussage ist in Absatz 5 enthalten.

2.3.4 Kommunikation und Kontaktaufnahme

In der vierten und damit ersten Phase der vorliegenden Untersuchung wurden alle von der Komplexleistung betroffenen 41 Frühförderstellen Hessens angeschrieben (siehe Anlage) und darauffolgend über Telefon zu ihrer Teilnahmebereitschaft mehrfach befragt. Wir entschieden uns für eine Weiterleitung unserer Anfrage durch die Frühförderstellen an ihre Familien. Die daraus resultierenden Selektionseffekte waren unvermeidlich und müssen daher in der Interpretation berücksichtigt werden. Von einer Weiterleitung an die Kooperationspraxen durch die teilnehmenden Frühförderstellen wurde Abstand genommen, um weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden. Die Kontaktdaten erhielten wir über die Familien und/oder Frühförderstellen, so dass an alle am Fall beteiligten therapeutischen und kinderärztlichen Praxen je ein Anschreiben versendet wurde (siehe Anlage) und in Folge der telefonische Kontakt gesucht werden konnte.

2.3.5 Zeitplan

Phase 4	Phase 5	Phase 6
Planung und Entwicklung: <ul style="list-style-type: none"> - Problemanalyse - Entwickeln von 5 Interview-Leitfäden, - Auswahl der Interviewpartner/innen, - Terminvereinbarungen - Austausch mit Auftraggebern 	Qualitative Erhebung: Durchführung der Interviews mit: <ul style="list-style-type: none"> - Ärzten/innen - Therapeuten/innen - Frühförderern/innen - Eltern Qualitative Inhaltsanalyse: <ul style="list-style-type: none"> - Transkription - Datenmanagement, - Auswertung und Diskussion der gesamten Ergebnisse 	Dokumentation: Erstellung des Abschlussberichts und einer Präsentation
August 2010	September – Dezember 2010	Januar 2011

3 ERGEBNISSE

Es folgt nun die Bearbeitung der drei Leitfragen, die zum besseren Überblick an dieser Stelle erneut aufgeführt werden und die um eine weitere, in der Projektdurchführung an Relevanz gewonnenen Fragestellung nach beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel (3.3) ergänzt wurde:

1. Welche organisatorischen und fachlichen Arbeitsprozesse haben sich in der Praxis bewährt, um die Kooperation aller Verfahrensbeteiligten anzubahnen und fortzuschreiben?
2. Wie beurteilen die Eltern/Personensorge-, Anspruchsberechtigten das Angebot und die Leistung des Systems insgesamt und seine Teile?
3. Frage nach beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel und deren Auswirkungen auf die Frühförderung.
4. Wie wirken sich leistungsrechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Bestimmungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung aus?

3.1 BEWÄHRTE KOOPERATIONSFÖRDERNDE VERFAHRENSWEISEN

Im Folgenden wird der oben genannten Frage nachgegangen, welche organisatorischen und fachlichen Arbeitsprozesse sich in der Praxis bewährt haben, um die Kooperation aller Verfahrensbeteiligten anzubahnen und fortzuschreiben.

3.1.1 Vermittlungsquote und Förderbeginn

In den von uns erhobenen Fällen wurden sechs der zwölf Kinder durch den Kindergarten an die Frühförderstellen vermittelt, von diesen bekamen zwei Familien die Frühförderung zusätzlich durch schon im Fall eingebundene Therapeuten/innen empfohlen.

Drei Familien wurde die Frühförderstelle durch die jeweiligen Kinderärzte/innen angeraten, zwei von ihnen schon direkt nach der Geburt. Zwei Familien sind über ein Sozialpädiatrisches Zentrum an die Frühförderstellen gelangt, nur eine Familie über das Jugendamt und den schon behandelnden Therapeuten. Diese Verteilung entspricht insgesamt der Beurteilung aller befragten Frühförderstellen nach einer allgemeinen Einschätzung der Vermittlungsquote. Dass ein Großteil der Kinder erst im Kindergartenalter zu ihnen gelangt, schätzen alle dazu befragten Experten als viel zu spät ein (vgl. zum Thema auch Klein 2010: 49ff). Kritisieren insbesondere die Eltern einen Mangel in der Versorgung durch die Kinderärzte/innen, sehen dagegen pädagogische Frühförderer/innen einen Zuwachs an Initiative durch die Kinderärzte/innen, insbesondere wenn diese interdisziplinär gut eingebunden sind und man einander kennt:

„die von den Kinderärzten kommen aber immer mehr, je mehr wir die interdisziplinär einbinden und die uns kennen.“ (IK4F2, 21)

Zwei der von uns befragten Kinderärzte/innen sehen sich eindeutig in einer Vermittlerrolle, d.h. sie versuchen den Eltern Ängste und Hemmungen zu nehmen, geben ihnen Adressen der jeweiligen Frühförderstelle und vermitteln teils direkt durch eine erste telefonische Kontaktaufnahme in ihrer Praxis. Zwei der befragten Kinderärzte/innen stellen ein strukturelles Manko in der Versorgung fest, das sich besonders daran zeige, dass die Familien in der Zeit vor Kindergartenbeginn über weite Strecken unversorgt seien:

„Also, zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr ist auch keine Vorsorge. Da ist ein Jahr lang im Prinzip ein Nirvana. Die Eltern sind in völlig freiem Fall. Eigentlich müsste man sie gerade in diesem 2. Lebensjahr an die Hand nehmen und sagen: Passt auf! Jetzt passiert: (...) in diesem Lebensjahr. Und das macht ihr so (...). Pecip – Gruppen sind ganz früh am Anfang aber später finden die dann nicht mehr statt. Im 2. Lebensjahr fällt das Kind in den Brunnen.“ (IK5K2, 274)

3.1.2 Wartelisten und Einleitung der Komplexleistung

Kritisch betrachtet werden vielfach die langen Wartelisten einiger Frühförderstellen, die gerade im pädagogischen Angebot in Einzelfällen zu einer Wartezeit von bis zu einem Jahr andauern können³. Einige Frühförderstellen verfahren hier bedarfsorientiert; in einer Einrichtung werden vergleichsweise kurze Wartezeiten ermöglicht, indem fast ausschließlich Fallsteuerung betrieben wird, statt individueller Förderung der Kinder. Sie können dadurch trotz sehr hohem Andrang zeitnah und prioritär arbeiten, doch führt es zu einem erhöhten Betreuungswechsel und einem Fokus auf Quantität, der nicht immer auch Qualität gewährleisten kann:

„Bedeutet aber auch an anderen Stellen, wir können nicht alles gleichzeitig machen, eine qualitative Veränderung, sag ich jetzt mal neutral, manchmal auch eine Verschlechterung. Wenn sie wirklich ein Kind eins-zu-eins sehen wollen, das ist nicht unser Job.“ (IK4F2, 108)

Insbesondere Kinderärzte/innen heben positiv die Frühförderung als niedrighschwelliges Angebot hervor und wünschen sich bezüglich langer Wartelisten mehr personelle Kapazitäten für die Einrichtungen.

In den sechs untersuchten Frühförderstellen wird die Komplexleistung grundsätzlich wie folgt initiiert: In drei Einrichtungen durch den/die aufnehmende/n Mitarbeiter/in, in zwei Einrichtungen grundsätzlich durch die Einrichtungsleitung, da diese auch die Erstgespräche führen und in einer weiteren durch die dort angegliederte Konsiliarärztin. Kritisiert werden von einer Frühförderin die langen Zeitabstände (bedingt durch die Warteliste) zwischen erstem Ausfüllen des Förder- und Behandlungsplans und dem tatsächlichen Förderbeginn, da sich in der Zwischenzeit Vieles in der Familie und beim Kind verändern kann. Der Beginn der Förderung als Komplexleistung wird in den meisten untersuchten Fällen von allen Beteiligten als positiver Moment beschrieben, in dessen Folge eine schnelle Verdichtung des Netzes für die Familie und das Kind als besonders wichtig hervorgehoben wird. Ein gelungenes Beispiel für diesen Prozess wird im folgenden Zitat deutlich:

³ Noch findet sich hierzu keine gesicherte Datenlage und es wären quantifizierende Folgeuntersuchungen erforderlich.

„Bei der Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum stellte sich dann eben raus, dass da ein Verdacht auf eine geistige Behinderung besteht und dem daraus resultierend eben autistische Verhaltensweisen. (...) Daher wurde sie dann einfach bei uns aufgenommen. Und dann bin ich im Februar in die Familie gekommen, das erste Mal und meine Kollegin, die Ergotherapeutin hier aus unserer Einrichtung auch. Also das konnten wir zum Glück sehr zeitnah der Familie anbieten. Drei Wochen später hatte ich dann auch meinen ersten Termin im Kindergarten, wo zu dem Zeitpunkt schon unsere heilpädagogische Fachberatung auch aktiv geworden war, um die zu unterstützen, weil ganz schnell klar war, da ist ein Integrationsbedarf und ein Beratungsbedarf der Erzieherinnen. Weil die vorher auch noch nicht integrativ gearbeitet haben. Also es war sozusagen eine ziemlich schnelle Verdichtung. Ja. Das ist eigentlich, so im Nachhinein betrachtet gut gelaufen ja. Ja.“ (IB3F2, 22)

Konsens über Förderbedarf

Frühförderer/innen und Kinderärzte/innen beurteilen die interdisziplinäre Abstimmung in der Eingangsphase oft dann als positiv, wenn insgesamt ein Konsens über den Förderbedarf besteht. Bestehen in einem Fall Diskrepanzen, wird von einem Kinderarzt die gesamte Frühförderstelle in Frage gestellt und die eigene Praxis in Konkurrenz gesetzt:

„Also, für mich war lange Zeit die Frühförderstelle eher so, wo ich sagte: naja, da will ich eigentlich gar nichts mit zu tun haben. Der Aufhänger war damals der gewesen, dass sie damals ein massiv hochbegabtes Kind überhaupt nicht als solches registriert haben, akzeptieren wollten und da gab's einfach keine Förderung. Und da dachte ich, wenn Förderung nur in eine Richtung geht, irgendwie finde ich das ein bisschen schräg - außerdem wir machen ja die meisten Sachen hier, mit der Abstimmung bin ich ja im Prinzip so was wie ein kleines Frühförderzentrum. Ja!“ (IK5K2, 69)

Persönlicher Austausch

Der persönliche Kontakt sei enorm wichtig, so fast alle Beteiligten. Auch schon in der Eingangsphase werden insbesondere die kurzen Wege innerhalb der interdisziplinär besetzten Einrichtungen als förderlich für Absprachen und inhaltlichen Austausch geschätzt. Als wünschenswert für die Eingangsphase wird aber auch hier vielfach ein strukturell fest verankerter Austausch formuliert. Allein die potentielle Möglichkeit werde dazu selten genutzt, aus eigener Überlastung, aber auch aus Rücksicht auf die starke Arbeitsbelastung der Kollegen/innen:

„Vor Behandlungsbeginn. (6 Sekunden) Na gut. Man ist es nicht anders gewöhnt, aber ich denke, noch mehr wäre schon besser gewesen, ja. Beziehungsweise dann auch, wenn man dann schon drinnen, oder gerade angefangen hat, so die ersten Stunden gemacht hat, das man da noch mal stärker begleitet wird, in irgend einer Form oder es da Möglichkeiten zum Austausch gegeben hätte. Man hat natürlich immer die Möglichkeit zu sagen: „du Marianne also Frau Bernhardt, ich brauche ein Gespräch.“ Man hat auch die Möglichkeit, in der Supervision Fälle einzubringen und zu besprechen. Aber für mich persönlich ist es noch mal so eine größere Hürde, als wenn man dann sagt, man macht automatisch noch mal ein Gespräch, also wenn es so fest steht oder, ja. So ein extra Gesprächstermin noch mal so initiiert so im Alltag, das macht man eigentlich selten. Man versucht, sich dann irgendwie durchzuwurschteln oder reinzufinden. Ich denke, gerade in Nathalies Fall, da wäre es noch mal einfacher gewesen oder wäre es für mich schöner gewesen, wenn man mit anderen Kollegen sich noch mal zusammen hätten setzen können. Ja wenn das irgendwie. (I: wenn so was in einer, irgendwie strukturell fest installiert wäre, statt dass man das selber?) Genau, genau. Natürlich die Kollegin hätte sicherlich nichts abgelehnt, aber man denkt ja, man muss es halt irgendwie machen und die hat auch ihre Kinderanzahl und ihre Therapien zu leisten und auch wenig Zeit.“ (IB1F1, 86-88)

An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass in den wenigsten von uns untersuchten Fällen ein interdisziplinärer Austausch schon vor Förderbeginn stattfand. Dies wird jedoch von den meisten Befragten auch kaum für nötig erachtet. Vielfach ist ein Erstkontakt mit der Familie und dem Kind erwünscht, bevor man sich austauscht (siehe Kapitel 3.4.5). Doch gerade im Fallbeispiel (Kapitel 4) wird der Sinn einer regelhaften Abstimmung offenkundig.

3.1.3 Runder Tisch

Häufigkeit

Fast alle Frühförderstellen geben an, sich regelmäßig um die Organisation runder Tische zu bemühen, die auch häufig von Kindergärten einberufen werden. Eine externe Therapeutin bemerkt hierzu kritisch, dass die Kindergärten nicht immer an der Teilnahme externer Therapeuten/innen interessiert seien und diese Berufsgruppe dann auch nicht einladen:

„Es ist nicht grundsätzlich so, dass die Therapeuten mit eingeladen werden. Also ich bestehe dann teilweise darauf, dass ich da auch Bescheid bekomme. Im Kindergarten ist es oftmals auch so, dass von den Erziehern das gar nicht gewünscht ist, dass die Therapeuten sich da einmischen, weil's da um was ganz anderes geht, um einen pädagogischen Ansatz (...) so passiert es oftmals, dass man erst hinterher von dem Gespräch erfährt und denkt: Da wäre ich gerne mal dabei gewesen. Einfach um auch zu erfahren: Wie ist denn das Kind im Kindergarten? Ich kann Vieles erzählen oder ich kann hier in Einzelsituation auch Vieles machen, was das Kind auch tut aber es überträgt` s nicht in den Kindergarten, in die Gruppe. Und das ist dann schwierig.“ (IK6P1, 98-102)

Die meistgenannten Abstände zwischen den runden Tischen liegen zwischen einem halben Jahr und Jahr, wobei häufig angegeben wurde, dass in jedem Fall einmal jährlich eingeplant und bei Bedarf weitere Termine vereinbart werden – und dies frühzeitig, am Besten werde der anschließende Termin direkt am runden Tisch abgestimmt. Nur in zwei Einrichtungen wurde die Notwendigkeit auf Extremfälle beschränkt, da der Aufwand nicht leistbar sei:

„wir können das gar nicht leisten, also das kann man wirklich nur, wenn das familiär gravierende Folgen annimmt, dass man sagt, so jetzt müssen wir mal 'ne größere Runde machen, um da einfach noch mal 'n gemeinsamen Weg zu erarbeiten.“ (IK6F2, 55)

Kosten – Nutzen

In den im vorigen Abschnitt erwähnten zwei Einrichtungen wird von durchweg allen befragten Angestellten der Organisationsaufwand eines runden Tisches problematisiert:

„Sie glauben gar nicht, wie viele Stunden Sie rumtelefonieren, bis Sie einen Termin zusammen kriegen. Es gibt ja Familien, da sind zehn Institutionen drinnen, zehn verschiedene Personen: Institutionsambulanz, Ärzte, zum Teil Krankengymnasten, auch Pflegedienste, die dann vielleicht auch mit dazu geholt werden müssten, wo die Kinder so sehr pflegebedürftig sind. Da haben sie dann zehn zwölf dann irgendeine Frühförderstelle für Wirbelschädige oder Blinde dann noch dabei haben, da haben wir also zwölf, fünfzehn Leute. Bis Sie die alle unter einem Hut haben zu einem Termin, das ist unsagbar viel Zeit, das zusammen zu telefonieren. Das ist also immer ein wahnsinniger Aufwand, der sich rentiert, ohne Frage, aber der im Alltag äußerst schwer ist.“ (IB1ET1, 10)

Insbesondere der durch runde Tische bedingte Ausfall von Förder- und Therapiestunden wird kritisiert, da zum einen die Therapeuten/innen der betroffenen interdisziplinär besetzten Frühförderstelle einem starken Leistungsdruck an Therapieeinheiten unterliegen, sie zum anderen die Förderung der Kinder selbst nicht vernachlässigen wollen:

„Große Runden heißt, ich denke, es rübergebracht zu haben, dass mein und der Stundenplan anderer Therapeuten nun mal sehr eng ist. Da hatte ich diese Woche eine große Runde und dafür sind drei andere Kinder ausgefallen. Gut, ohne Worte! Ich denke, das ist ne rein finanzielle Sache und ich finde, das ist schlimm. Mir tut` s auch leid, ja? Ich hab ihnen vorher die Kinder gezeigt, die sind ausgefallen diese Woche. Und ausgerechnet Kinder, die schwerer behindert sind. Das passt nicht zu meinem Grundverständnis von Beruf.“ (IB1L1, 10)

Inhalte

Doch in der Regel werden die Zusammenkünfte mit den aktuell am Fall Beteiligten genutzt, um Wünschen und Bedürfnissen der Eltern Raum zu geben, die aktuelle (Förder-) Situation des Kindes mehrperspektivisch zu betrachten, gemeinsame Zielabsprachen und Vereinbarungen für die Zukunft zu treffen und Formalitäten wie den Förder- und Behandlungsplan gemeinsam abzustimmen.

Von durchweg allen Beteiligten werden die runden Tische als der Raum benannt, in dem die Eltern in gemeinsame Zielabsprachen eingebunden werden. Von Seiten einer externen Therapeutin wird hervorgehoben, dass der runde Tisch die Möglichkeit bietet, gemeinsam den Eltern ungewollte Perspektiven aufzeigen zu können:

„Die Mutter war der Meinung, das Kind müsse auf die Sprachheilschule. Und dann hab ich schon auch gesagt, ich sehe das Kind nicht auf der Sprachheilschule, weil das doch zu viel ist. Und wenn dann alle dann auch sagen: Ja, das sehen wir auch und dabei eine Sprache sprechen und dann auch noch mal Beispiele aus dem Kindergartenalltag oder Beispiele aus der Frühförderung dazu geben können, dann ist das irgendwie griffiger.“ (IK5L1, 136)

Für sinnvoll wird von externen Heilmittelerbringern/innen das Protokollieren der Sitzungen erachtet, um alle Beteiligten an das Besprochene zu binden und um über die Abstände zwischen den Treffen hinweg anschlussfähig zu bleiben.

Einbindung der Schulen

Als sehr förderlich wird von vielen Beteiligten zum Thema Einschulung die rechtzeitige Einbindung der Grundschulen benannt. Regelmäßig umgesetzt wird dies bisher in nur einer der befragten Frühförderstellen:

„Mit den Schulen ist es so, ein Jahr bevor die Kinder schulpflichtig werden, haben wir die Förderschulen mit drin. Wenn` s geht – gibt` s aber fast gegen null nur - sitzen auch schon die zukünftigen Klassenlehrerinnen mit im Boot (am runden Tisch, Anm. N.M.). Weil es ist was anderes, wenn ich was lese oder wenn wir alle zusammensitzen und die Informationen zusammentragen und die betroffenen Lehrer, Lehrerinnen, Förderschulen sind beteiligt. Das ist völlig anders.“ (IK4F2, 43)

Von Seiten einer externen Therapeutin wird deutlich der Wunsch an die Komplexleistung formuliert, diese Zusammenarbeit in Bezug auf die so wichtige und oft heikle Schulfrage zu intensivieren und

schon vorhandene Netzwerke zwischen Kindergarten und Schule zu nutzen (vgl. zum Thema auch Opp et al 2006: 105ff; DGfE 42/2011: 125).

Gesicherte Finanzierung

Als besonders wichtig und die Kooperation auslösend beschreiben die Frühförderer/innen eine gesicherte Finanzierung der runden Tische durch die Honorarabrechnung mit kooperierenden Therapeuten/innen und Kinderärzten/innen. Leert sich ein Topf frühzeitig, tritt eine ungünstige Situation für die Beteiligten ein. Trotz der Erfahrung, dass Therapeuten/innen, teils auch Ärzte/innen es ggf. auf sich nehmen und ohne Entlohnung an runden Tischen teilnehmen, ist das Signal doch kontraproduktiv, wenn es lautet: Bei erfolgreicher Vernetzung gehen Sie irgendwann leer aus:

„In diesem Jahr war das so, dass wir glücklicherweise unheimlich viele Therapeutenhonorare abrechnen konnten, dass sehr viele Menschen auch wirklich immer anwesend und präsent waren zu den interdisziplinären Runden, was dazu geführt hat, dass der Topf vorzeitig leer war, d.h. ich konnte in den letzten sechs Wochen keine Aufwandsentschädigung weder den Ärzten noch den Therapeuten geben. Das ist wirklich ein riesiges Problem, was die Komplexleistung auch dann zunichte macht.“ (IK4F1, 46)

Auch die hiervon betroffenen Therapeuten/innen beklagen den vorübergehenden Notstand. Sie bezeichnen deshalb ihr weitergehendes Engagement als Ehrenamt, Hobby und ihre Art von Sozialarbeit. Ihnen liegt viel an dem interdisziplinären Austausch und den Familien, sie fühlen sich teils persönlich involviert, doch die Situation ist ein Störfaktor in der bisher gelungenen Zusammenarbeit:

„Theoretisch könnte ich sagen, tut mir leid, also, den Ausfall kann ich mir einfach nicht leisten. Aber ich bin persönlich involviert in der ganzen Sache, weil ich von Anfang an mit dabei bin, mache ich das. Aber ich finde das nicht gut. Auch der Krankengymnast oder die Logopädin, die sagen irgendwann: Nee, also ich sitz hier 1 1/2 Stunden, das sind für mich, wenn ich in der Praxis arbeite, fast ein Hunderter, den ich an die Backe schmiere. Das ist einfach nicht tragbar. Das wäre z.B. ein Punkt, der ganz wichtig ist, wenigstens in einer angemessenen, ich will ja nicht den gleichen Stundensatz haben. Den gab's ja sowieso nicht. Die hatten eh ne Pauschale. Aber das ist eine angemessene Sache. Und das ist auch ein Zeichen dafür, dass man gewollt ist und das auch will. Ja? Ich denke mir, man entkräftet sich selbst dadurch, indem man sagt: wir haben kein Geld mehr, ob ihr nun kommt, das ist euer Problem.“ (IK4ET2, 114-118)

Andere befragte Therapeuten/innen beschreiben das Honorar als insgesamt knapp bemessen. Eine Praxisinhaberin bedauert, dass gegebenenfalls die Teilnahme einer zweiten Mitarbeiterin finanziell nicht berücksichtigt wird. Insgesamt wird jedoch das Honorar als finanzielle Anerkennung durchaus geschätzt, gerade weil es für klare Verhältnisse innerhalb einer zuvor ungeklärten „grauen Abrechnungszone“ sorgt. Die meisten befragten Praxisinhaber/innen unterstützen die Teilnahme ihrer Mitarbeiter/innen an runden Tischen zusätzlich, indem sie die Kosten einer zusätzlichen Stunde Arbeitszeit aus Eigenmitteln selbst übernehmen.

Teilnahme der Kinderärzte/innen

Nicht einfach gestaltet sich die Teilnahme der Kinderärzte/innen an den runden Tischen. Insbesondere der Zeitmangel verhindert eine regelmäßige Anwesenheit. Die Frühförderer/innen nutzen unterschiedliche Möglichkeiten des Entgegenkommens, so dass folgende, eine Teilnahme unterstützende Maß-

nahmen genannt werden: Termine werden frühzeitig geplant und zeitlich passend gelegt, insbesondere Mittwoch nachmittags oder in die Abendstunden, was jedoch zu Überstunden der beteiligten Berufsgruppen führt. Die Termine werden teils auf eine Stunde begrenzt, da erfahrungsgemäß ein offenes Ende zu unverhältnismäßig langen Sitzungen führt. Den Kinderärzten/innen werden Fahrtwege abgenommen, indem die Treffen gegebenenfalls in der Arztpraxis stattfinden. Zwei Einrichtungen laden die Kinderärzte/innen nach Rücksprache überhaupt nur noch bei besonderem Bedarf ein. So wissen die Ärzte/innen, dass Ihre Anwesenheit tatsächlich dringend erforderlich ist. Als förderlich erweist sich auch hier meist der persönliche Kontakt. Besonders die Kinderärzte/innen nehmen an den runden Tischen teil, die persönlich bekannt und interdisziplinär gut eingebunden sind:

„Von den Runden Tischen her. Ja, das ist unterschiedlich bei den Kinderärzten, je nach Zeitbudget. Also, es gibt welche, die können sich gut freischaufeln und die sind sehr motiviert. Die kennen uns auch gut. Ich glaube, die kennen einfach dann Personen hier und dann ist das für sie auch klarer. Es sind aber auf jeden Fall deutlich mehr Kinderärzte, zu denen wir Kontakt haben und die sich auch hier melden und sich Rücksprache wünschen bezüglich verschiedener Kinder. Also, das hat sich schon auch verändert.“ (IK5F1, 90)

Einige Kinderärzte/innen äußern, dass sie bereits über die immer wieder zwischendurch stattfindende Zusammenarbeit mit den einzelnen Beteiligten ausreichend informiert seien und die runden Tische keine neuen Erkenntnisse für sie brächten, sondern eine zeitliche Mehrbelastung darstellen:

„Runder Tisch ist ja immer gut und schön. Man muss nur sehen, wie viel Arbeitskraft das bindet, so eine Sitzung. Allein schon die Absprache im Vorfeld. Ja? Und dann Termine, müssen Termine verschoben werden von Behandlungen und so weiter und so fort. Sich gemeinsam mal hinzusetzen, zu sehen wie läuft es bei denen, wie läuft es bei den anderen, ist sicherlich sinnvoll, hab ich hier aber sowieso. Nee, also da kommt so wahnsinnig viel Neues für mich in der Regel bei einem runden Tisch nicht rum. Weil die Ergebnisse weiß ich ja eh schon, die Fortschritte. Oder eben auch die Probleme, wo es gehapert hat, wo es nicht weiter gegangen ist. Ja und man muss einfach sehen, das ist ein riesen Zeitfaktor. Das ist ein echter Zeitfaktor.“ (IB1K1, 58)

Andere Befragte sehen durchaus einen Nutzen. Nicht unbedingt für sie selbst, sondern gerade für die Eltern seien solche Runden wichtig, wenn sie erkennen, dass alle Beteiligten gemeinsam an einem Ziel arbeiten.

„Aber so gut es geht, nehmen wir daran teil. Und auch alle Therapeuten. Das macht viel aus, muss ich sagen. Verhindert Doppelleistung, ganz klar, führt dazu, dass auch für die Eltern klar erkenntlich ist, wo die nächsten Ziele sind, wo die Einschränkungen sind, wo eine Zusammenarbeit nicht so gut läuft, wie es weiter gehen kann. Also das wird bei runden Tischen relativ klar. Das ist positiv. Das heißt auch die Eltern haben die Möglichkeit, erstens sich zu äußern und zweitens, diese Zusammenarbeit auch mitzuerleben. Und das ist oft für die Eltern extrem wichtig, denn das wird immer positiv diskutiert beim runden Tisch, es gibt keine Rangordnung und es ist oft so, dass die Eltern neuen Mut schöpfen einfach, weil sie von anderen erfahren, was das Kind dann doch tut (...) Also, ich erlebe diese gemeinsamen Gespräche immer als positiv für die Eltern und schließlich für alle anderen Beteiligten auch.“ (IB3K1, 8)

Eine Ausnahme stellt ein Kinderarzt dar, der aufgrund schlechter Erfahrungen resolut jeglichen persönlichen Kontakt mit Heilmittelerbringern ablehnt, um eine personenunabhängige Verordnung von Rezepten zu gewährleisten. Aus diesem Grund vermeidet er auch die Teilnahme an runden Tischen:

„Und ich bin deshalb auch nie bemüht gewesen, ein warmes Verhältnis zu den Heilmittelerbringern zu bekommen. Um meine gewisse Neutralität zu wahren. Ich gehe zu keinem runden Tisch zu ihnen und

ich treffe mit denen auch nicht irgendwo zusammen, um einfach neutral sein zu können. Ich möchte keine psychologische Bindung zu ihnen eingehen, um dann losgelöst von einer Beziehung neutral - möglichst neutral entscheiden zu können.“ (IK4K1, 186)

Doch gerade die befragten Kinderärzte/innen, die mit den interdisziplinär besetzten Einrichtungen zusammen arbeiten, schätzen den persönlichen Kontakt mit allen Leistungserbringern und sehen diesen als ausschlaggebend für eine gute Zusammenarbeit:

„Also ich kenne die Leute zum größten Teil, sowohl die Heilpädagogen als auch die Ergoleute, die Krankengymnasten, die da arbeiten und weiß, mit wem ich es da zu tun habe. Den einen besser, den anderen weniger. Und dadurch ist dann diese gute Zusammenarbeit ganz gut zustande gekommen.“ (IB2K1, 16)

Interessant ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass wir nur zwei Zusagen für die Teilnahme an der hier vorliegenden Studie von Seiten jener Kinderärzte/innen der sechs Fälle in interdisziplinär *kooperierenden* Frühförderstellen erhielten. Hier ergaben sich ausschließlich:

1. ein der Komplexleistung gegenüber sehr kritisches Telefonat, das nur als Gedächtnisprotokoll festgehalten werden durfte,
2. ein Interview, in dem die Frühförderstelle deutlich als Konkurrenz betrachtet wurde,
3. einen Kinderarzt, der zwei Fälle betreut und sich sehr kritisch den Heilmittelerbringern gegenüber äußerte.

Dagegen entschieden sich nur zwei Kinderärzte/innen der sechs angefragten Fälle in interdisziplinär *besetzten* Frühförderstellen gegen ein Interview mit uns. Dies wirft die Frage nach den Gründen für diese Verteilung auf. Zum einen ist es möglich, dass sich die hier befragten Kinderärzte/innen, die ausschließlich mit interdisziplinär *kooperierenden* Frühförderstellen zusammenarbeiten, weniger gut mit der Komplexleistung arrangieren können, da bisher ein weniger intensiver Kontakt bestand. Zum anderen wäre es möglich, dass mit jenen, die mit interdisziplinär *besetzten* Frühförderstellen zusammenarbeiten, schon vor Einführung der Komplexleistung intensivere Kooperationen bestanden.

Ambivalenzen bezüglich großer runder Tische

Die Frühförderer/innen verorten sich bei diesen Treffen mit einer Vielzahl an der Förderung Beteiligten an die Seite der Eltern. Droht ein runder Tisch in die Defizitperspektive zu geraten, verstehen sie sich als ausgleichende Moderatoren/innen, die loyal den Eltern und insbesondere den Kindern verpflichtet sind. Vor allem die Konfrontation mit vielen Experten/innen schätzt eine Frühförderin als belastend für die Eltern ein:

„Für manche Eltern ist es sehr schwer, manche sind es nicht gewohnt mit Ärzten und Therapeuten zu sprechen. Es gibt dann auch Runden, wo ein Mängelwesen von ganz verschiedenen Honoratioren oder wie man das nennt, beschrieben wird. Die kommen denen so weit über ihnen vor (...) und für alle Eltern ist es ein riesiger Stress. Weil das hat so schon was Beurteilendes. Da sehe ich schon einen hohen Druck für die Eltern, wenn sie da sitzen und von ganz verschiedenen Seiten wird das Kind so beschrieben. (...) Also da sehe ich mich als pädagogische Frühförderung schon an der Seite der Eltern, dass ich da auch schon im Vorfeld schaue. Aber je größer, umso schwieriger. Also wenn dann, zwölf dreizehn Leute da sind, das ist schon nicht einfach.“ (IB3F1, 52-56)

Als kooperationsauslösend schätzen gerade externe Therapeuten/innen die Möglichkeit, an runden Tischen einen Großteil, manchmal auch alle an einem Fall Beteiligte, persönlich kennen zu lernen. Wichtig sei dabei, den Eltern gegenüber Einigkeit zu vermitteln, um Verunsicherungen zu vermeiden. Ein im Sinne der Eltern starker Konsens und damit häufig einhergehender Harmoniebedürfnis führe aber dazu, dass Vieles nicht kommuniziert werde:

„Es sind ja die Eltern dabei an diesen runden Tischen. Und da diskutiert man natürlich nicht konträr. Ich denke, das verbietet irgendwie auch die Berufsethik, ja? Weil, was wir alle nicht wollen, ist die Eltern zu verunsichern. Und wenn der eine Therapeut sagt so und der andere so und der Kindergarten sagt so und die Eltern sitzen dazwischen und wissen gar nicht mehr, was sie jetzt glauben sollen, ja? Und ich denke auch so kritische Themen, z.B. den Verdacht in Richtung Vernachlässigung, alles was so auch in so ne negative Richtung geht - so was wird natürlich an so einem runden Tisch nicht geäußert. (...) wenn es dann immer heißt: „Es ist alles wunderbar und es läuft so gut!“ Also, da würde ich mir schon auch mal wünschen, dass man sich da mehr kritisch auseinander setzen kann und das geht nicht mit den Eltern am Tisch, weil das würde sie wirklich nur verunsichern.“ (IK5L1, 40)

Aus diesem Grund äußern sich alle externen Therapeuten/innen auch ambivalent bezüglich der runden Tische, an denen alle Beteiligten teilnehmen. Einige äußern sich positiv über zusätzliche bedarfsge- rechte kleinere runde Tische, an denen z.B. die Eltern bestimmte Themen in vertrauter Atmosphäre einbringen können und auch bei Bedarf die Möglichkeit besteht, ohne großen Organisationsaufwand schnell reagieren zu können. Fast alle dazu befragten externen Therapeuten/innen wünschen sich zusätzliche Treffen ohne die Eltern, um eine gemeinsame Linie kritisch erarbeiten zu können, sich über Tabuthemen auszutauschen und auch Verantwortung teilen zu können. Sich über solcherart Themen telefonisch auszutauschen lehnen alle dazu befragten Therapeuten/innen ab. Problematisiert wird auch hier neben dem Wunsch nach Verbesserung, dass einer Umsetzung sowohl die fehlende Zeit, Finanzierung, als auch Kapazität im Weg stehen:

„Und man kriegt mit, dass da in der Familie Vieles nicht richtig läuft und das läuft in diesen Gesprächen im Prinzip nur, dass man sich halt anschaut und glaubt, dass der andere jetzt auch weiß, dass der andere erkannt hat, dass es ein bisschen schräg ist, wie die darauf antworten. Aber es bleibt nicht wirklich Zeit, um das noch mal zu besprechen. Das ist genau der Punkt. Da haben wir keine Zeit für, also ohne Eltern noch mal drüber zu sprechen.“ (IK4ET/L1, 416)

Nur von Seiten einer interdisziplinär kooperierenden Frühförderstelle werden im Fall von psychisch erkrankten Eltern bedarfsorientierte kleine runde Tische angestrebt, an denen zum einen nicht alle Fachpersonen teilnehmen und die zum anderen durch zuvor initiierte „Profirunden“ ohne die Eltern vorbereitet werden:

„Wir haben zunehmend auch psychisch kranke Eltern, da schauen wir, dass nicht alle Kollegen dabei sind. (...) Das ist manchmal eine Überforderung für solche Eltern. Da sprechen wir uns aber im Profi- netz ab und stellvertretend kann es sein, dass da noch drei, vier Leute mit den Eltern sitzen.“ (IK4F2, 31)

3.1.4 Weitere die Kooperation fördernde Arbeitsprozesse

Aufsuchen der Kinderarztpraxis

Auch wenn eine Teilnahme der Kinderärzte/innen an runden Tischen nur begrenzt möglich ist, finden dennoch persönliche Absprachen mit den Leistungserbringern statt. Mitarbeiter/innen der Frühförderstellen und auch kooperierende Therapeuten/innen suchen dazu in den meisten Fällen die Kinderarztpraxen auf:

„Ich persönlich habe einen sehr guten Kontakt zu den zwei Kinderärzten hier vor Ort. Da versuche ich, so einmal im Jahr kontinuierlich hinzugehen und die Kinder einfach komplett mit dem durchzusprechen, aber wenn z.B. größere Hilfsmittel angeschafft werden sollen oder jetzt Unterstützte Kommunikation, wenn da ein Kind Geräte braucht, dann mach ich oft Extratermine und bespreche das mit dem Arzt, damit ich einfach weiß, er steht dahinter, damit er auch weiß, was er rezeptiert, um das auch mit ihm zu besprechen.“ (IB1ET1, 6)

Im fortlaufenden und dabei unauffälligen Therapieprozess ist es aus Sicht der dazu befragten Kinderärzte/innen meist ausreichend, wenn Absprachen mit den Beteiligten zweimal im Jahr stattfinden:

„Ich meine, im Prinzip haben Sie bei einem Kind wie bei Laila, wenn die Therapieblöcke laufen, haben Sie eigentlich höchstens alle halbe Jahre einen Bedarf an Absprachen.“ (IB3K1, 48-50)

Informelle Absprachen zwischendurch

Kurze informelle Absprachen mit den Therapeuten/innen und der Frühförderstelle werden zwischendurch, dabei immer in Form von Förder- und Behandlungsplan, Rezeptbericht, Telefonaten oder auch e-Mails getroffen:

„Dann bekommen wir auch immer regelmäßig Rückmeldungen von der Frühförderstelle, welche therapeutischen Ziele da sind, beziehungsweise welche therapeutischen Schritte eingeleitet werden (...) telefonisch, aber vor allem schriftlich. Es ist dann einfach ein Brief, den wir unterschreiben, ausfüllen und Neues dazu fügen etc, uns dann vielleicht noch mal telefonisch abstimmen.“ (IB3K1, 28-32)

Spezielle Netzwerke

Darüber hinaus wird insbesondere von drei Einrichtungen die Teilnahme an speziellen interdisziplinären Netzwerken angeführt, in denen unter anderem der Austausch mit den Kinderärzten/innen gepflegt werden kann. Ein Kinderarzt führt dies als eine zusätzliche, die Kooperation auslösende und unterstützende Maßnahme an, da hier Unsicherheiten im Vorfeld ausgeräumt und Missverständnissen vorgebeugt werden kann.

„Wir haben hier eine Initiative, einen Arbeitskreis. Da ist auch die Frau Einig von der Frühförderstelle mit drin. (...) Da sind auch die meisten Therapeuten mit drin. (...) Da sind die Kindergärten drin, die Psychotherapeutin ist dabei. Leute von der Bibliothek hier. Und wir überlegen uns, also wir unterhalten uns immer, wie funktioniert das denn eigentlich? Was hat die Frau Einig aus der Frühförderstelle für Anliegen? Was läuft im Moment so? Was sind Initiativen? Was sind Gesetzesänderungen? Was sind Probleme, die Einzelne haben? Da komme auch ich mal und sage, was ist mein Problem mit der Praxis? Warum ist es für mich schwierig, das und das zu rezeptieren? Und das ist auch so eine wichtige Sache, wo ich im Prinzip dann mit der Frau Einig im Gespräch bin.“ (IK5K2, 83-87)

Transparenter Informationsfluss und gegenseitige Akzeptanz

Oben zeigt sich die Bedeutung eines offenen und transparenten Informationsflusses zwischen den Beteiligten als vertrauensbildende Maßnahme. Zurückgehaltene Informationen, sei es von Eltern oder Kollegen/innen, werden von den befragten Leistungserbringern und Kinderärzten/innen als ein die Kooperation hemmendes Vorgehen eingeschätzt.

Als enorm wichtig für eine gute Zusammenarbeit wird Wertschätzung, Achtung und Respekt der Kooperationspartner/innen füreinander von allen befragten Berufsgruppen gefordert. Nur wenn man offen für andere Perspektiven ist und aufeinander zugeht, kann eine Kooperation gelingen. Gerade Kinderärzte/innen thematisieren, dass Konkurrenzdenken im Miteinander keine Rolle spielen sollte, vielmehr gegenseitige Akzeptanz:

(I: Und Sie - also ich höre raus, dass Sie mit der Zusammenarbeit und Kooperationsmöglichkeiten zufrieden sind?) „Ja. (I: Was glauben Sie, sind da die Gelingensbedingungen?) Dass man sich gegenseitig akzeptiert. Und sich nicht permanent vormachen muss, dass man dazu mehr oder auch nichts zu sagen hat und der andere das nur weiß oder irgendwie so was. Dann fängt es an, sehr ungemütlich zu werden. (...) Also man muss es akzeptieren, sich gegenseitig akzeptieren und sagen, das ist eure, das ist meine Meinung.“ (IB3K1, 114-116)

Sinnvolle Arbeitsteilung SPZ – FFS

Eine in der Frühförderung angestellte Logopädin betont die Sinnhaftigkeit der Arbeitsteilung zwischen SPZ und Frühförderstelle in Bezug auf die Diagnostik. Sie empfindet eine leistungsorientierte Diagnostik als Störfaktor für den therapeutischen Prozess und die Beziehungsebene mit dem Kind und der Familie, überlässt diesen Bereich daher gerne dem SPZ:

„Das ist immer auch ganz günstig, vielleicht auch so: Wir sind im therapeutischen Prozess und die leisten dann ein bisschen die distanziertere diagnostische Arbeit. Und ich find das ist ganz wichtig, denn manchmal ist das gar nicht so einfach in dem therapeutischen Prozess, wo es viel - also jetzt zumindest in meinem Bereich mit Sprache und Kommunikation gehts ganz viel um Bindung - da dann auf einmal so einen klassischen Test durchzuführen. Und ich finde es eigentlich sehr hilfreich, dass das so ein bisschen arbeitsteilig gelöst ist.“ (IB3L1, 190)

Auch eine Mutter erlebt das SPZ positiv als neutrale Beobachter, da sie ihren emotionalen Bezug zum Kind und den der Frühförderstelle als hinderlich für eine aussagekräftige Diagnostik einschätzt:

„das SPZ ist jetzt mehr so ein Head. Die sind eher so die kühlen Beobachter. (...) Also wenn man das Kind ständig sieht, dann hat man auch das Emotionale dazu. Die aber sehen das so zack-zack. Es sind die Fakten. (...) Ich sehe das ja so Step-by-step und die sehen da die ganze Treppe. Das sehen wir auch an den Berichten.“ (IB3E2, 46)

Engagement und Initiative der Frühförderer/innen

Bereits zum Thema runder Tisch wurde deutlich, wie ausschlaggebend das Engagement und die Initiative der Frühförderer/innen für eine gelungene Zusammenarbeit sind. Sie initiieren fast immer die Kontakte und müssen sich auch in der Kooperation mobil und zeitlich flexibel zeigen, um Zusammenkünfte zu ermöglichen.

3.2 BEURTEILUNG DURCH DIE ELTERN

Im nun folgenden Kapitel wird der bisher noch unbeantworteten Frage nachgegangen, wie die Eltern/Personensorge-, Anspruchsberechtigten das Angebot und die Leistung des Systems insgesamt und seine Teile beurteilen.

3.2.1 Verfahren zur Einleitung des Förderprozesses

Ein Großteil der befragten Eltern berichtet, dass sie in der Frühförderstelle erfreulich schnell aufgenommen wurden. Das Erstgespräch fand häufig wenige Wochen nach ihrem Anruf in der Frühförderstelle statt, die Frühförderung selbst konnte dagegen nur in Ausnahmefällen direkt im Anschluss daran beginnen. Von Seiten der Eltern werden Wartezeiten doch meist als gegeben hingenommen und nur in einem Fall als negativ beurteilt. Die Eltern thematisierten die Wartezeiten insbesondere dann als nicht belastend, wenn von Seiten der Frühförderstelle zu Beginn deutlich wurde, dass sie für die Wartezeit als Ansprechpartner/innen zur Verfügung stehen. Als besonders positiv hob eine Mutter hervor, dass sie zunächst zwar keinen festen freien Platz erhalten konnte, jedoch von Woche zu Woche Termine neu vereinbart wurden, je nach Absagen und sich spontan ergebenden Freiräumen der Pädagogin:

„Nachdem ich das Erstgespräch hatte und sie mir zwar sagte, sie hat keinen freien Termin aber sie versucht, so und so den Termin zu realisieren; Ich glaube, ich war jede Woche dort einmal. Ob es jetzt ein Dienstag war oder ein Freitag. Also, für mich war das dann schon super, dass sie es realisieren konnte und dass es nicht heißt: also es ist in drei Monaten frühestens, sondern, dass sie einfach die Möglichkeit geboten hat, dass ich kommen kann. Das war spitze!“ (IK5E2, 293)

Viele Eltern äußern ihren Unmut darüber, dass sie ihr Kinderarzt nicht schon früher auf die Frühförderstelle aufmerksam gemacht habe. Den Förderbeginn erleben auch sie als zu spät, wenn die Kinder erst durch den Kindergarten an die Frühförderung vermittelt werden, obwohl schon vorher Bedarf bestanden hätte.

Eine Mutter berichtet hierzu beispielhaft, dass sie über eine Klinikärztin auf die Frühförderung aufmerksam gemacht wurde, dann selbst die Initiative ergriff und sich bei der Frühförderstelle gemeldet habe. Als sie schließlich ein Rezept vom Kinderarzt für die Therapie benötigte, habe sich dieser sehr lange geweigert, da das Kind noch keine drei Jahre alt war.

3.2.2 Förderprozess

Zufriedenheit

Fast alle an uns vermittelten Eltern sind sehr zufrieden mit der Frühförderung. Sie fühlen sich durch die Frühförderstelle sehr gut beraten und haben die erleichternde Gewissheit, dass dort ihr Kind gut aufgehoben ist:

„Also muss ich ehrlich sagen, das ist toll weil, es ist eine Erleichterung, es ist ein Selbstläufer. (...) weil grad bei einem besonderen Kind müssen sie halt unwahrscheinlich viel aktiv sein. Sie müssen viel mitdenken, sie müssen Vieles regeln. Es geht Vieles halt nicht so einfach wie mit einem Kind, dem sie die Jacke anziehen und raus auf den Spielplatz lassen. Und von daher ist man doch sehr erleichtert als Eltern, wenn man was gut Funktionierendes hat, wo man sagt, das läuft. Da muss ich mich nicht auch noch rein hängen, ja? Ich kriege mit, was läuft, ich werde informiert darüber, ich kann auch sagen "mmh, das oder das oder das". Ich kann dort anrufen, ich sehe die Therapeuten, ich kann mit denen reden, es läuft einfach. Ja? Und vielleicht haben wir jetzt auch das Glück, dass wir absolute zwei super Damen haben <lachend>. Ich weiß es nicht. Es erleichtert unwahrscheinlich viel. Also für mich ist es immer so beruhigend, weil ich dann weiß, dieser Teil läuft einfach und es läuft gut, also wir sehen es am Ergebnis, es läuft gut. Und das ist halt schon, das ist eine riesen Erleichterung.“ (IB1E2, 16)

Auch in Bereichen, die über die Förderung des Kindes hinaus gehen, können sich die Eltern an die Frühförderstelle wenden und erhalten dort Informationen und Beratung, was sehr zu ihrer Entlastung beiträgt:

„Und jede Frage, wird wirklich beantwortet. Von daher. Auch mit Adressen, mit Telefonnummern. Das erleichtert mir sehr, sehr viel.“ (IK6E1, 100)

Viele Eltern erleben die Förderung als sinnvoll und nachvollziehbar:

„V: Ich kann mich an keine Situation erinnern, (/) M: in der du gedacht hast, was macht die denn jetzt da mit dem. V: Ja, wo ich das Gefühl hatte, die bestimmen über meinen Kopf hinweg, sondern dass das, was im gemeinsamen Gespräch erwachsen ist, war für mich sinnvoll, nachvollziehbar und wie hätte ich da dagegen sein können, ja.“ (IK5E1, 80-82)

Einige Eltern aber können den Sinn von bestimmten Therapieformen (insbesondere der Ergotherapie) nicht verstehen. Manche stellen sich die Frage nach dem Nutzen und der Effektivität. Sie sehen zwar Verbesserungen in der Entwicklung ihres Kindes, doch es bleibt einigen unklar, ob diese dem Therapieerfolg oder einem generellen Entwicklungsschub zu verdanken sind:

„wenn wir zuhause so gucken, merken wir vielleicht auch noch nicht so viel davon. Im Kindergarten wird uns halt auch immer gesagt, dass sich schon vieles verbessert hat, und wir sagen dann meistens: OK gut. Wir freuen uns. Aber wenn wir das hier miterleben, dann frag ich mich manchmal, die Sachen, die sie machen, inwiefern sie wirklich was bringen, aber anscheinend so als nicht wissender Ergotherapeut versteht man manchmal den Sinn einfach nicht von den Dingen, die sie tun, aber anscheinend hilfst.“ (IB2E2, 12)

Für viele Eltern steht die eigentliche Therapie- oder Fördermaßnahme doch häufig nur an zweiter Stelle. Sie betonen, dass vor allem das positive Gefühl, dass sie von der Frühförderstelle vermittelt bekommen, für sie besonders wertvoll ist.

„Der Vorteil ist, wenn ich zur Frühförderung gehe, dass ich jemand hab, der irgendwie klar auf unserer Seite steht. Ich glaub, das ist wirklich der wichtigste Punkt. Wie dann die individuelle einzelne Maßnahme aussieht, völlig dahingestellt. Schaden tun Maßnahmen meistens nicht, so oder so. Spielen auf Krankenschein, Ergotherapie, ja. Aber das Gefühl, das einem da oder uns vermittelt wurde, das ist eigentlich unbezahlbar. Und das hat nichts mit irgendwie Fördermaßnahmen, mit irgendwelchen Strukturplänen oder sonst was zu tun, sondern das ist ein Gefühl.“ (IK5E1, 148)

Oftmals geht die Begleitung der Eltern auch über die Zeit der eigentlichen Hausfrühförderung hinaus. Fast alle dazu befragten Eltern erleben es als Halt gebend, wenn die Frühförderer/innen für sie weiterhin Ansprechpartner/innen bleiben.

„Also, ich finde es halt auch ganz toll - ich hab's zwar schon erwähnt aber ich möchte das noch mal sagen, dass die Fr. Ehlers bis zum Eintreten in die Schule ansprechbar ist und dass sie diese Gesprächsrunden anbietet, dass sie die Möglichkeit hat zu sagen: Hören sie, wenn's für Sie wichtig ist, wenn irgendwas ist, dann rufen sie mich an und dann ist es kein Problem, dann komm ich vorbei.“ (IK5E2, 417)

Nur ein Elternpaar kritisiert den im Förderprozess zu eng und unflexibel gefassten Rahmen, besonders die begrenzte Therapiezeit, die individuell nicht ausgeweitet werden kann.

Einbezug in Förderprozess

Die meisten von uns befragten Eltern äußern, dass sie sich in den Förderprozess ihres Kindes gut eingebunden fühlen, insbesondere aufgrund der Absprachen, die zwischen ihnen und der Frühförderstelle getroffen werden. Absprachen zwischen Eltern und Frühförderern/innen oder Therapeuten/innen finden in der Regel persönlich vor oder nach der Förderung/ Therapie in Form von so genannten „zwischen Tür und Angel – Gesprächen“ statt, gegebenenfalls schriftlich per Mail oder telefonisch:

„Ich werd eigentlich jede Woche informiert. So z.B. bei Fr. Wabern, wenn ich reinkomme, bekomme ich einfach erzählt, was heute gemacht werden soll. Und am Ende, was einfach erreicht worden ist. Und dann einfach Zettelchen, um zu Hause zu üben. Das ist jede Woche so.“ (IK6E1, 110)

Fast alle Eltern geben an, dass die Frühförderer/innen optimal ansprechbar seien und spontane Treffen oder Absprachen relativ kurzfristig ausgemacht werden können:

„Also das geht relativ flux, wenn es irgendwie Fragen gibt, erreiche ich sie entweder direkt telefonisch oder sie ruft direkt zurück. Also, das läuft echt super.“ (IK5E1, 28)

Neben den Absprachen, die direkt mit den Frühförderern/innen und Therapeuten/innen getroffen werden, zeigen sich die meisten Eltern zudem durch die runden Tische in den Förderprozess gut eingebunden. Absprachen mit allen Beteiligten an einem runden Tisch sind dagegen aus Sicht mancher Eltern nicht unbedingt notwendig. Ein Elternteil stellt die Frage nach dem Nutzen. Interessant fände er gemeinsame Absprachen zwischen dem Kindergarten und der Frühförderstelle, doch schon die Teilnahme des Kinderarztes sei nicht sinnvoll.

Ein Elternpaar wird hier gezielt durch die Frühförderung in die Verantwortung genommen, indem sie die interdisziplinären Runden organisieren:

„Ich mach das Organisatorische. Ich kümmere mich um die Einladungen und Termine. Ich sage dann auch immer: Wir treffen uns zur nächsten interdisziplinären Runde und besprechen dann Kita Besuche, Entwicklungszustand vom Mike, wie es im Haushalt ist (...) und das wird dann im Vorfeld überlegt: Was wollen wir besprechen? Da wird dann von mir per Mail 4 Wochen vorher die Tagesordnungspunkte bekanntgegeben, worüber wir sprechen wollen“ (IK4E2, 210)

Arbeitsbündnis

Alle Eltern äußern, dass sie sich von den Frühförderern/innen ernst genommen fühlen und sie selbst eine zentrale Rolle im Förderprozess ihres Kindes einnehmen. Sie sind genauso auf die Frühförderung angewiesen wie die Frühförderung auch auf sie.

„Ja, wir werden auch in allem mit einbezogen. Das wird alles besprochen. Also, ohne uns, sag ich mal, geht gar nichts und so ist es ja bei denen genauso. Ohne die geht auch nix.“ (IK4E2, 384)

Einige Eltern machen zudem deutlich, dass die Vertrauensbasis so groß ist, dass sie vertrauensvoll die Verantwortung für die Förderung ihres Kindes an die Experten abgeben können:

„Also Mitbestimmung klingt so ein bisschen nach: "Du musst ja gefragt werden! Wirst du gefragt?" Aber ich habe in dem Fall das Gefühl, ich muss nicht gefragt werden, weil ich ihrer Kompetenz vertraue. Also dieses Vertrauen ist ein ganz wichtiger Faktor auch.“ (IB2E1, 64)

Als sehr positiv wird fast durchweg die Beziehungsebene zu den Therapeuten bewertet. Die Klienten empfinden sich und ihre Kinder dadurch als sehr gut versorgt. Dies wird von den Eltern als große Erleichterung empfunden:

„Aber es hängt natürlich auch sehr stark von den persönlichen Beziehungen ab, die die Therapeuten mit den Kindern aufbauen. Und da haben wir jetzt hier in der Frühförderstelle nur gute Erfahrungen gemacht. Das sind echte Profis und das sind auch Menschen, die sehr auf die Kinder eingehen und auf die Bedürfnisse. Das ist sehr, sehr gut für uns.“ (IB2E1, 12)

Aus Sicht einiger Eltern ist es entscheidend, dass man dazu offen miteinander redet und eigene Wünsche und Erwartungen ehrlich äußert:

„Uns vor allen Dingen ist es immer wichtig, miteinander reden. Das ist ganz wichtig! Wenn man selber was hat, was man für Wünsche hat und was man auch erwartet. Also das muss man einfach sagen, sonst wissen die ja auch nichts, wenn man nix sagt, können die einem nicht helfen.“ (IK4E1, 54)

Zudem bemühen sich viele Eltern um weitere Transparenz, indem sie die Informationen, die sie erhalten, an alle weitergeben. Sie sehen, dass alle auf dem gleichen Stand sein müssen, damit ihr Kind optimal gefördert werden kann.

„Ja, weil wir es einfach sagen wir haben ja nichts davon, irgendwas zurückzuhalten. Das Kind soll ja gefördert werden.“ (IB1E2, 46)

Die Frühförderer/innen werden auch als Vermittler/innen bei Konflikten erlebt und damit von den Eltern als Verbündete und Anwälte ihres Kindes gesehen:

„Und um einen Gedanken noch mal aufzugreifen, ein bisschen hatte sie bei all diesen runden Tisch – Gesprächen in meinem Gefühl sozusagen die Rolle der Anwältin für den Andi. Das kann man relativ klar so nennen, also sie hat immer die Seite vom Andi vertreten, auch um Verständnis geworben, wenn, Sie kennen die Debatte heute der Pädagogik, wenn da wieder irgendwelche Standards von Seiten des Kindes nicht erfüllt wurden oder bestimmtes Regelverhalten nicht vorlag. Da war sie immer diejenige, die gesagt hat: "Ja aber man sieht ja hier den Fortschritt und da hat er schon ganz viel gelernt und da ist schon Vieles besser geworden." Also es war eine ganz klar definierte Rolle, die uns als Eltern natürlich auch total entlastet hat.“ (IK5E1, 30)

Einige Eltern stellen sich die Frage nach der Schuld (vgl. Helfer/Fries 2010: 298). Sie sind unsicher, ob sie nicht aufgrund ihrer Unerfahrenheit Fehler gemacht haben und ihr Kind deshalb Defizite haben könnte. Es werden Zweifel geäußert, ob sie in der Vergangenheit nicht etwas Wichtiges, den Förderprozess Unterstützendes verpasst haben. Gerade diese Eltern wünschen sich mehr Anleitung von Fachkräften und psychologische Unterstützung, im besten Fall von zusätzlich angestellten Psychologen/innen im Rahmen der Frühförderung.

Während ein Elternpaar den Abbruch der Frühförderung kurz vor Schuleintritt kritisiert, weil gewohnte und Halt gebende Strukturen wegfallen, befürworten andere Eltern die Ablösung in die Selbständigkeit und verstehen die Frühförderung als Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. ebd.: 302, 306).

Elternrollen

Die Eltern erleben sich im ganzen Frühförderprozess in sehr unterschiedlichen Rollen. Insgesamt konnten acht verschiedene Rollenbilder herausgearbeitet werden, die die Eltern sich entweder selbst zuschreiben oder von denen sie das Gefühl haben, dass sie ihnen von Außen auferlegt werden.

Eltern als Eltern

In diesem Rollenbild sehen sich die meisten Eltern ganz einfach als Eltern:

„also ich sag immer auch, ich bin die Mutter und ich bin nicht die Therapeutin. Wir machen halt so, dass er ein Familienleben hat oder ein Umfeld, wo er sich gut entwickeln kann.“ (IB1E1, 22)

Die Eltern heben sich damit deutlich von der Rolle der Therapeuten/innen ab und gestehen sich als Eltern eine eigene, zentrale Stellung in der Entwicklung ihres Kindes zu. Sie fühlen sich nicht dominiert und abhängig von den Therapeuten/innen und Förderern/innen ihres Kindes. Damit heben sie zugleich hervor, dass es für sie und ihre Familie auch ein Leben außerhalb der Förderung und Therapie des Kindes gibt.

Eltern als Vermittler von Informationen

In diesem Muster übernehmen die Eltern die Rolle des Postboten zwischen den beteiligten Personen. Sie sehen sich mitverantwortlich, dass die Kooperation aufrecht erhalten wird und Informationen weitergereicht werden:

„Die sprechen sich ab und wenn etwas ist, dann bin ich einfach der Postbote, hin und her. Das macht mir gar nichts aus“ (IK6E1, 14)

Sehen dies die Eltern oft als positiv an und empfindet es als ihre Möglichkeit, die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Beteiligten zu unterstützen, formuliert eine Logopädin ein Risiko, das diese „Stille Post“ mit sich bringen kann:

„Und was dann in dem Zusammenhang natürlich sehr positiv ist, man sitzt dann an einem Tisch und man hört, was die anderen gesagt haben. Weil ich merke es auch aus eigener Erfahrung, denn ich habe ja auch drei Kinder und weiß, wie das ist, wenn man irgendwo mit denen hingehet. Man hört dann was und dann verarbeitet man das für sich und dann gibt man das schon ein bisschen verschönt weiter, ja? Und so war dann klar: alle am Tisch haben's gehört und alle haben's verstanden und dann muss nicht Fr. Meier immer so als Vermittler in alle Bereiche gehen. Das finde ich schon auch sehr positiv, ne? Also, die Aufgabe hat sie nicht und das finde ich auch für eine Mutter sehr entlastend, ne?“ (IK5L1, 138-140)

Diese Vermittlerfunktion fand sich ausschließlich bei Eltern interdisziplinär kooperierender Frühförderstellen. Dies könnte sich damit erklären lassen, dass sich die Frühförderer/innen in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen schon in der Einrichtung selbst untereinander abstimmen. In kooperierenden Frühförderstellen wird versucht, dieses Problem durch die gemeinsamen runden Tische zu lösen:

„Es ist entlastend, weil halt viele Gespräche unter den Damen direkt geführt werden, ohne das man der Vermittler ist, weil wir einfach festgestellt haben, in dem Moment, wo man die Vermittlerfunktion übernimmt, man nimmt doch das Gesagte anders auf, oder gibt es anders da wieder und da kommt es schon zu Missverständnissen, ja.“ (IB1E2, 8)

Eltern als Empfänger von Erziehungsratschlägen

Die Eltern sehen sich dazu verpflichtet, die Ratschläge der Frühförderung auch außerhalb der Therapie und Förderung umzusetzen. Sie scheinen sich dabei weniger in einer aktiven, mitbestimmenden Rolle zu sehen, sondern eher in einer passiv, empfangenden:

„Das kann man lernen und das soll er auch lernen und das Schöne ist, man kriegt dann von der Frühförderung gesagt, von der Therapeutin gesagt: das müsst ihr jetzt so machen und das müsst ihr jetzt so machen. Die sagen dann zu uns: um dieses Ziel zu erreichen, müsst ihr das Folgendermaßen machen.“ (IK4E2, 193)

Eltern als Mitfördernde

Aktiver wird ihre Rolle, wenn sich die Eltern selbst als Mitförderer/innen ihrer Kinder und damit als mögliche Co-Therapeuten/innen sehen:

„Meine Rolle ist, dass ich auch zu Hause mit ihr übe. Einfach das fertig zu machen, was schon einfach mal die anderen angefangen haben, ne?“ (IK6E1, 116-118)

Dabei übernehmen die Eltern die Anregungen und Übungen aus der Therapie und Förderung für sich und sehen es als ihre Aufgabe an, die Therapie und Förderung zuhause fortzuführen. Dadurch erleben sie sich selbst auch als Mitfördernde, so dass alle gemeinsam an einem Strang ziehen. Es fanden sich Eltern, die unabhängig von Erwartungen sehr großen Wert darauf legen, ihre Kinder zuhause selbst zu fördern:

„Das wir schon drauf achten auch auf die Defizite, aber das machen wir jetzt automatisch. Die Frau Weller oder der Kinderarzt hat jetzt keine Anforderungen an uns gestellt, wo was wir machen sollten oder was wir nicht machen sollten. Wir versuchen ihn so weit es geht zu fördern mit irgendwelchen Rechenspielen oder sonst irgendetwas, was ihn weiter bringt und ja also so ein bisschen wir versuchen mal ein bisschen mehr darauf zu achten, ihn dann in eine gewisse Richtung zu lenken, ihn zu korrigieren, was Sprache angeht, das dann nicht so laufen lassen und dann denken, das wird schon, sondern dass wir ein bisschen mehr darauf achten vielleicht als andere Eltern, die dann sagen, wenn er es heute nicht lernt, lernt er es in einem halben Jahr und wir denken, jetzt probieren wir es halt und dass er seinem Alter entsprechend besser ist.“ (IB2E2, 71)

Beide Zitate verweisen auf die latente Bereitschaft der Eltern, gleichsam in die Rolle der Co-Therapeuten zu schlüpfen. Es ist und bleibt die Aufgabe der Frühförderung, diese Tendenz gemeinsam mit den Eltern kritisch zu reflektieren, sie aber auf keinen Fall zu befördern (vgl. Gutknecht 2007: 139ff; Fornefeld 2009: 128ff).

Eltern als aufmerksame Beobachter

Diese Eltern sehen ihre Rolle zunächst im Zuhören und Aufnehmen der neuen Informationen, bringen sich aber dann aktiv mit ein, wenn sie es für notwendig halten:

„Äh, ich höre das einfach mal gerne erstmal an (lacht), was sie so sagen und dann, falls ich irgendwas sagen möchte, dann sag ich das ja auch, beziehungsweise frage. Ich bin zufrieden mit meiner Rolle (lacht). Anders würde ich mir das nicht aussuchen wollen“ (IK6E2, 42)

Eltern als Entscheidungsinstanz

Viele an uns vermittelte Eltern erleben sich als hoch angesehen in dem Förderprozess. Es wird nichts gegen ihren Willen getan. Die Leistungserbringer machen Vorschläge und die Eltern sind letztendlich diejenigen, die entscheiden, ob diese umgesetzt werden oder nicht:

„Was soll man dazu sagen? Welchen Stellenwert? Ich würde sagen, dass wir ganz oben eigentlich stehen. So würde ich das empfinden. Dass wir sagen, wenn wir irgendwelche Wünsche haben und das dann so gemacht wird.“ (IK4E1, 42)

Eltern als Lernende

Dieses Rollenbild beschreiben sehr viele Eltern. Sie erleben sich und ihre Kinder als Lernende, die mit Hilfe der Frühförderung neue Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind machen können:

„wir sind eigentlich auch Lernende, Schüler oder Studenten [lacht]. Wir sind eigentlich wie das Kind, lernen wir durch die Frühförderstelle, mit der Situation umzugehen und eben Übungen oder auch Spiele oder auch Schwerpunkte neu zu setzen in der Erziehung und im Umgang. Also da würde ich uns auch eher als Lernende oder als Studierende sehen.“ (IB2E1, 144)

Eltern unter Rechtfertigungsdruck

Ein Elternpaar fühlt sich gegenüber den verschiedenen Fachdisziplinen unter Rechtfertigungsdruck. Sie erleben dabei die Frühförderin als einzige Person, die sich auf ihre Seite stellt und keinen defizitären Blick auf das Kind hat:

„das ist bestimmt ein Gefühl, das Sie von so manchen Eltern mittlerweile gehört haben, ne? Dass man fast so ein bisschen gedrängt wird in diese, wir müssen uns jetzt hier rechtfertigen Rolle. Und das wäre natürlich auf der individuellen Ebene sehr leicht lösbar, indem man einfach auch das Signal kriegt, von Therapeut, von Kinderarzt, von was weiß ich wem: "Ja, alles nicht so schlimm, wächst sich aus." Oder ich weiß nicht. Aber diese Art von Zuspruch bekommt man eigentlich extrem selten, außer von Frau Ehlers, das muss ich ehrlich sagen.“ (IK5E1, 94)

3.2.3 Zusammenarbeit

Die Eltern erfahren meist indirekt, auch zufällig, dass sich die verschiedenen Kooperationspartner/innen untereinander abstimmen. Entweder über Gespräche mit Einzelnen, die darüber berichten oder durch Maßnahmen, die aufeinander abgestimmt sind:

„Und man merkt einfach, dass sie sich absprechen, weil sie genauso gut weiß, was in der Frühförderung läuft. Also man merkt es schon und dass es einfach so eine Schiene ist. Und egal, auch wenn ich

jetzt die Frau Biermann treffe und sage so und so, dann sagt sie "ja, mit der Frau Müller ist dann das und das schon ausgemacht." Also es ist einfach so ein reger Austausch da." (IB1E2, 14)

Nach Ansicht der Eltern sind die Frühförderer/innen diejenigen, die den Förderprozess als Ganzes im Blick haben und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten koordinieren.

Sie planen runde Tische und moderieren diese auch. Der runde Tisch trage zur Kooperation zwischen allen Beteiligten bei:

„was wir also auch machen, dass wir uns auch mal zusammen setzen also eine große Runde auch dann machen. Die letzte hatten wir dann auch im Sommer. Da waren nicht nur die Therapeuten, also auch dann die Erzieherin vom Kindergarten, weil es auch eine sehr enge Zusammenarbeit ist. Mit der Leiterin vom Kindergarten und auch dem Familienentlastenden Dienst, wo wir wirklich dann alle zusammen mal an einem Tisch gesessen haben. Jeder hat sich vorgestellt, was er mit dem Oliver halt auch dann macht, um einfach so abzustimmen, wo steht er im Moment, was läuft gut oder was läuft nicht so, wo muss man ein bisschen drauf achten oder wo wollen wir hin wirken. Und dadurch ist dies eine ganz gute Zusammenarbeit auch und es weiß auch jeder über den anderen Bescheid, was er auch so macht.“ (IB1E1, 30)

Aus Sicht der Eltern sind die Kinderärzte/innen für den Frühförderprozess und die Zusammenarbeit nur wenig bedeutsam. Sie stellen Rezepte aus und führen die U-Untersuchungen durch:

„Vor allem ist ja der Kinderarzt nicht so maßgeblich beteiligt an dem ganzen Prozess. Er ist halt für die medizinische und Abrechnungsseite da - für die Krankenkasse hab ich das Gefühl. Theoretisch könnte man den Kinderarzt dann außen vor lassen. Man hat quasi einen Fachmann, der das auch sieht. Er hat Maurice was das angeht, lange nicht so gesehen und nicht so intensiv gesehen, um das wirklich beurteilen zu können. Abgesehen von den U-Untersuchungen, wo dann diese Fähigkeiten überprüft werden, was glaube ich auch ein geringer Zeitraum ist, wo man dann schlecht sagen kann, heute ist er besonders gut drauf, der Maurice, oder besonders schlecht, deswegen ist auch das Ergebnis schlecht, was aber nicht für seinen allgemeinen Zustand gilt, ist natürlich schade, weil man dann Schlüsse zieht für das Kind und sagt, du musst das oder das machen. Was unnötig wäre.“ (IB2E2, 62-63)

Darüber hinaus beteiligen sich die Kinderärzte/innen aus Sicht der Eltern nur selten aktiv, wenn sie weder an gemeinsamen Runden teilnehmen, noch die Eltern emotional begleiten (vgl. auch Helfer/Fries 2010: 306). Dennoch sehen die Eltern es positiv, wenn die Kinderärzte/innen regelmäßig über den Förderverlauf informiert werden:

„wie gesagt der Kinderarzt ist relativ außen vor, das ist ja wirklich derjenige, der bekommt die Berichte und wenn ich sage, er braucht jetzt wieder eine neue Verordnung für Ergotherapie, dann ist er da.“ (IB3E2, 74)

Einige Eltern berichten dagegen, dass sie die Kinderärzte/innen teils als kooperationshemmend erlebt haben, da diese sich entweder weigerten, Rezepte auszustellen oder sich nicht gegenüber alternativen Heilmethoden öffneten. Einige Eltern berichten, dass es zum Teil sehr schwierig war, die Kinderärzte/innen von der Notwendigkeit von Therapien zu überzeugen.

„Aber das will ich auch noch so sagen, dass mein Kinderarzt auch gegen eine logopädische Behandlung war. Er hat gesehen, dass meine Tochter noch dafür zu klein ist. Ich hab gesehen, wenn man nicht von kleinem Alter anfängt, dann hat man Pech am Ende, deshalb wollte ich nicht, dass sie erst mit 5 oder mit 6 Jahre erst anfängt. Dann hat sie wirklich Schwierigkeiten in der Schule. Ich wollte wirklich schon mit zweieinhalb schon einfach mal anfangen- er war wirklich dagegen, ne? Und erst, als wie die Zusage, die Zustimmung von Uniklinik in Kargen gekriegt haben. Weil ich war wirklich immer hin und her bei ihm. Er wollte das er hat sich wirklich verweigert einfach mir“ (IK6E1, 22)

Während manche Eltern von großen Schwierigkeiten in der Verordnung von Rezepten berichten, geht dies bei anderen ganz ohne Probleme. Kinderärzte/innen wirken aus Sicht der Eltern häufig überlastet und fühlen sich nur dann zuständig, wenn eine klare Diagnose vorhanden ist. Das trifft vor allem auf Kinder zu, bei denen aus ihrer Sicht zu spät ein Bedarf nach Frühförderung erkannt wurde.

3.2.4 Wünsche

Insgesamt sind die Eltern sehr zufrieden mit der Frühförderung, wünschen sich aber einstimmig längere Fördereinheiten für ihre Kinder. Förderung und Therapie sollte länger als 45 min. dauern; mindestens Doppelstunden. Günstig seien auch Einheiten zwei bis drei Mal die Woche.

„dass man einfach diese eine Stunde vielleicht noch ein bisschen länger, nicht unbedingt eine Stunde in der Woche - vielleicht zwei mal in der Woche?“ (IK6E1, 60)

Hier fehle zudem die Flexibilität, Therapieleistungen einkaufen zu können, falls Eltern die Notwendigkeit sehen, Leistungen weiter aufrecht erhalten zu wollen, die der/die Kinderarzt/ärztin oder die Krankenkasse nicht bereit ist, weiterzuzahlen. Günstig sei das Modell einer solidarischen Zusatzversicherung, welches Eltern nutzen könnten. Zu wenig berücksichtigt würden die Eltern in der Behandlung, so ein Vater. Er wünscht sich mehr Zeit für Beratungsgespräche und mehr psychologische Unterstützung von Seiten der Frühförderung, um über das Kind betreffende Ängste zu sprechen. Hilfreich wäre weiterhin ein Zugang zu Fördermaterialien, die in der Frühförderstelle genutzt werden. Manche Eltern würden diese gerne für zu Hause erwerben können.

Zudem wünschen sich einige der berufstätigen Eltern mehr Förderangebote, die sich mit ihrer Arbeit zeitlich besser koordinieren lassen.

Ein Elternpaar äußert den Wunsch, dass die Frühförderer/innen die Familien zu den U-Untersuchungen der Kinderärzte/innen begleiten könnten. Denkbar wäre für sie neben der U5 oder U6 eine zusätzliche UF (F wie „Frühförderung“ für davon betroffene Kinder).

Mehrere Eltern äußern den Wunsch, dass die Förderangebote den Übergang in die Schule begleiten sollten. Vorher aufgebaute Sicherheit bietende Bindungen zu den Frühförderern/innen fallen in den aktuellen Bestimmungen weg; diese seien jedoch für die betroffenen Kinder in der schulischen Eingewöhnungsphase neben schulinternen Therapeuten/innen emotional stützende Begleitpersonen (vgl. zum Thema auch Helfer/Fries 2010: 302).

Frühförderung sollte aus einem Topf finanziert werden, so ein Vater. Er wünscht sich für Familien und die Frühförderung ökonomischere Finanzierungsstrukturen und weniger Bürokratie:

„Da kann die Frühförderstelle sogar mehr leisten, wenn sie die entsprechenden Kompetenzen und Mittel bekommt. Die Mittel sind ja da, die werden eben nur von verschiedenen Töpfen verteilt und dort, glaub ich, gibt es eben Streuverluste. Und diese Streuverluste gehen an dem Kind verloren. Und das ist eigentlich genau Ziel der Maßnahmen, die Kinder optimal zu fördern. Also wenn ich dreimal Geld zu verteilen habe und geb es drei Stellen, dann verbraten sie das auch alle toll in ihre ganzen Bürokrateien und

ihre ganzen Gespräche (...) das aber in Stunden für Therapeuten zu zahlen und vielleicht auch die Therapeuten besser zu bezahlen und es einfacher zu machen, als es jetzt ist. Also ich hab auch mitgekriegt, dass die da wirklich ächzen unter einem Aufwand, der da herrscht, bei den Frühförderstellen. Die teilweise Maßnahmen durchführen, aber dann nicht bezahlt bekommen, dann müssen die Therapeuten letztendlich auf ihr Geld verzichten. Also ich denke, da ist einiges besser machbar. Ohne dass man dafür mehr ausgibt, sondern nur dass man das eben anders strukturiert. Das ist mein Eindruck. Als Eltern auch.“ (IB2E1, 36)

Eine Mutter einer interdisziplinär besetzten Frühförderstelle wünscht sich aufgrund ihrer guten Erfahrungen mit dieser Einrichtungsform, dass alle Frühförderangebote unter einem Dach stattfinden sollten:

Aber das wäre so meine Idealvorstellung. Dass ich ein Institut habe, ein Dach habe, wo ich dann sagen kann, grad so in diesen Kindergartenjahren: „Da habt ihr sie. Und jetzt (...) könnt ihr miteinander an diesem Kind arbeiten.“ Wie gesagt, wir stellen es halt fest, jetzt die Ergotherapie und die Frühförderung sprechen sich ab und das was sie dann machen, das greift dann auch so ineinander.“ (IB1E2, 10)

Sie erhofft sich zudem, dass in dieser Idealvorstellung ein kooperationshinderliches Konkurrenzdenken keine Rolle mehr spielt.

3.2.5 Einfluss (leistungs-)rechtlicher Bestimmungen

Während sich die Eltern durch die Frühförderung gut begleitet und beraten fühlen, haben sie oft geteilte Erfahrungen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder Kinderneurologischen Zentren gemacht. Einige Eltern äußern Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem SPZ als Kontrollinstanz, denn Therapien werden in der Regel leichter genehmigt, wenn das SPZ diese befürwortet. Kritisiert wird dabei von mehreren Eltern die starke Stellung des SPZ bei der Durchsetzung der Therapiemaßnahme und sehen teils wenig Sinn in dieser Institution. Das SPZ habe nach Aussagen einer Mutter nur eine Alibifunktion und wird von ihr als Druckmittel angesehen. Die komplizierten Strukturen werden als unnötig und wirtschaftlich unrentabel empfunden. Viele Eltern berichten, dass es sehr lange gedauert habe, bis sie im SPZ überhaupt einen Termin bekommen haben. Zudem wurden sie über die Behandlungen und Maßnahmen, die dort stattfanden, nur unzureichend informiert. Einem Elternpaar wurde z.B. unvorbereitet eine Diagnose mitgeteilt, mit welcher sie anschließend alleine gelassen wurden:

„M: Und was mir nicht klar war, beim letzten Mal haben die mit Andi einen Intelligenztest gemacht. Ja und ich dachte, da wäre dann so allgemein der Entwicklungsstand abgehakt. Dass es ein dezidiertes Intelligenztest ist, war mir nicht klar, ja. V: ich hab jetzt ein Kind, was einen IQ von 64 hat. M: Das ist der Witz, er ist behindert, super, ganz toll. V: Ja, was soll das? M: Da gehen Sie dann so und das müssen Sie dann erstmal verarbeiten. V: Da wird man alleine gelassen, das ist schlecht. V: Nein, das fand ich also ganz schlecht.“ (IK5E1, 121-125)

Andere Eltern erlebten den Besuch im SPZ als gänzlich unnötig. Ihre Erwartungshaltung gegenüber dieser Einrichtung wurde nicht erfüllt, da ihnen dort nichts Neues gesagt werden konnte.

In den Kommunen und Landkreisen, in denen Familien hiervon betroffen sind, kritisieren die dazu befragten Eltern die lokale Regelung, dass die Frühförderung mit der Bewilligung eines I-Platzes im

Kindergarten ausläuft. Dadurch falle die vorher schon geringe aber effektive Therapie für das Kind weg:

„wenn der Integrationskindergartenplatz bewilligt wird von dem Kreis, dann soll die Frühförderung sozusagen auslaufen und so ist es im Gesetzestext geplant, Frühförderung soll auslaufen und der integrative Kindergarten oder Integrationskindergarten soll dann sozusagen diese häusliche Frühförderung ersetzen. In unserem Fall ist genau das Gegenteil der Fall, die Integrationsmaßnahme konterkariert eigentlich die Frühförderung und die Frühförderung macht Fortschritte mit dem Kind und der Kindergarten ist eher momentan das Hemmbeil. Führt aber noch zusätzlich dazu, dass uns die Hälfte der Therapie, wenigen Therapien, die es letztendlich gibt für das Kind, auch noch genommen wird.“ (IB2E1, 32)

Eine Mutter stellt positiv fest, wie förderlich es für ihr Kind ist, Frühförderung und Therapien in der Kindertagesstätte zu erhalten, da es im Anschluss zu Hause frei von Verpflichtungen ist:

„ist halt eine sehr starke Erleichterung, dass die Therapien im Kindergarten stattfinden. Das heißt, wenn er vom Kindergarten Heim kommt hat er Freizeit wie jedes andere Kind auch, um Sachen zu machen die ihm halt auch Spaß machen ne.“ (IB1E1, 74)

Regional davon betroffene Eltern machen die Erfahrung, dass die hessischen Umsetzungsregelungen für die Komplexleistung Frühförderung in angrenzenden Bundesländern unbekannt sind und keine Gültigkeit haben. Sie kritisieren, dass aufgrund der unterschiedlichen Systeme Absprachen nur erschwert möglich sind. Die Frühförderstelle zeigte sich aber auch hier in einer vermittelnden Beratungs- und Aufklärungsfunktion:

„Aber es ist natürlich dann schwer, wenn das länderübergreifend ist, und die des halt in dem Ausmaß nicht kennen. (...) Beim letzten Bericht mussten die ja dann auch mit unterschreiben und es war also der, das war, och. (I: Diesen Förder- und Behandlungsplan?) Ja, das war was. (...) Das war sehr schwierig, da kam dann zum Schluss aus der Verwaltung ein Anruf vom Verwaltungschef, die konnten damit absolut nichts anfangen ja? Und wurden dann wohl auch von der Frühförderstelle dann beraten, was da denn jetzt ist, und warum und wieso weshalb. Und da denke ich mir, hey Gott, wir sind doch ein <lachend> Deutschland! Aber anscheinend sind die Ländergrenzen doch <lachend> noch so stark in manchen Dingen.“ (IB1E2, 74-78)

Weitere Schwierigkeiten sieht oben genannter Vater in der schon erwähnten getrennten Finanzierung der Komplexleistung und der daraus resultierenden Konsequenz, dass sowohl Sozialhilfeträger und Krankenkasse vom Leidensdruck des Kindes überzeugt werden müssen:

„Es ist ja so, dass die Ergotherapie zum Beispiel von der Krankenkasse bezahlt wird, und auch dort Frühförderung über den Kinderarzt genehmigt werden muss. Der stellt also ein Rezept aus praktisch. Wobei die Frühförderung zu Hause zum Beispiel, der pädagogische Teil, wird sozusagen von dem Träger geleistet und ja das sind eben eigentlich auch abrechnungstechnisch und auch rein von der Instrumentalisierung der Maßnahmen halt ich das für ein bisschen schwierig. Also die, man hat letztendlich zwei verschiedene Personenkreise, die man überzeugen muss von dem Konflikt, den das Kind hat.“ (IB2E1, 20)

Der gleiche Vater bemängelt fehlendes Budget und fehlende Kapazitäten für notwendige Öffentlichkeitsarbeit der Frühförderstellen. Angestellte seien nicht für Marketingaufgaben ausgebildet (Schulung in der Rhetorik, Websitegestaltung, etc.); diese seien jedoch wichtig für die Frühförderung betreffende Aufklärungsarbeit. Der dadurch entstehende Mehraufwand müsste in den Strukturen mehr berücksichtigt werden, da die Frühförderung ihren Bekanntheitsgrad erhöhen müsste.

3.3 VERÄNDERUNGEN IN DER KLIENTEL UND DEREN AUSWIRKUNGEN

In Folge wird der Frage nach beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel und deren Auswirkungen auf die Frühförderung nachgegangen.

3.3.1 Mehr soziale Krisen: Fokus auf Familiensystem, Frühförderung als Impulsgeber

Alle dazu befragten Experten äußern sich insgesamt zu einer beobachtbaren verschärften sozialen Problematik, von der ihre Klientel betroffen ist (vgl. hierzu auch Hoanzl/Weiß 2010: 250; Herz 2010: 333ff; Borchardt/Nordmann 2010: 329ff). Es sei grundsätzlich erforderlich, das gesamte Familiensystem zu diagnostizieren, statt den Fokus allein auf das Kind zu richten. Ein häufig erlebter existentieller Leidensdruck ihrer Klientel macht es erforderlich, grundlegende Impulse zu setzen und die Nöte der Eltern mit zu berücksichtigen, bevor die eigentliche Frühförderung beginnen kann:

„Häufig ist es so, dass Eltern durch diese ganzen Lebensbedingungen, Probleme mit Arbeit oder nicht Arbeit, viele müssen gucken, wie sie ihre Existenz sichern, ob es Schulden sind, das kommt oft dazu. Dass so die Frühförderung, na ja, die reine Existenz geht natürlich erstmal vor. Und dass sie einfach nicht mehr so die Energie haben, aufnahmebereit für Frühförderung zu sein - sie zwar dann machen, aber ist ja ganz klar, wir können ja mit einer Stunde in der Woche immer nur „Impulsgeberinnen“ sein, ne? Das hat sich verändert und, wie soll ich das benennen? Ein Wissen darüber, was ein Kind an ganz grundlegenden Bedürfnissen braucht, grundlegende Dinge: regelmäßiges Essen, Bewegung, Zeit, nicht zugeflutet werden mit allen möglichen Reizquellen und dass wir oft erstmal eine Grundlage geben müssen, ehe wir mit anderen Dingen arbeiten können.“ (IK6F1, 84)

3.3.2 Mehr psychisch belastete Familien: Kleine runde Tische, Jugendamt einbinden

Psychisch belastete, labile und zum Teil schwer erkrankte Eltern prägen zunehmend die Klientel vieler Frühförderstellen (vgl. hierzu auch Lier-Schehl 2010: 72ff; Trost 2010: 79ff; Pretis/Dimova 2010: 365ff). Hier werden als Konsequenz verstärkt kleine runde Tische angeboten und Eltern unabhängige Profirunden eingesetzt, um einen weniger belastenden interdisziplinären Austausch zu gewährleisten und prekären Themen Raum zu geben.

An dieser Stelle zeigt sich die zunehmende Notwendigkeit, die Jugendämter in die Kooperation mit einzubeziehen.

3.3.3 Zunahme einer Konsumentenhaltung: Hilfe zur Selbsthilfe

Kritisch festgestellt wird eine zunehmende Konsumentenhaltung mancher Eltern, insbesondere die Tendenz, Verantwortung für die Erziehung der eigenen Kinder bereitwillig an Fachkräfte abgeben zu wollen und wenig Eigeninitiative zu zeigen. Eine Therapeutin stellt hierzu fest, dass bei manchen sozial schwachen Familien eine Verbindlichkeit nur über Kontrolle und Druck gestiftet werden kann:

„die Motivation ist dann besonders groß, bei den sozial schwachen Familien sag ich jetzt mal, wenn zum Beispiel dann auch schon das Jugendamt eingeschaltet wurde. Wenn da so ein Druck da ist und das Gefühl, wir werden beobachtet. Dann ist auf einmal eine relativ hohe Motivation und Verbindlichkeit da, die dann auch oft sofort weg bricht, wenn die Bescheinigung für das Jugendamt oder für das Gesundheitsamt da ist, um z.B. den I-Platz zu bekommen. Familie XY kommt regelmäßig zur Ergotherapie, dass schafft man dann so diese zehn Stunden und kaum habe ich diese Bescheinigung, dann fängt es an zu bröckeln. Das habe ich ganz oft. Und das finde ich dann sehr ärgerlich, ja? Das zeigt mir ja auch, dass ansonsten wenig umgesetzt wird. Und wenn das Kind dann direkt nach der Therapie wieder vor dem Fernseher geparkt wird, dann weiß ich auch nicht, wie wirksam die Therapie sein kann.“ (IB3ET2, 74)

Dies bedeutet für die Professionellen, dass ihr Arbeitsauftrag idealtypisch darin besteht, dass sie im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe die Eltern wieder befähigen müssen, ihren Erziehungsauftrag zu erfüllen. Sie müssen in Form eines Arbeitsbündnisses Autonomie fördernde Räume schaffen, in denen Eltern ihre Verantwortung wieder wahrnehmen und übernehmen können. Doch „die Frühförderung als historisch mittelstandsorientiertes Förderangebot muss sich der Gefahr bewusst sein, gerade bei der zunehmenden Zahl von Kindern aus sozial benachteiligten Familien diesen ihr etabliertes eigenes Wertgefüge überstülpen zu wollen. [...] es birgt auch das Risiko, dass einem gemeinsamen Arbeitsbündnis bereits hier das Fundament entzogen wird und ein partnerschaftlicher Beziehungsaufbau nicht mehr möglich ist. Unter dem Leitprinzip „Autonomie“ hat ein familiäres System ein Recht darauf, dass seine Wertvorstellungen von externen (intervenierenden) Fachpersonen (zunächst) respektiert werden“ (Sohns 2010: 124). Auszuschließen ist hier selbstverständlich die Gefährdung des Kindeswohls, denn hier habe, so auch Sohn, die Frühförderung eine Verpflichtung zur Intervention (vgl. ebd.: 125).

3.3.4 Weniger manifeste Behinderungen: Schwangerschaftsberatung und Begleitung

Veränderungen zeigen sich nicht nur im familiären Umfeld der Kinder. Auch die Formen der Beeinträchtigungen jener der Frühförderung vorgestellten Kinder verändern sich.

Aus den befragten Frühförderstellen wird von einem Anstieg von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten berichtet. Es besteht der Eindruck, dass die Anzahl von Kindern mit manifesten Behinderungen zurückgehe⁴. Eine mögliche Erklärung könnte laut Aussagen der Interviewpartner/innen darin bestehen, dass diese verstärkt in Einrichtungen, wie z.B. Spezialambulanzen, Autismuszentren, etc. gelangen. Während mehr Eltern erst im späteren Alter ihr erstes Kind bekommen, tauchen die früher zum klassischen Klientel gehörigen Kinder mit Down-Syndrom aufgrund der rasanten und durchaus auch zur Sorge Anlass gebenden Weiterentwicklung der Pränataldiagnostik immer seltener auf⁵ (vgl. Deutscher Ethikrat 2011: 128ff, Sohn 2010: 45ff). Dagegen führt die gleichzeitig verstärkte Inanspruchnahme der künstlichen Befruchtung zu wieder ganz anderen Beeinträchtigungen der Kinder und Bera-

⁴ Auch hierzu findet sich noch keine gesicherte Datenlage und es wären quantifizierende Folgeuntersuchungen erforderlich.

⁵ „So hat die Zahl der jährlich geborenen Kinder mit Down-Syndrom in den Jahren 1973 bis 1994 um 55% abgenommen“ (Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Präimplantationsdiagnostik 2011: 61)

tungsbedarf der Eltern. Beides zeigt das Erfordernis vermehrter Schwangerschaftsberatung und Begleitung von Eltern auch durch die Frühförderstellen:

„Manche Familien betreuen wir auch schon vor der Geburt. Im Moment haben wir drei Familien hier, alle Kinder in einem ähnlichen Alter, wo die Mütter schon während der Schwangerschaft auf uns zu kamen, und wo da schon die Beratung in der Schwangerschaft begann, weil alle drei Mütter wussten, dass sie ein Kind mit Down-Syndrom erwarten. Das war in der letzten Zeit auch etwas öfter. Hatten wir fünf Anfragen. Zwei haben sich gegen die Schwangerschaft dann entschieden, haben einen Abbruch vornehmen lassen und drei haben sich dafür entschieden. Das ist auch noch mal ein ganz neues Thema in der Frühförderung (...) und auch ältere Eltern als früher. Dadurch auch Eltern, die lange gewartet haben, jetzt auch eben mit der künstlichen Befruchtung mehr Möglichkeiten da sind. Allerdings auch Risiken und immer auch mal wieder bei einer künstlichen Befruchtung Zwillinge, wo zum Beispiel ein Kind behindert (...) zu sagen, ich habe mir das Kind lange gewünscht (...) Ganz so selbstverständlich ist es nicht mehr, es ist sicherlich die größere Zahl, die einen Abbruch vornehmen lässt, aber ich denke, (...) dass da doch auch unter Umständen mehr Eltern bereit sind, das Kind auf die Welt zu bekommen, auch wenn eine Behinderung vorliegt.“ (IB1F2, 35-37)

3.3.5 Migrationshintergrund: Bindung schaffen, „Krisen intensiver auffangen“

Alle befragten Frühförderstellen berichten einen steigenden Anteil von Familien mit Migrationshintergrund in ihrer Klientel. Es zeigt sich, dass diese Familien aus vielerlei Gründen noch viel später in die Frühförderung gelangen. Auch scheint hier oftmals eine andere Form der Krisenbewältigung verlangt zu sein, als den Frühförderer/innen aus ihrem eigenen kulturellen Hintergrund her vertraut ist (vgl. Melzer 2004: 155ff). Die zuweilen erschwerte Verständigung erfordert z.B. die Begleitung der Eltern zu externen Terminen und führt zu dem Wunsch nach Personal mit Migrationshintergrund. Als enorm wichtig, aber auch als schwierig wird hier der Schritt beschrieben, überhaupt erst eine Bindung zur Familie zu schaffen und auch zum Kind selbst, denn diese werden teils als „Kinder mit autistischen Zügen aus erlebter Sprachlosigkeit“ beschrieben.

3.3.6 Familien wenig mobil: Mehr Kooperationsverträge

Auch vielen von uns befragten Familien ist ein Aufsuchen der Frühförderstellen nicht möglich, da sie ohne Auto nicht mobil sind und/oder beide Eltern berufstätig sind. Dies führt insbesondere in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen zu vermehrten Kooperationsverträgen mit therapeutischen Praxen vor Ort, da in der Regel nur die pädagogischen Frühförderer/innen umfassend mobil sind und Hausfrühförderung anbieten können. Weiter entfernte Hausbesuche werden für Therapeuten/innen über die Rezepte finanziell nicht abgedeckt.

3.3.7 Berufstätigkeit beider Eltern: Frühförderung in Kindertagesstätten

Es finden sich verstärkt berufstätige Mütter in der Klientel, so dass pädagogische Frühförderung vermehrt in den Kindergärten stattfinden muss. Bringt es den Vorteil, das Kind auch in der Gruppe erleben zu können, Anleitung der Erzieher/innen vor Ort durchführen zu können und die Eltern zu entlas-

ten, leidet doch die direkte Elternberatung darunter. Darüber hinaus gibt es dann weniger Möglichkeiten, die Eltern in die Förderung einzubinden und jene oben genannte Hilfe zur Selbsthilfe zu gewährleisten. Es kann soweit gehen, dass Eltern gar nicht wissen, wann ihr Kind Therapie erhält und sich hier einen transparenteren Informationsfluss wünschen:

„was ich mir vielleicht wünschen würde, müssten wir vielleicht mal ansprechen, einfach dann mal einen Zettel rein, ja? Heute war Ergo, oder so ja? Dass ich auch mal nachfragen kann. Aber im Prinzip, auf der einen Seite sage ich ja, ist es gut im Kindergarten und entlastend, ja? Auf der anderen Seite sage ich naja, ich weiß jetzt aber nicht so recht, ja? Ich denke, es ist einfach schwer zu händeln. Das wäre vielleicht eine Idee direkt bei ihr an den Haken, wo einfach ein Schild daran ist, heute war Ergotherapie, wo man weiß, okay heute war was und man kann noch mal nachfragen.“ (IB1E2, 24)

3.3.8 Veränderte Klientel: Zuständigkeiten sichern – Berufsbild

Frühförderer/in

Die veränderte Klientel führt zu unterschiedlichen Beobachtungen und Forderungen der Befragten. Stellen einige Frühförderer/innen kritisch fest, dass sich manche Ärzte/innen aufgrund uneindeutiger Diagnosen weniger zuständig fühlen, fordern zwei Kinderärzte/innen ein gesellschaftliches Umdenken, das dazu führen muss, dass Therapeuten/innen fest im öffentlichen Dienst, bzw. den Kindertagesstätten und –krippen angestellt werden. Eine noch intensivere Beratung und Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen sehen weitere externe Therapeuten/innen und Kinderärzte/innen als erforderlich an. Positiv verortet wird von einem Kinderarzt die niedrige Eintrittsschwelle der Frühförderung, die – auch bezeichnet als „offene Anlaufstelle“ – ein Angebot für alle Eltern bereitstellt, die sich um die Entwicklung ihrer Kinder sorgen:

„Was ganz positiv ist, dass die Schwelle relativ niedrig ist für die Eltern, also so eine Eintrittsschwelle und auch was schon ganz gut ist, dass die Anforderungen, die ein Kind in Anführungszeichen haben muss, damit es praktisch aufgenommen wird in der Frühfördermaßnahme, das ist ja doch relativ niedrigschwellig gehalten. Das ist jetzt nicht so, dass ich jetzt hier irgendwie in jedem Fall wirklich ein behindertes Kind haben muss, um überhaupt Frühförderung zu bekommen, um es beantragen zu können, sondern dass es ja auch Gott sei Dank ausreicht, wenn ich andere Auffälligkeiten habe, die halt eben einfach eine Fördermaßnahme brauchen.“ (IB2K2, 72)

Wichtig sei von Seiten eines Vaters und eines weiteren Kinderarztes, dass die gesellschaftliche Zuständigkeit der Frühförderung für diese Klientel gesichert werde:

„Und da denke ich, wäre wichtig, wenn der Staat sich da noch ein bisschen mehr reinhängen würde. Nicht nur davon reden, wir müssen die Ausländer integrieren, man muss es wirklich dann auch auf dieser Ebene irgendwie umsetzen. Und da ist eine Frühförderstelle sicher kein schlechter Ansprechpartner. Und dann denke ich, ist das auch so eine Art Frühförderung, also das muss nicht gleich mit einer Art Behinderung in dem Sinne zu tun haben, vom körperlich, geistigen oder sonst was, sondern auch von, sag ich jetzt mal, sozialer Behinderung. Weil das soziale Umfeld in irgendeiner Form nicht dem entspricht. Und da ist es gut, wenn man auch mobile Kräfte hätte. Wir haben viele Leute, die man schwer in die Pötte kriegt und wir haben immer wieder auch Familien, die auch so schlecht mobil sind, dass wir die einfach auch von zuhause nicht regelmäßig weg kriegen.“ (IB2K1, 276-278)

Eine kontinuierliche Weiterbildung der Leistungserbringer und der Weg hin zu einem eigenständigen Berufsbild Frühförderer/in werden abschließend als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige,

professionelle Arbeit im Arbeitsfeld Frühförderung und den Herausforderungen eines veränderten Klientel genannt:

„Und da müssen wir das ganze System diagnostizieren. Das heißt, wir müssen uns als Frühförderer eigentlich ständig weiterbilden. Das verlange ich aber von allen, die in so einem Bereich arbeiten. Aber das sind Bereiche, die in den nächsten fünf Jahren in einem Berufsbild Frühförderin da sein sollten.“
(IK4F2, 47)

3.4 AUSWIRKUNGEN LEISTUNGSRECHTLICHER BESTIMMUNGEN

Das folgende Kapitel widmet sich der Frage, wie sich leistungsrechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Regelungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung auswirken. Im Folgenden sollen diese Aspekte näher beleuchtet und in Bezug auf die Kooperation dargestellt werden.

3.4.1 Heilmittelverordnungen

Damit sich die Kinderärzte/innen gegen mögliche Regressforderungen absichern und ihre Leistungen gegenüber der Krankenversicherung rechtfertigen können, werden verschiedene Verfahren gewählt. Manche Kinderärzte/innen bestellen ihre Patienten nach Beendigung eines Therapiereseptes zur Überprüfung in die Praxis. Andere sichern sich durch das SPZ ab, indem sie ihren Patienten nach einer bestimmten Anzahl von Therapien eine Überweisung in das nächstgelegene SPZ geben:

„Wenn das jetzt so und so viele Rezepte Logopädie sind, muss das Kind ins SPZ zur Abklärung, grundsätzlich. Auch als Rückendeckung, mach ich auch ganz gern.“ (IB2K1, 36)

Von Seiten kooperierender Therapeuten/innen wird dieses Vorgehen meist als problematisch eingestuft und als Verweigerungshaltung der Kinderärzte/innen, berechnete Rezepte auszustellen. Diese delegierten die Zuständigkeit und ihre Verantwortung weiter an das SPZ oder an HNO-Ärzte:

„Oder dass bestimmte Ärzte zu mir sagen: Ha! Ich weiß! Die Krankenkasse X! Ab den Sommerferien muss ich wieder mit Regressdrohungen rechnen. Die wurden bisher noch nicht wahrgemacht. (...) Und dann kommt natürlich so ein Kinderarzt und macht es sich bequem und sagt: Ich schick alle zum HNO-Arzt oder stelle keine Rezepte aus. Da gibt es einige! Die schicken gleich zum HNO-Arzt, weil der ein größeres Kontingent hätte. Bah! Der Kinderarzt ist dafür zuständig! Der schon sein Budget!“ (IK6L1, 145)

Diese weit über die Komplexleistung hinausgehende Verweigerungshaltung wirke sich sowohl auf die Therapeuten/innen, als auch auf die Patienten aus: Externe Therapeuten beklagen finanzielle Einbußen in ihrer Praxis:

„Aber es war eine große Einbuße für viele hier im Raum. Da wurde viel weniger verordnet. Sagen wir es mal so: Das war ne richtige Durststrecke. Und die Praxen haben auch jetzt noch ganz heftig zu knapsen.“ (IK4ET/L1, 30)

und Patienten verlieren kostbare Behandlungszeit. Es komme auch vor, dass selbst extreme Fälle „vertröstet“ bzw. verharmlost werden:

„Das ist manchmal schwierig. Dann hat man ganz extreme Fälle, die dann einfach vertröstet werden. Oder wo die Ärzte meinen, es wächst sich aus, ja?“ (IK4ET/L1, 44)

Ein Dilemma für die Heilmittelerbringer zeigt sich in ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit von verordnenden Ärzten/innen und dem daraus resultierenden Misstrauen, sie würden nach wirtschaftlichen Interessen und nicht gemäß der Bedarfslage ihrer Klienten/innen handeln und therapieren:

„weil immer wieder der Verdacht aufkommt, dass die Fortsetzung (einer Therapie, Anm. N.M.) empfohlen wird, weil es eben für die Heilmittelerbringer wirtschaftlich sinnvoll ist.“ (IK4K1, 72)

Therapeuten/innen selbst stellen fest, dass solcherart Vorwürfe auf manche Heilmittelerbringer zutreffen, so dass sie die Vorwürfe nachvollziehen können:

„ich hab da auch schon angerufen und gesagt: der Arzt zickt, ja? Könntet ihr vielleicht da mal was sagen? Vielleicht hören die da eher. Weil bei mir sagen die nur, ich will Geld verdienen und ich will Rezepte haben, ja? Das ist leider so. Wobei ich bestimmt auch von Logopäden weiß, die das vielleicht ein bisschen zu weit ausreizen, das gibt's auch. Es gibt auch welche, die nur Schindluder betreiben.“ (IK6L1, 47)

Doch sei an dieser Stelle deutlich hervorgehoben, dass dagegen in den hier untersuchten Fällen festgestellt wurde, dass alle an der Komplexleistung beteiligten und befragten Therapeuten/innen vielmehr gegen ihr wirtschaftliches Interesse handeln und über die finanziell gesicherten Anforderungen hinaus starkes Engagement zeigen, um den eigenen Erwartungen an eine Komplexleistung gerecht zu werden. Sie alle äußerten das alleinige Interesse an einer Verbesserung und Anerkennung der Komplexleistung Frühförderung in Hessen.

Therapiehoheit

Schwierig ist es auch für viele Frühförderer/innen interdisziplinär kooperierender Einrichtungen nachzuvollziehen, worin die eigentliche Motivation der Kinderärzte/innen liegt, sich für oder gegen eine Verordnung zu entscheiden:

„Das ist für uns, für mich, ist es oft nicht genau ersichtlich, weshalb Ärzte jetzt eine Therapiemaßnahme empfehlen, befürworten und auch das Rezept ausstellen oder nicht. Manche haben schon früher deutlich gesagt, ja es hat 'n Zusammenhang mit dem Budget, bei anderen hat es gar keine Rolle gespielt. Ich hoffe, dass das mit der Komplexleistung wirklich in der nächsten Zeit noch mal bewusster wird bei den Ärzten und dann die Sache auch vereinfacht. Aber ich denke, das braucht seine Zeit.“ (IK6F2, 49)

Auch wenn aufgrund der Abrechnungspseudokennziffer die Gefahr eines Regresses weniger wahrscheinlich ist, müssen die Kinderärzte/innen dennoch die Verordnung der Therapien genau im Auge behalten und im Nachhinein belegen können. Damit dies gelingen kann, müssen aus Sicht aller befragten Kinderärzte/innen sie selbst die Therapiehoheit haben:

„Ich bin schon bemüht im Sinne der Notwendigkeit Verordnungen unabhängig vom Budget zu verordnen, jedoch die Therapiehoheit muss hier bleiben. Ich denke, die Therapiehoheit sollte eindeutig beim Arzt liegen und ich möchte nicht blind irgendwelche Verträge unterzeichnen, hinter denen ich nicht stehen kann (...) Natürlich kann man vermuten, dass es Budget bedingt ist, sehe ich in erster Linie nicht.“ (IK4K1, 4-8)

Zum Thema Therapieverordnungen differenzieren viele der befragten kooperierenden Therapeuten/innen zwischen Klientel, die an die FFS angebunden und jener, welche nicht an die FFS gekoppelt ist. Bei Kindern der Komplexleistung sei eine Verordnung für die Ärzte/innen leichter auszustellen, da sie sich zur eigenen Absicherung auf gesetzliche Bestimmungen beziehen können. Des Weiteren sei hier eine Verordnung leichter zu vertreten, weil die Klientel der Frühförderung meist stärker von Behinderung bedroht oder betroffen ist:

„Also grundsätzlich ist es bei den Kindern, die jetzt von der Frühförderstelle kommen, mit Sicherheit leichter, denn die haben ja auch noch mal eine ganz andere Form von Diagnose oder sind noch mal ganz anders von Behinderung bedroht, ne? Als Kinder, die jetzt kein Klientel wären für die Frühförderstelle, ja? Also von daher denke ich, ist es auch für die Ärzte wirklich da leichter, zu verordnen. Weil sie einfach das Gesetz da auch noch mal im Rücken haben. Hinter sich haben.“ (IB3ET2, 44-44)

Die tatsächliche Umsetzung aber ist von Kinderarzt/ärztin zu Kinderarzt/ärztin verschieden. Einige verordnen Therapien unabhängig von Budgetfragen und immer bedarfsorientiert auf das jeweilige Kind bezogen:

„alles das, was er braucht und was ich für sinnvoll halte. Entweder aus eigenem Antrieb heraus oder aber durch Gespräche mit Ergo, Logo, wird dann auch alles umgesetzt. Also von meiner Seite - überhaupt keine Knüppel. Also nix mit: „wir dürfen nicht mehr und wir sind schon weit über dem Budget“, interessiert mich nicht. Interessiert mich überhaupt nicht.“ (IB1K1, 66)

Andere Ärzte/innen schreiben lieber einzelne Rezepte zu viel auf, als sie es vielleicht für tatsächlich nötig halten. Wenn Eltern eine Weiterbehandlung hartnäckig einfordern und sich dadurch besser anerkannt und behandelt fühlen, werde die Zusammenarbeit nachhaltig entlastet und mithilfe einer hohen Patientenzufriedenheit auch Kosten gespart:

„Deswegen denk ich manchmal, schreibst du ein Rezept zuviel (...) letztendlich, laut Richtlinie müsste da einiges mehr passieren. Aber ich denke, wenn nur alle damit glücklich sind, schreib ich es. Und meistens ist der Erfolg dann übrigens auch besser, als wenn diejenigen, die sich da nicht richtig behandelt fühlen, (...) nur damit zu tun haben, sich dagegen zu verwehren, dass sie das nicht mehr kriegen. Da ist der Erfolg meist deutlich negativer und am Ende auch teurer, als wenn ich das jetzt zehn Stunden mehr mache oder so. Alle sind damit zufrieden.“ (IB3K1, 100)

Ein Kinderarzt versucht äußerst kritisch, eine Balance zwischen Therapiewunsch und Wirklichkeit zu halten.

„Auf der einen Seite soll man nicht alles abnicken, auf der anderen Seite nicht aus einer gewissen Opposition heraus zu viel abzulehnen.“ (IK4K1, 162)

Eine Kinderärztin äußert den Wunsch an die Frühförderung, dass ein möglicher Therapiebedarf zunächst mit ihnen besprochen und danach erst an die Eltern weitergegeben wird:

„Da gibt es manchmal so ein paar kleine Hackereien, wenn jemand aus der Frühförderung für unser Dafürhalten voreilig etwas vorschlägt oder den Eltern was vorschlägt - mir ist es immer recht, wenn die das erst mit uns besprechen. (...) Ungünstig ist immer, dass direkt mit den Eltern zu diskutieren. Hört sich blöd an, aber es ist ungünstig, weil man ganz schlecht zurückrudern kann. Wenn man aus irgendwelchen Gründen feststellt, es muss jetzt nicht sein.“ (IB3K1, 98)

Pädagogische Frühförderinnen beider Einrichtungsformen legen im Interview Wert auf einen „vorsichtigen“ Umgang mit Zuständigkeiten, so dass sie innerhalb der Kommunikation und Abstimmung mit den Kinderärzten/innen, gegebenenfalls auch der Vermittlung zwischen Eltern und Kinderärzten/innen darauf achten, Therapiehoheiten nicht zu verletzen:

„Und wie dann die therapeutische Maßnahme aussieht, das muss auch der Kinderarzt entscheiden also ich kann da nicht reinschreiben das Kind braucht Ergotherapie. Ich glaube da wäre der Kinderarzt vielleicht auch etwas verärgert. In diesem Fall habe ich mich vorsichtig ausgedrückt mit der Bitte um eine therapeutische Überprüfung. Der Kinderarzt hat dann reagiert, das war ja in dem Fall der Dr. Schmitzek und der hat dann auch die Ergotherapie ausgestellt.“ (IB2F1, 44)

Rezeptauflagen

Einen von Unmut und Frustration geprägten Bereich stellen die von den Krankenkassen vorgegebenen Rezeptauflagen für die Leistungserbringer dar. Die Gleichbehandlung der Abrechnung von Heilmittelerbringung innerhalb und außerhalb der Komplexleistung, ohne finanzielle Berücksichtigung der interdisziplinären Zusatzleistung, stellt kooperierende Therapeuten/innen und interdisziplinär besetzte Frühförderstellen vor immense Probleme und führt zur Unterfinanzierung der gesamten Komplexleistung. Die Anforderungen und das damit verbundene Engagement steigen, doch fehlt durch die alleinig gesicherte Finanzierung der Therapieleistung beim Kind eine angemessene finanzielle Absicherung jeglichen darüber hinausgehenden Engagements durch die Krankenkassen (vgl. auch Melzer 2004: 162):

„(...) die Krankenkassen sagen, wir nehmen die Therapie, die direkt beim Kind stattfindet, und das was drum rum stattfindet, was wirklich eigentlich Komplexleistung ausmacht und interdisziplinäre Arbeit ausmacht, das bleibt unfinanziert.“ (IB1F2, 4)

Großen Druck und Mühen bereiten zudem die Auflagen zur Gültigkeit von Rezepten. Insbesondere die Frühförderung ist von häufig krankheitsbedingten Absagen der Förder- und Therapiestunden teils körperlich schwer beeinträchtigten Kindern betroffen. Dass Verordnungen nach nur zwei Wochen Therapieausfall an Gültigkeit verlieren und nur durch ein meist mit großem Aufwand zu führendes Änderungsprozedere oder Neuausstellung durch die Kinderärzte/innen weiter therapiert werden kann, erschwert den laufenden Arbeitsalltag der internen und externen Therapeuten/innen.

„Es gibt dann ja auch Absagen, gerade unsere Kinder sind häufig krank und dann muss man Termine verschieben, dass es eben doch noch im Rahmen bleibt, sonst hat man wieder den Druck, die Eltern wieder zum Arzt zu schicken oder wieder mit dem Arzt zu telefonieren: "Das ist ungültig geworden, wir brauchen wieder ein Neues" und so. Und das ist auch was sehr Belastendes für uns therapeutische Mitarbeiter. Wir sind auch viel unterwegs und dann muss man viel telefonieren. Das geht dann nur hier und das ist dann in der Mittagszeit und dann sind die Praxen nicht offen, da sind die Eltern unterwegs und Kindergarten hin und her. Das sind alles so erschwerende Bedingungen. Und ja, das macht wirklich einen großen Druck.“ (IB3L1, 154)

Das Ausfüllen und Ändern von Rezepten raubt durch das Einhalten von bestimmten Formalitäten und Formulierungen auch viel Zeit und Geduld der Kinderärzte/innen:

„Ich meine, allein das Ausfüllen von so einem Rezept, das ist ja schon eine Kunst für sich. Und wir haben dauernd irgendetwas noch mal nachzutragen und hier noch zu ändern und da noch ändern und dort noch ändern.“ (IB1K1, 14)

„Die Schikanen sind die Rezeptausfüllereien und die Einschränkungen und Zeiten, die das notwendig machen, dass man sich da reduziert und Begrifflichkeiten einhält und das ist einfach Schikane. Das schikaniert die Frühförderung auch.“ (IB3K1, 78)

Aber auch von den Kinderärzten/innen selbst bestimmte Rezeptauflagen erschweren die therapeutische Arbeit im Rahmen der Komplexleistung. Eine Logopädin sieht das Problem der Therapieverordnungen nicht bei der generellen Vergabe, sondern in der mangelnden Flexibilität des vom Kinderarzt vorgesehenen zeitlichen Rahmens der Therapien:

„Klar! Der sieht da einen klaren Bedarf, das ist gar keine Frage. Wir haben kein Problem die Verordnung zu bekommen (...) Aber eben immer nur in diesem Rahmen. (...) Alle, die ich von ihm bekomme, haben diese 30 Minuten.“ (IK5L1, 198-206)

Diese Therapiezeit ist jedoch zu eng gefasst, um alle nötigen Anforderungen der Komplexleistung erfüllen zu können.

3.4.2 Abgabe medizinisch – therapeutischer Leistungen der Frühförderung in externen Einrichtungen

Zwiespältig sind die Aussagen der Frühförderinnen zu der Möglichkeit, im Rahmen der Komplexleistung auch im Kindergarten Therapien interner und externer Therapeuten anbieten zu können. Neben den Argumenten, die für diese Maßnahme sprechen - gerade für schwer betroffene Kinder (Überforderung am Nachmittag, Austausch mit und Beratung von Erziehern/Innen, nur begrenzte Fehlzeiten innerhalb von Integrationsmaßnahmen) – fand sich eine Frühförderstelle in einer Kontrollfunktion wieder, um mögliche Regelmisbräuche zu verhindern. So berichtet eine Frühförderin von gescheiterten Versuchen, in denen die Komplexleistung unabhängig eines tatsächlichen Bedarfs eingefordert wurde, nur um die Eltern mithilfe der Therapie im Kindergarten zu entlasten:

„Es gibt ja auch Gefahren, z.B. gab es hier auch mal die Vorgabe, dass Therapien- also dass wechselt ja ständig- Therapien im Kindergarten nur durchgeführt werden können, wenn Frühförderung mit drin ist. Sonst gibt's ja Therapien nur in der Praxis und vielleicht mal in Einzelfällen zu Hause aber eigentlich nur in der Praxis. Und da haben wir uns ganz klar distanziert. Wir machen nicht Kinder zu Frühförderkindern, damit dann die Eltern entlastet sind! Also, ist natürlich auch wichtig, ja? Aber da muss man dann gucken, welche Eltern das auch sind, damit das Kind die Therapie im Kindergarten erhält, ja? Da haben wir einige Beispiele gehabt, wo wir gedacht haben, das ist ja jetzt ganz offensichtlich, ja? Da ist eigentlich kein Frühförderbedarf. Und da muss man auch gucken, wie wird das dann auch missbraucht!“ (IK5F1, 257)

3.4.3 Kooperationsvertrag

Zusammenarbeit ohne Kooperationsvertrag

Unsicherheiten bestehen auf Seiten der Frühförderstellen bezüglich der Zusammenarbeit mit externen Praxen, die sich gegen einen Kooperationsvertrag entschieden haben. Zum einen bestehen die freie Therapeutenwahl der Eltern und die weitreichende Erfahrung, dass eine gute Zusammenarbeit auch ohne Vertrag möglich ist. Zum anderen gibt es die klare Anweisung, eine Zusammenarbeit über die Verträge zu regeln und auch nur dann die Leistung im Rahmen von Honoraren für runde Tische und über die Förder- und Behandlungspläne abrechnen zu können. Wie diese Kontrollfunktion jedoch umzusetzen ist, ist den Frühförderstellen überlassen. Es wird in allen untersuchten Einrichtungen versucht, auch diese Praxen einzubinden, teils durch Überzeugungsversuche, bei festzustellendem Unwillen hinsichtlich der Bereitschaft zur Kooperation mit zunehmenden Druck und zuletzt auch in dem Bewusstsein, dies nicht zu dürfen, einer Empfehlungen an die Eltern:

„im Moment sehe ich eine Grenze: Sind die nicht eingebunden und wollen das nicht, dann wird`s schwierig. Klipp und klar. Ich sage: „ich schmeiße Sie raus“. Also ich mach das nicht so brutal, aber ich sag mal: "Bemüht euch um ne IK-Nummer." Und wenn ich merke, die wollen das nicht, dann frag ich natürlich warum und wieso und geh den Gründen nach. Aber wenn ich da so eine Strategie bemerke, dass die auch nicht kooperativ sind, dann geh ich ziemlich aggressiv vor, muss ich sagen. Die haben keinen guten Stand dann bei mir. (...) Darf ich eigentlich nicht, ich gebe auch Empfehlungen. (I: Empfehlungen an die Eltern?) Ja. Darf ich eigentlich auch nicht, sag ich Ihnen ganz offen. Heikles Thema. Aber ich gebe sie nur da, wo ich weiß, da sollten sie besser nicht hingehen.“ (IK4F2, 53-57)

Eine Logopädin mit Kooperationsvertrag betrachtet den möglichen Verlust der freien Therapeutenwahl für die Familien im Zusammenhang mit dem Kooperationsvertragssystem kritisch:

„Da gibt es ja schon viel Kritik, ja? Wenn jemand den Kooperationsvertrag nicht eingeht und die Frühförderstelle dann mit den Therapeuten nicht mehr zusammenarbeiten will, kann, muss - wie auch immer (...) ist keine freie Therapeutenwahl mehr für die Familien möglich, was ja eigentlich gesetzlich vorgeschrieben ist, ne?“ (IK5L1, 250-254)

Praxen, die sich auf keinen Kooperationsvertrag einließen, fielen demnach für eingebundene Familien als zur Verfügung stehende Therapeuten/innen weg.

Zusammenarbeit mit Kooperationsvertrag

Es wird deutlich, dass insbesondere die interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen die Zusammenarbeit mit externen Praxen auf Basis des Kooperationsvertrages als intensiver erleben und ihn zur Erschließung neuer Netzwerke nutzen konnten. Alle Befragten betonen zwar, dass die Zusammenarbeit auch schon vor der Einführung der Komplexleistung meist gut und durchaus kooperierend war, doch wird besonders die Zusammenarbeit mit den schon zuvor stark engagierten Praxen als noch intensiver wahrgenommen:

„Auch da haben wir Praxen, mit denen wir da schon ganz lange intensiv zusammenarbeiten, wo es sich vielleicht noch mal mehr intensiviert und andere, die man vielleicht noch nicht so kontaktiert hat, sind jetzt dazukommen (...) Aber insgesamt ist die Kooperation also breiter gefächert. Einmal vom Gebiet auch mit mehr Praxen und mit den Einzelnen auch intensiver. Gerade mit denen, mit denen wir auch vorher schon gut zusammen gearbeitet haben.“ (IK5F1, 36)

Von Seiten der befragten kooperierenden Therapeuten/innen wird der Kooperationsvertrag aber als überwiegend unwirtschaftlich kritisiert, denn:

- Es entsteht ein unentgeltlicher höherer Verwaltungsaufwand durch das Verfassen zusätzlicher Berichte und Formulare (z.B. Rückmeldungen)
- oder bei der Rezeptabrechnung und den zu berücksichtigenden Differenzierungen der Kostenträger (der IK-Nummer).
- Zusätzliche Aufwandsentschädigungen wie Fahrtgelder werden nicht berücksichtigt und zusätzliche Arbeit wie Telefondienste nicht honoriert.
- Die Therapeuten/innen beschreiben das System als kompliziert
- und riskieren durch den zusätzlichen Verwaltungsaufwand weitere Fehlerquellen in der Abrechnung, was einen unnötigen Zeitverlust der Honorierung zur Folge haben kann.

Der erhöhte Mehraufwand erschwert die therapeutische Arbeit und wirkt sich teils demotivierend auf die Therapeuten/innen aus:

„Ja, das ist halt schon ein formeller und auch ein bürokratischer anderer Aufwand, noch ein zusätzlicher Aufwand. Man muss halt immer darauf aufpassen, dass man die richtige IK-Nummer verwendet. Und bei Fehlern gibt es wieder Rückläufe, weil das nicht stimmt (...) Das vereinfacht nicht, sondern erschwert es halt nur. Und ich denke auch, die Bereitschaft, meine persönliche Bereitschaft leidet darunter ganz immens.“ (IK4ET2, 126-130)

Positiv hervorgehoben wird hingegen besonders von drei Therapeuten/innen der Austausch innerhalb eines interdisziplinären Teams. Sie verstehen sich als Teil eines Teams, was insbesondere die befragten Praxisinhaber/innen als entlastend und bereichernd beschreiben. Sie kritisieren aber, dass es sich wirtschaftlich nicht lohnenswert für sie rechne. Die Kooperation sei wichtig, aber sie müsste angemessen honoriert werden, denn:

„nur für die Ehre, da kann ich nicht satt werden von. Tut mir leid.“ (IK4ET2, 267)

Eine Logopädin sieht für sich weder finanziell noch vom Austausch her Nachteile durch den Kooperationsvertrag. In ihrem Fall werden die interdisziplinären Gespräche von der Frühförderstelle bezahlt, was sich für sie als Praxisinhaberin steuerfrei auswirkt. Allerdings sieht sie durch die Einführung des Kooperationsvertrags auch keine Verbesserung in ihrer therapeutischen Arbeit. Der interdisziplinäre Austausch sei auch vorher schon praktiziert worden; verändert habe sich lediglich der zusätzliche Verwaltungsaufwand:

„(...) habe ich den Eindruck, dass sich durch die Kooperation eigentlich nichts geändert hat an der Zusammenarbeit. Also, ich habe auch vorher schon eng mit der Frühförderstelle zusammengearbeitet (...) hat sich bei mir eigentlich nur geändert, dass ich Formulare ausfüllen muss und sonst nix. Sonst war es erfreulicherweise auch vorher schon sehr gut.“ (IK5L1, 24)

3.4.4 Interdisziplinäre Befunderhebung

Besonders innerhalb der interdisziplinär besetzten Frühförderstellen wird betont, dass erst seit der Komplexleistung eine interdisziplinäre Eingangsdagnostik – In einer Einrichtung zudem regelhaft interdisziplinäre Erstgespräche – stattfinden. Auch wenn bei einem Kind zunächst oder ausschließlich mit einer therapeutischen Maßnahme begonnen werden soll, wird teils durch Hospitation und Beobachtungen im Kindergarten – teils durch gezielte Befunderhebung – eine pädagogische Diagnostik zu Beginn durchgeführt. Jene Pädagogen/innen bleiben auch in Folge als Ansprechpartner/innen für bedarfsorientierte Beratung der Eltern im Fall und agieren häufig im Hintergrund. Sie sehen sich dann in der (Mit-)Verantwortung, bis hin in einer Kontrollfunktion:

„weil ich muss das ja auch mit ein bisschen im Auge haben, was die Frau Weller (interne Therapeutin, Anm. N.M.) mit dem Jungen macht. Wie das aussieht noch mal mit pädagogischem Beratungsbedarf. Ich denke das ist halt dann wichtig, beide müssen sich verantwortlich fühlen, die Ergotherapeutin, so wie die Heilpädagogin. In dem Fall würde ich auch, wenn die Maßnahme bei dem Maurice aus Sicht der Ergotherapie beendet wäre, noch mal einsteigen, also was heißt einsteigen, noch mal ein Abschlussge-

spräch führen. Entweder ist es dann für mich auch ein Abschlussgespräch oder die Mutter signalisiert mir, sie braucht da noch mal mehr Unterstützung.“ (IB2F1, 44)

Mehr Vertrauen in Kompetenzen

Von genau dieser Frühförderstelle wird seit Einführung der Komplexleistung mehr Anerkennung ihrer Professionalität seitens der Mediziner/innen wahrgenommen. Ihrem Urteil wird mehr Vertrauen beigegeben und ihre Leistungsangebote dankbar angenommen. Ärzte/innen beanspruchen gerne die interdisziplinäre Diagnostik, auch um die Wartelisten Sozialpädiatrischer Zentren zu umgehen:

„Im Rahmen der Komplexleistung kann man sich aber auch beim Arzt gegenüber ein Stück weit anders positionieren. Wir brauchen ja auch die Verordnung für diese Eingangsdiagnostik. Also die Arbeit, gerade mit dem medizinischen Bereich, hat dadurch schon irgendwo auch mehr Gewicht bekommen. Wir haben auch gemerkt, dass einfach auch dadurch wirklich mehr Anfragen auch an uns, gerade an die Therapeuten gekommen sind: „Wir würden das Kind gerne bei Ihnen diagnostizieren lassen. Bevor wir eventuell so eine große Batterie wie das SPZ oder so was ankurbeln, wo die ja dann einfach alles Mögliche durchlaufen.“ Also das merken wir schon, dass das hier gerne angenommen wird.“ (IB2ET2, 144)

3.4.5 Förder- und Behandlungsplan

Die Kooperation unterstützende Faktoren

Wichtige Informationsquelle, Qualität sicherndes Kontrollinstrument

Fast alle Mitarbeiter/innen der drei teilnehmenden interdisziplinär besetzten Frühförderstellen schätzen den Förder- und Behandlungsplan als wichtige Informationsquelle, die als Gedächtnisstütze, Orientierung und Überblick dienen kann. Der Plan gilt für Frühförderer/innen und für kooperierende Therapeuten/innen als ein Qualität sicherndes Kontrollinstrument, mit dessen Hilfe das Therapie- und Förderangebot reguliert werden kann:

„Die Qualität hat sich verbessert, da man aufgrund dieses Planes der vorliegt, genau schaut, was hat denn das Kind jetzt für Therapien? Und wie lange ist das Kind schon bei dieser Therapeutin oder bei jener Therapeutin? Das vielleicht nun noch genauer geschaut wird, ist es nicht zu viel für das Kind? Könnte da nicht mal eine Pause eingelegt werden in der Fachrichtung. Ich denke schon, dass man das jetzt durch diesen verschriftlichten Plan noch mal mehr visuell im Blick hat.“ (IB2F1, 72)

Die Förder- und Behandlungspläne ermöglichen auch den Kinderärzten/innen einen aktuellen Kenntnisstand über den Behandlungsverlauf, ohne sich dabei stets persönlich an die Therapeuten/innen wenden zu müssen:

"Also dass die Informationen auf alle Fälle da sind, gerade bei den Förder- und Behandlungsplänen, da muss ja dann der Therapeut auch was dazu schreiben, dass man eigentlich auch immer auf dem Laufenden ist, welche Therapien laufen da oder wo ist gerade Pause? Verhindert Doppelleistung." (IK5K1, 42)

Mehr Struktur in der Zusammenarbeit und im Therapieverlauf

Als positiv wird von Seiten einer Ergotherapeutin das strukturierte Vorgehen bewertet, das durch den Förder- und Behandlungsplan ermöglicht wird. Ein Therapieren ohne Plan werde dadurch verhindert:

„Es ist einfach schneller eine Struktur drin. Ich bin eh jemand, der das gerne nach einem bestimmten Rahmen oder gerne sehr strukturiert durchführt, um so Verzettelungen zu vermeiden und „wir therapieren jetzt erstmal“ liegt mir auch nicht. Ja, ich möchte gerne wissen, woran ich bin.“ (IB2ET2, 106)

Insgesamt äußern die meisten Kinderärzte/innen, dass Absprachen bereits vor Einführung der Komplexleistung stattgefunden haben, jetzt jedoch die Zusammenarbeit insgesamt strukturierter und festgelegter ist:

„Ich denke, es ist einfach nur strukturierter geworden, dadurch dass es äußere Vorgaben gibt, wie diesen Plan, der dann vorsieht, dass sich alle dazu äußern und dass es auch eine gemeinsame Absprache ist, die aber vorher auch schon miteinander gesprochen und zusammengearbeitet haben. Das ist aber einfach formal festgelegter jetzt.“ (IK5K1, 58)

Schneller in Kontakt mit Beteiligten

Von Seiten aller beteiligten Frühförderstellen wird festgestellt, dass seit Einführung der Komplexleistung zu Beginn einer Maßnahme viel schneller die Beteiligten ausgemacht und kontaktiert werden:

„gerade mit diesen Förderplänen ist man schon schneller im Kontakt mit den externen Therapeuten (...) Also da ist schon schneller ein Austausch, doch. (...) während man früher erstmal angefangen hat und geguckt hat, dass man das Kind und die Familie kennengelernt hat (...) ich hab immer erstmal das Kind kennenlernen wollen und die ganze Situation und nach acht bis zwölf Wochen einen Termin ausgemacht. Und da ist man jetzt schon gleich, dass man sagt, man hat jetzt das Kind übernommen oder nun auch mit dem Kinderarzt sofort Kontakt aufnehmen müssen wegen dem Förderplan, der muss jetzt ja sehr zeitnah erstellt werden. (...) Aber wir sind schon schneller in Kontakt, auf jeden Fall. (IB1F1, 64)

Auch externe Therapeuten schätzen diese Klarheit als positiv ein und sehen sich selbst in der Pflicht, bei den Eltern nachzufragen:

„dass wir wissen oder man kriegt auch schneller mit, wer ist mit im Boot? Weil die Eltern es wissen und das dann schon mal sagen, man fragt auch eher noch mal, ist das ein Frühförderkind? Weil dann muss man dann ja schon wieder denken, oh da müssen wir einen Komplexleistungsplan schreiben. Also das ist gut, man hat schneller klar, wer ist alles involviert.“ (IK5ET1, 30)

Dass es sich dabei aber entgegen aller Erwartungen nur um einen formalen Ablauf handelt, den es gilt, korrekt einzuhalten und der wenig inhaltlichen Mehrgewinn bringt, stellt eine intern angestellte Therapeutin fest:

„sollte eigentlich ja auch inhaltliche Erkenntnisse bringen. Aber Tatsache ist, glaube ich, dass es erstmal um die Form geht dass das alles korrekt ist, das uns daraus schon mal kein Fallstrick <lachen> irgendwie entsteht, über den wir stolpern könnten.“ (IB3ET1, 41)

Auch in dieser Einrichtung wird neben den Vorteilen, die eine interdisziplinäre Abstimmung vorab bringen kann, so z.B. die wichtige Klärung von Zuständigkeiten, erneut der Zeitfaktor genannt, der Absprachen über die Berichte hinweg, verhindere:

„Also eigentlich ist es im Vorfeld ganz schwierig, sich schon abzustimmen ja? Also wir bekommen zwar dann immer wieder Verlaufsberichte jetzt zum Beispiel aus dem Klinikum Fehn (...), aber das im Vorfeld schon zu klären ist oft ganz schwierig. Also aus zeitlichen Gründen auch also, die Eltern melden ihr Kind an, man kommt dann zum Erstgespräch zusammen, meistens bringen die Eltern dann, wenn Berichte schon vorliegen, also wenn irgendwo anders schon eine Diagnostik erfolgt ist, die Berichte dann mit, und wir lesen es erstmal alles durch gucken, ja welche Info wir daraus ziehen können, machen unsere ergotherapeutische Diagnostik und wenn dann Bedarf ist, dann setzen wir uns hin und sagen, jetzt brauchen wir aber noch mal mehr Austausch mit den anderen Therapeuten, die auch an dem Kind, jetzt dranhängen, ja.“ (IB3ET2, 12)

Der regelhafte Ablauf besteht daher meist in einem schriftlichen Kontakt. Die Förder- und Behandlungspläne werden von der Frühförderstelle ausgefüllt und zum Ergänzen an die Kinderärzte/innen und externen Therapeuten/innen per Post versendet:

„So ist ja im Moment der Ablauf, dass der dann praktisch von uns vorgeschrieben, dann als nächstes zum Kinderarzt, als nächstes zu den niedergelassenen Therapeuten, dann wieder zu uns zurück, und dann zum Sozialhilfeträger geschickt wird.“ (IB3ET1, 41)

„Aber allgemein, was diese allgemeine Frühförderung betrifft, eigentlich nicht. Das klappt immer. Wir schicken unsere Anträge, also den Förder- und Behandlungsplan dahin und die Ärzte lesen den, genehmigen den, schreiben ihre Diagnose dazu.“ (IB3L1, 72)

Mehr Berührungspunkte

Frühförderer/innen beider Einrichtungsformen heben besonders hervor, dass der Förder- und Behandlungsplan zu mehr Berührungspunkten zwischen den Disziplinen führt. Man ist zu einer formalen Kontaktaufnahme angehalten, die häufig über den formalen Akt hinaus zu einem interdisziplinären Austausch führt:

„(...) durch einfach auch Kontakte, durch das Formale wie diesen Förder- und Behandlungsplan, wenn dann auch immer mal Kontakt nur durch diese Erinnerung manchmal entsteht, ist das schon Anlass für einen Austausch. Für ein Gespräch dann über das Kind oder es steht dann was an. Da gibt's einfach viel mehr Berührungspunkte dadurch auch jetzt, dass uns formelle Dinge verbinden.“ (IK5F1, 34)

Die Kooperation hemmenden Faktoren

Ettikettierungs-Ressourcen-Dilemma

Kritisch sehen alle Mitarbeiter/innen einer interdisziplinär besetzten Einrichtung den Förder- und Behandlungsplan, wenn er als Antrag zur Leistungsbewilligung verwendet wird. In ihrem Verständnis erfordere er gerade zu Beginn der Fördermaßnahme eine defizitorientierte Schnelleinschätzung des Kindes, die aus ihrer Sicht das Vertrauensverhältnis zu den Eltern nachhaltig erschüttern kann. Unzutreffend empfinden hier Befragte die Bezeichnung als Förderplan, wenn es doch nur darum ginge, die Notwendigkeit der Komplexleistung über Schwächen und Mängeldiagnosen zu rechtfertigen:

„(...) und das dient dazu, dass die Maßnahme finanziert wird, die Komplexleistung. Das dient auch zur Information, weil es müssen alle Beteiligten unterschreiben (...) aber irgendwie ist das halt stark formalisiert, und dann gibt's wirklich nur so eine ganz defizitorientierte kurze, so fünf zehn Stichpunkte, wo man das Kind beschreiben soll, aber das ist jetzt kein, ja, das heißt zwar Förderplan, aber da würde ich mir schon etwas anderes vorstellen“ (IB3F1, 26)

Als unumgänglich empfehlen sie daher, die Eltern relativierend auf diesen Antrag, seine Funktion im Bewilligungsverfahren und notwendige Bearbeitung, als auch auf die Rückmeldung durch das Sozialamt mit dem Vermerk: „Ist nach 53, Absatz 1, SGB VII nicht nur vorübergehend wesentlich behindert, bzw. von einer Behinderung bedroht“ schon im Erstgespräch vorzubereiten. Von einigen Frühförderstellen wird dieses Vorgehen auch als „zweite Buchführung“ bezeichnet. Durch die aus ihrer Sicht defizitorientierte Ausrichtung des Förder- und Behandlungsplans ist dieser auch nicht geeignet, ihn als Grundlage der runden Tische einzubringen, da sie hier den Fokus vor allem auf Stärken und Fortschritte der Kinder sehen. An dieser Stelle wird deutlich, dass hier ein Verständnis des Förder- und Behandlungsplans zugrunde liegt, das einer Klärung der Nutzung der Instrumente und einer Diskussion um das Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma in der Frühförderung bedarf (siehe Kapitel 5).

Auswirkungen auf Einleitungsphase

Auch von Seiten einer Ergotherapeutin einer weiteren interdisziplinär besetzten Frühförderstelle wird zunächst festgestellt, dass sich die Einleitungsphase dahingehend verändert hat, dass für die Kinder nun schneller Befunde erstellt werden müssen. Sie berichtet, dass dies in ihrer Einrichtung meist mithilfe von Videoaufnahmen geschieht, die Pädagogen/innen im interdisziplinären Team vorstellen und die gemeinsam analysiert werden. Dies kann in jedem Fall als qualitätssichernde Maßnahme gewertet werden, doch bemerkt auch sie kritisch, dass sich ein direkter Befund nachteilig auf das Vertrauensverhältnis mit den Familien auswirken kann:

„Jetzt weiß ich natürlich nicht, wie die Familien das so wirklich auffassen, weil manchmal muss man sich auch vorstellen, dass da auch erstmal eine Beziehung zwischen dem Pädagogen oder auch mal uns als Therapeuten erstmal aufkommen oder entstehen sollte, bevor man dann sagt: "Ja, ich denke das ist notwendig oder wir sollten das lieber so machen." Also ein Vertrauensverhältnis muss ja auch erstmal geschaffen werden hier mit der Familie.“ (IB2ET2, 106)

Fraglich bleibt für alle Beteiligten, was genau mit den Förder- und Behandlungsplänen nach Zusendung an die Rehabilitationsträger geschieht, was zum Teil zu Irritationen, Verunsicherung, aber auch Infragestellung des gesamten Prozederes führt:

„Ist es notwendig? Also ich frage mich wirklich, welchen Gewinn man hat. Und wenn dann diese Papiere zum Kinderarzt gehen. Gut der Kinderarzt wird vielleicht noch mal drauf schauen, wenn es um die Diagnose geht. Das wird ihn vielleicht interessieren. Aber interessiert einen Sozialarbeiter am Kreis, der dafür zuständig ist, diese Genehmigung fertig zu machen, was wir da rein geschrieben haben, interessiert ihn das? Wo kommt denn das ganze Papier hin? Es muss ja Berge von Papier geben, irgendwo an der Stelle.“ (IB3F3/4, 92)

Hoher Organisationsaufwand

Problematisiert wird von fast allen befragten Frühförderstellen der erhebliche Mehraufwand an Organisation, der sich aus der Koordination des Förder- und Behandlungsplans für sie ergibt. Das Ausfüllen, das Versenden, das Hinterhertelefonieren und der teils persönliche Austausch wird zwar als sinnvoll, aber insgesamt als ungemein zeitraubend dargestellt. Auswirkungen zeigen sich im Arbeitsalltag

zum Beispiel anhand einer verstärkten Vereinzelnung, um Ablenkung zu vermeiden und Konzentration aufrecht zu halten:

„Also schwieriger ist es insofern, als dass halt viele vor dem Computer sitzen und wenn sie den Druck haben, jetzt noch fünf Berichte reintippen zu müssen, ist es einfach zeitlich schwieriger. Nicht von der Bereitschaft nicht von dem Willen und nicht von den Fähigkeiten (...) Also früher waren auch alle Türen immer auf. Jetzt ist es manchmal so, da mache ich auch die Tür einfach zu, damit man das Ding reinkriegt, sonst schafft man es zeitlich nicht. (...) Und das verändert auch im Team. Das können die Jungen wahrscheinlich, für die ist es einfach so. Aber zu früher ist es schon ein riesen Unterschied. Also dass man früher auch mehr Zeit hatte, da ausgiebig zu sprechen und jetzt ist halt wichtiger, dass dieser Formalkram richtig läuft.“ (IB3F1, 120)

Ausgesprochen wird auch hier, dass jüngere Kollegen/innen diese Art zu arbeiten eher gewohnt sind, die Veränderung zu früher auch nicht so deutlich spüren.

Die Abstimmung verläuft in der Regel über Schriftverkehr und Telefonate, diese meist weniger zur inhaltlichen Abstimmung, sondern um externe Praxen an die Rücksendung zu erinnern. Teils werden die runden Tische oder Besuche in Arztpraxen genutzt, um mehrere Pläne zu besprechen und abstempeln zu lassen. In den interdisziplinär besetzten Frühförderstellen werden die kurzen Wege dazu genutzt, die Pläne mit den jeweils beteiligten Kollegen/innen gemeinsam zu erstellen und eine zusätzlich erforderliche Diagnostik über gemeinsame Videoanalysen und Hospitationen zu ermöglichen.

Teils werden die Förder- und Behandlungspläne durch die Einrichtungsleitungen geprüft. In einem Fall werden sie mit einer intern angegliederten Konsiliarärztin gemeinsam erstellt, in einem anderen Fall ließen ihn die Eltern von allen Beteiligten ausfüllen, um ihn dann der Frühförderstelle vorzulegen.

Die Aussagen externer Therapeuten, die mit interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen vertraglich zusammenarbeiten, unterscheiden sich zum Thema interdisziplinärer Abstimmung sehr. Von einigen wird der ausschließliche Schriftverkehr vor Behandlungsbeginn als entlastend beschrieben:

„Jeder schreibt im Plan erstmal für sich, was ich aber auch erstmal entlastend finde. Also sich da schon zu treffen, wäre mir auch zu früh, denn ich kenn das Kind ja noch gar nicht. Ich brauch ja erstmal Zeit. Ich muss erst mal meinen Befund machen und dann bekomme ich da wieder eine Information und dann treffen wir uns oft so innerhalb von einem viertel Jahr.“ (IK5ET1, 10)

Andere Therapeuten/innen dagegen empfinden diese Form der Abstimmung als unbefriedigend, insbesondere wenn sie sich über den Förderprozess hinweg fortsetzt:

„Die Förderpläne bekomme ich dann irgendwann zugeschickt. Also es gibt auch Familien, bei denen ich dann erst erfahre, dass die Frühförderung überhaupt mit drinnen ist, wenn mir die Familie das vorher nicht erzählt. Dann fülle ich den Frühförderplan aus, der für meine Begriffe für die Füße ist, weil da nichts drinnen steht oder ich nichts reinschreiben kann, worauf es jetzt wirklich ankommt und was Sache ist. Ja, und dann schicke ich ihn zurück und dann war's das. Und dann kommt sobald nichts wieder. Irgendwann kommt wieder ein Frühförderplan, weil sie das neu beantragen müssen, keine Ahnung- ja, und dann schickt man ihn wieder zurück. Also, es ist nicht wirklich befriedigend.“ (IK6P1, 93-95)

Kritisch sehen auch Kinderärzte/innen, wenn Förder- und Behandlungspläne ohne direkten Austausch versendet werden und ihnen nur noch die Wahl der Zustimmung bleibt:

„manche Anträge (Förder- und Behandlungspläne, Anm. N.M.) kommen einfach so blind auf den Tisch und ich erfahre es erst dadurch, dass ich die Anträge unterzeichnen soll. (...) Wo ich dankenswerter Weise an erster Stelle stehe und manchmal haben zwei oder drei andere schon vor mir unterzeichnet. (...) Wo ich kaum eine Wahl habe, als auch "ja" zu sagen. Aber das ist sicher auch ein Problem der Kapazität bei mir selber.“ (IK4K1, 94-100)

Eher die Ausnahme stellt in der Befragung das Vorgehen nur einer Einrichtung dar, das einen regelhaften persönlichen Austausch zur Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans mit allen Beteiligten einfordert:

„Das müssen wir so machen, sonst bekomme ich Ärger mit den externen Praxen. Die denken sonst, die Frühförderstelle will ja nur, dass der Plan ausgefüllt ist. Und das macht ja auch keine gute Außenwirkung. Also man muss schon immer Termine machen, und sich auch mit den Leuten unterhalten mit den Kollegen, ja.“ (IB2F1, 116)

Obwohl sie als interdisziplinär besetzte Frühförderstelle weit weniger Kooperationen mit externen Praxen haben wird, als es vergleichsweise eine interdisziplinär kooperierende Frühförderstelle einrichten muss, wird der hiermit verbundene Zeitaufwand als enorm hoch eingeschätzt:

„Das ist sehr schwierig, also der Zeitfaktor spielt hier eine ganz große Rolle. Ich will das jetzt auch nicht zu negativ deuten mit diesen Förder- und Behandlungsplänen, das sehe ich auch nicht so, aber es ist halt ein enormer Zeitfaktor mehr. Weil das hatten wir ja früher nicht gehabt. Gut, Austausch gab` s auch immer mit externen Praxen, aber jetzt, wenn man ein Kind hat, was extern in eine Therapie geht, dann denkt man sofort: „Oh Gott, ich muss ja sofort den Förder- und Behandlungsplan machen“ und dann muss man schon wieder durchrufen und sagen: „können wir mal einen Gesprächstermin ausmachen, ich bring grad den Bogen mit.“ (IB2F1, 118)

Interne Abläufe, die Absprachen ermöglichen, um Termine in den Praxen zu bündeln, erscheinen aufwendig, aber lohnenswert:

„Manchmal gibt` s ja mehrere Kinder, dann kann man grad mehrere Kinder besprechen. Das bedeutet auch wieder Planung für mich, ich muss gucken, aha, wenn ich in diese Praxis fahre, wie viele Kinder hat die denn von mir? Damit sich das auch für mich lohnt. Wir besprechen es dann im Team. Das ist bei uns immer so. Zum Beispiel, nächsten Donnerstag hab ich einen Kinderarzt, da hab ich direkt gefragt, wer kommt denn noch mit? Hat jemand noch Förder- und Behandlungspläne zum Abstempeln? Wer hat denn noch Zeit? Jetzt sind wir schon zu dritt. Und wir haben alle unsere Förder- und Behandlungspläne dabei, um die stempeln zu lassen und über die Kinder zu sprechen. Aber es ist hier ein Kommen und Gehen und wir Pädagogen sind viel unterwegs und dann krieg ich die Kollegin nicht. Die kommt dann nur montags rein und donnerstags rein. Also muss ich ihr ins Buch schreiben: „Bitte, kurze Rücksprache, bin dann und dann beim Kinderarzt.“ Aber Montags im Team, da können wir` s, noch mal bündeln, weil das ist der einzige Termin, wo wir alle zusammen sitzen und das ist oft ganz viel, da muss man dann wieder gucken, dass man das unterkriegt.“ (IB2F1, 120)

Wünschenswert, so die dazu befragten Frühförderer/innen interdisziplinär besetzter Frühförderstellen, wäre ein intern einheitliches System, etwa dass es ein Kalendarium gäbe, in dem anstehende Termine für eine Fortschreibung der Pläne für alle sichtbar wäre. Denn problematisiert wird durchweg ein Hantieren mit „irgendwie“ selbst erstellten Listen und Plänen. Jede/r für sich hat selbstverantwortlich ein eigenes System entwickelt, was insbesondere dazu führt, dass sich die Frühförderer/innen für ein Scheitern ihres Systems, auch für das verstärkt auftretende Gefühl der Überforderung, alleine verantwortlich fühlen. Dies führt zu Scham- und Schuldgefühlen, einer „Einzelkämpferhaltung“ und fehlender Offenheit im Umgang mit Scheitern, die Entlastung versprechen könnte:

„Mehr oder weniger wurschtelt man sich so durch. Es gibt immer wieder Phasen, wo ich denke, das wächst mir alles über den Kopf. Jetzt habe ich auch wieder so einen Fall. Da habe ich jetzt festgestellt, dass der Förder- und Behandlungsplan, der Bewilligungszeitraum abgelaufen ist. Jetzt weiß ich gar nicht was ich machen muss, also das verdrängt man dann eine Zeit lang, irgendwann merkt man, jetzt kannst du es nicht mehr länger vor dir her schieben, jetzt musst du es einfach jetzt musst du dran, musst du mit dem Chef reden, musst du da im Sozialamt anrufen, musst dich halt irgendwie hilflos und blöd stellen <lachen> damit die dir alle wohl gesonnen sind.“ (IB3ET1, 53)

Die Förder- und Behandlungspläne stellen einen schriftlichen Mehraufwand auch für die befragten Kinderärzte/innen dar, der aus Sicht eines Kinderarztes in keinem Kosten – Nutzen – Verhältnis steht:

„Es kostet unheimlich viel Zeit. Es ist ein unheimlicher Papierwust. Ich bin mir fast sicher, dass das Ganze im Papierkorb landet, ja weil das keinen Menschen letztendlich wirklich interessiert und wenn dann nur irgendein Sachbearbeiter, der sein Stempelchen dann darauf macht, um zu sehen, dass alle Punkte schön ausgefüllt sind, das ist ein Papiertiger. Ne? Das ist Bürokratie wieder mal. Massenhaft Bürokratie (..) die mich Zeit kostet. Ja? Zeit und Nerven. Und Energie. Ja und die mich wütend macht, sau wütend macht. Ja? Lasst doch die Leute einfach arbeiten. Was soll denn der Quatsch mit Förderplan und sonstigem Trallalla? Halt ich für unsinnig. Ne? Völlig an der Realität vorbeigeschossen.“ (IB1K1, 47-50)

Abwehr aus Konkurrenz

Insbesondere eine Abwehrhaltung aus Konkurrenz verhindere einen interdisziplinären Austausch mit beteiligten Institutionen und Personen, stellen sowohl Therapeuten/innen, als auch Frühförderer/innen fest:

„Ein Hinderungsgrund ist, wenn man das nicht als Ergänzung sieht, dass auch unterschiedliche, ähm, sondern eher als Konkurrenz, dann wird es auch schwierig.“ (IB3F1, 116)

Standardisierte Abläufe können hilfreich sein

Den erhöhten Organisationsaufwand im Rahmen der Komplexleistung betrachten fast alle beteiligten Leistungserbringer als belastend und teilweise nicht zu bewältigen. Hervorzuheben ist daher, dass dort, wo Arbeitsabläufe stark standardisiert wurden, zumindest der Überblick nicht verloren geht. In der Folge ist hier festzustellen, dass es sich um jene kooperierende Einrichtung handelt, die ihren Leistungsauftrag in der Fallsteuerung und nicht in der individuellen Förderung der Kinder sehen:

„wir haben diese Vorklärung. Das ist einfach nur eine inhaltliche Bedarfsklärung standardisiert, dann haben wir das Erstgespräch standardisiert, dann folgt ganz oft eine Hospitation als Bericht standardisiert, dann wird hier immer wieder rückgekoppelt auch mit der Leitung, was ist für ein Bedarf da? Wer hat welche Kapazitäten im Moment, wer kann was übernehmen und leisten? Und gerade alle strittigen Kinder werden montags immer besprochen im Team und im Fallblitzlicht, so dass ich denke, da huscht eigentlich selten irgendetwas durch.“ (IK4F1, 20)

3.4.6 Die besondere Situation interdisziplinär besetzter Frühförderstellen

Im Laufe der Untersuchung stellte sich heraus, dass die Situation der von uns untersuchten interdisziplinär besetzten Frühförderstellen bei aller Unterschiedlichkeit einige Gemeinsamkeiten an besonderen Auswirkungen leistungsrechtlicher Bestimmungen aufweist, die es in Folge gezielt hervorzuheben gilt.

Interner interdisziplinärer Austausch und kurze Wege

Alle befragten Mitarbeiter/innen interdisziplinär besetzter Frühförderstellen schätzen die Möglichkeiten des internen interdisziplinären Austauschs sehr. Besonders die kurzen Wege, die regelmäßigen Kooperationszeiten, die Supervision, die Teamsitzungen, darunter auch Fach- und Regionalteams, werden für den fallbezogenen Austausch und die Verbesserung formaler Abläufe zu genutzt:

„Fachteams, um sich fachlich und inhaltlich um diese veränderten Dinge da auch auszutauschen. Wie macht man das konkret mit den Formulierungen, sich die Arbeit auch erleichtert, indem man sich ein bestimmtes Formulieringsrepertoire auch irgendwann erarbeitet oder eine Form erarbeitet, wie man das am Schnellsten hinkriegt, Tipps sich gegenseitig gibt. Manche machen sich ihre Ordner, Köfferchen, da sind alle Formulare drin, die sie brauchen, wenn sie ein Erstgespräch machen oder wenn das und das beantragt werden muss. Im Computer haben wir natürlich alles drin, alle Formulare, aber man muss sie sich ja dann immer irgendwie ausdrucken. Manche machen das dann halt schon so, bündeln sich das schon, dass sie dann nicht so viel Einzelsortierung haben. Solche Ideen kommen da auch mit rein.“ (IB3ET1, 51)

Einheiten bezogene Vorgaben bieten wenig Flexibilität

Pädagogische wie therapeutische Mitarbeiter/innen dieser Einrichtungsform kritisieren jedoch unterschiedliche Vorgaben bezüglich der verfügbaren und zu leistenden Einheiten im Rahmen der Komplexleistung, da sie wenig Flexibilität innerhalb der Förderung zulassen:

Die Vorgabe, dass nur ein/e Pädagoge/in im Fall aktiv sein darf, versperrt den Familien z.B. neben der pädagogischen Hausfrühförderung jegliche Zusatzangebote wie die Psychomotorikgruppe, heilpädagogisches Reiten oder Schwimmen, wenn diese zufällig auch von Pädagogen/innen geleitet werden.

Ein Jahreskontingent an Einheiten je Fall ist zu schnell aufgebraucht, wenn Pädagoge/in und Therapeut/in im Fall gleichzeitig aktiv Leistung erbringen müssen und wirkt sich schließlich auch nachteilig auf die interdisziplinäre Kooperation aus:

„(...) man kann halt nicht so arbeiten, wie man es für sinnvoll hält, weil man sich an solche Richtlinien halten muss. Und das ist sehr ärgerlich. Und behindert natürlich dann auch die Zusammenarbeit, weil, ich kann ja sowieso diese ganze Kooperation, die ich mache, mit wem ich alles telefoniere und so, das kann ich mir jetzt in dem Fall eigentlich gar nicht aufschreiben, weil dann sind das ja wieder Einheiten, die der Familie abgehen. Also muss ich das, so irgendwie in meinem Stundenkontingent noch einbauen und das ist schon ärgerlich.“ (IB3F2, 80)

Es führt häufig dazu, dass nur ein/e Therapeut/in im Fall aktiv ist und Pädagogen/innen agieren dann nur noch als Ansprechpartner/innen für Eltern, so dass sich Therapeuten/innen selbst interdisziplinär besetzter Einrichtungen als Einzelkämpfer fühlen:

„(...) in vielen Fällen ist man alleine drin man, also ein bisschen das Einzelkämpfer-Dasein hat sich warum auch immer verschärft, mehr verschärft. Dass also pro Fall nur so und soviel Einheiten zur Verfügung stehen ist klar, wenn da schon einer drin ist, der verbraucht ja schon eine gewisse Menge an Einheiten. Wenn ein Zweiter dazu kommt, muss man ja schon gucken, wie man das auf das Jahr gesehen verteilt. Es sind nicht viele Einheiten, wenn man eine regelmäßige Förderung macht von einem Kind. Oder regelmäßig in die Familie geht.“ (IB3ET1, 43)

Unzureichende Finanzierung und ihre Folgen

Ein großes Problem zeigt sich in der defizitären Finanzierung der Heilmittelversorgung in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen. Dass sich die angestellten Therapeuten/innen ihre Stelle weitestgehend selbst erwirtschaften müssen, widerspricht dem interdisziplinären Anspruch der Komplexleistung und führt zu prekären Arbeitsbedingungen.

Therapeuten/innen wenig mobil – vermehrt Kooperationsverträge vor Ort

Weite Fahrtwege werden über die Heilmittelverordnung nicht berücksichtigt, so dass die Therapeuten/innen nur einrichtungsnah mobil arbeiten können. Dies führt erneut dazu, dass sie nur wenige Kinder zusammen mit den pädagogischen Kollegen/innen behandeln. Diese müssen regional bedingt verstärkt Kooperationen mit externen Praxen eingehen, obwohl intern Kapazitäten und Möglichkeiten der Versorgung bestünden, die Familien aber die Fahrtwege in die Einrichtung nicht auf sich nehmen können. Den diesbezüglichen Mehraufwand für die Pädagogen/innen haben wir zum Thema Förder- und Behandlungsplan bereits beschrieben. Nehmen die Eltern weite Entfernungen in Kauf, führt dies wiederum zu einem nur geringen, bzw. lediglich telefonischen Austausch mit den weit entfernten Kinderarztpraxen, da auch hier ein Aufsuchen für die Therapeuten/innen nicht möglich ist. Vielfach wird in diesem Zusammenhang auch der fehlende Raum für gegenseitige Hospitationen vor Ort von den Befragten kritisiert.

Existenzbedrohung führt zu belastenden Leistungsdruck

Am Deutlichsten aber erscheint das Gefühl der Existenzbedrohung, das durch die zunehmende Veränderung der Frühförderlandschaft in Hessen verstärkt wird und das in allen befragten interdisziplinär besetzten Einrichtungen zum Ausdruck kommt. Alle Befragten thematisierten den Leistungsdruck, den interne Therapeuten/innen wegen der abzugebenden Therapiezahlen verspüren:

„(...) ich muss am Ende des Monats meine Therapien einhalten, sonst gibt es Probleme vom Träger, und der Träger ist natürlich auch gegenüber dem Kreis verantwortlich, das geht ja immer weiter nach oben. Und das ist, was es schwierig macht, dass einfach diese Wirtschaftlichkeit, dieser Leistungsdruck. Es ist halt nicht so wie beim Auto bauen, ich bau kein Auto, das ist klar, das ist keine Maschine!“ (IB1ET1, 79)

Einzelne sind stark belastet und suchen nach individuellen Bewältigungsstrategien:

„Wir haben deutlich mehr Druck, das alles irgendwie zu schaffen. Und es geht eben nicht mehr. Den Punkt haben wir erreicht, das schaffen wir nicht, ganz klar, täglich nicht. Man muss das an manchen Stellen für sich lernen, so zu akzeptieren, dass das so ist. Also seine eigenen Ansprüche runter schrauben, weil das einfach nicht geht. Und immer wieder gucken, was ist die oberste Priorität. Also ich denke schon, dass ein sehr hohes Maß an Eigenstruktur und eigener Verantwortung gefordert ist und dass das sehr belastend ist. Es ist schon eine sehr belastende Arbeit geworden, muss man sagen. Nicht nur, weil Familien mit großen Paketen zu uns kommen, sondern weil es auch wirklich einfach unterm Strich nicht klappt, man schafft es nicht. Es geht nicht alles.“ (IB2ET1, 54)

Existenzbedrohung führt zu belasteten Teamstrukturen

Die Teamstrukturen leiden darüber hinaus: Spannungen entstehen durch die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der Pädagogen/innen und Therapeuten/innen, verstärkt wird dies durch unsichere Arbeitszeitverträge, die mit neuen Kollegen/innen der Heilberufe geschlossen werden. Das Wissen darum, dass Schwangerschaften und lange Krankheitsausfälle der Therapeuten/innen das System zusammenbrechen lassen würden, belastet die Teams zunehmend:

„Und das große Problem ist, wenn jetzt jemand von den Therapeuten hier wirklich eine längere Krankheit hätte, schwanger würde, Erziehungsurlaub, dann bricht all das, was grad noch so irgendwie finanzierbar ist, bricht dann völlig zusammen.“ (IB1F2, 11)

3.4.7 (Veränderte?) Rollenbilder

Rolle des ungewollten Sachbearbeiters

Personen aus allen am Frühförderprozess beteiligten Disziplinen äußern, dass sie durch die Komplexleistung immer mehr zu Sachbearbeitern/innen werden und dadurch die eigentliche Arbeit mit dem Kind in den Hintergrund rückt:

„Was (...) wahrscheinlich von allen Kollegen mitgeteilt wird, dass es ein immenser verschriftlichter Zusatzaufwand ist, der die Arbeit auf einer ganz anderen Art und Weise belastet und auch verschiebt. Also wir haben heute den wenigsten Anteil an der praktischen Arbeit. Das ist wirklich erschreckend, wenn ich mir meine Arbeitswoche anschau, wie viel Administration diese Kooperation dann auch verlangt. Ja, man braucht natürlich für alles verschriftlichte Informationen.“ (IB2ET1, 38)

Keine der befragten Personen ist zufrieden mit dieser ihm/ihr aufgedrängten Rolle, sieht aber aufgrund der veränderten Bestimmungen keine Möglichkeit, dieser Art von Verwaltungsarbeit zu entgehen. Diese Art der Arbeit belastet die Beteiligten zusätzlich und verschiebt den Arbeitsschwerpunkt.

Es ist dabei kein Unterschied zu erkennen, ob die Personen in einer interdisziplinär besetzten oder kooperierenden Einrichtung arbeiten.

Durch die ausführliche schriftliche Bearbeitung eines Falles soll die Zusammenarbeit gefördert und damit die Arbeit mit dem Kind verbessert werden. In der Praxis scheint es tatsächlich so, dass hierdurch ein Mehraufwand entsteht, der nur durch verkürzte Arbeitszeit mit dem Kind geleistet werden kann.

Neben dieser generell zu beobachtenden Rollenverschiebung aller Beteiligten, lassen sich unterschiedliche Rollen der Therapeuten/innen, Frühförderer/innen und Kinderärzte/innen herausarbeiten.

Selbstverständnis niedergelassener Therapeuten/innen

Zwei der von uns befragten niedergelassenen Therapeuten/innen verstehen sich durch die Komplexleistung immer mehr als Vermittler/innen und Netzwerker/innen. Das heißt, dass sie es als ihre Aufgabe ansehen, die Eltern über Beratungs- und Betreuungsangebote zu informieren und sie an die entsprechenden Stellen weiter zu vermitteln, sodass sich für die Eltern ein Hilfenetzwerk erschließt.

Andere Therapeuten sehen sich selbst hingegen als allein zuständig für das Kind und nicht für die Probleme der Eltern. Sie sehen ihre Rolle in ihrer praktischen Arbeit mit dem Kind verankert:

„und es ist jetzt auch nicht meine Aufgabe, alles zu erfragen. Ich meine, ich bin Ergotherapeut. Ich habe mich um das Kind zu kümmern und ich kann nicht noch für Eltern Probleme lösen oder ähnliches. Zumal ich da auch nicht kompetent bin, ja? Funktioniert nicht. Das würde meine Kompetenz dann einfach überfordern, denke ich.“ (IK4ET_L1, 119-120)

Es ist zu beobachten, dass sich vor allem die interdisziplinär kooperierenden Therapeuten/innen durch die Komplexleistung nicht mehr als Einzelkämpfer/innen, sondern als Teil eines Teams erleben, in dem gemeinsam Entscheidungen getroffen und Aufgaben verteilt werden können:

„dass ich nicht mehr alleine entscheide, sondern wirklich in einem Team entscheiden darf. Ist eigentlich das was andere Leute haben, wenn sie in einer Klinik arbeiten. Dann hat man ja neben dran seinen Arzt sitzen oder einen Teamkollegen oder einen Psychologen und wenn man niedergelassen ist, hat man das nicht, da muss man immer von alleine organisieren und das macht im Prinzip die Komplexleistung.“ (IK5ET1, 62)

Es ist zu vermuten, dass die Therapeuten/innen innerhalb interdisziplinär besetzter Frühförderstellen dies nicht äußern, da für sie bereits vorher die Kooperation innerhalb eines Teams zum Arbeitsalltag dazugehörte.

Für einige Therapeuten/innen gilt der interdisziplinäre Austausch als eine ihnen wichtige Zusatzleistung, die von der Komplexleistung Frühförderung finanziell nicht getragen wird und daher als Hobby, teils Ehrenamt verstanden wird:

„Dann muss man entweder sehr engagiert sein oder selbständig, dass man sagt: O.k., ich leiste mir das einfach als Hobby. Ja! Nichts anderes ist das für mich. Davon werde ich ja nicht reich, ja? Ist ein Hobby für mich. Weil ich das klasse finde, mich mit anderen Therapeuten auszutauschen.“ (IK6L1, 139)

Daraus wird erkennbar, dass die Zusammenarbeit der Disziplinen zwar fachlich-inhaltlich in den genannten Fällen gut etabliert ist, die Mittel zur Refinanzierung der interdisziplinären Zusammenarbeit den Bedarf aber nicht deckt.

In der Zusammenarbeit geht es für die Therapeuten/innen auch darum, Transparenz zwischen den beteiligten Disziplinen herzustellen und damit sicher zu stellen, dass alle an einem Strang ziehen und auf das gleiche Ziel hinarbeiten.

„dass man wirklich selber versuchen muss, dass da eine Transparenz entsteht. Also, das ist mein oberstes Ziel immer, wenn mir da was durch den Kopf geht und das ist jetzt nicht eine Fantasie sondern einfach, ich hab das so erlebt und ich muss da verantwortungsvoll mit umgehen, dann sind das für mich die Ansprechpartner in der Frühförderstelle und das erwarte ich dann auch- aber das läuft eigentlich auch, dass ich mich melden kann und das irgendwie transparent mache oder ich rufe auch beim Arzt an und sag: Passen sie mal auf, gucken sie da noch mal in die Richtung, weil ich habe ja auch eine Schweigepflicht, ich kann ja nicht mit irgendjemand drüber reden.“ (IK4ET_L1, 536)

Selbstverständnis pädagogischer Frühförderer/innen

Die pädagogischen Frühförderer/innen sehen sich vor allem in der Rolle des Vermittlers, Casemanagers und Networkers (auch „Ermöglicher“ von neuen Diensten). Dabei scheinen sie sich selbst im Mittelpunkt des Systems Komplexleistung zu sehen, die den gesamten Fall im Blick haben und die Zusammenarbeit steuern:

„eher so, dass wir als Casemanager auftreten. Als Fallsteuerer in interdisziplinären Runden planen und leiten.“ (IK4F1, 18)

Im Hinblick auf die veränderte Klientel ist die Arbeit der Frühförderer/innen mehr als zuvor an der gesamten Familie orientiert. Pädagogische Frühförderer/innen verstehen sich hier als Diagnostiker/innen des gesamten Familiensystems:

„Es reicht nicht mehr, nur die Kinder zu diagnostizieren, wir müssen als Frühförderer in Hessen das gesamte Familiensystem diagnostizieren. Zumal wir zunehmend Eltern haben, die wenig in der Lage sind, noch nicht mal bösen Willen haben, ihre Kinder zu unterstützen. Und da müssen wir das ganze System diagnostizieren.“ (IK4F2, 47)

Durch die Förderung nur einmal wöchentlich können Frühförderer/innen nach eigener Aussage immer nur Impulsgeber/innen für die Entwicklung des Kindes sein.

Auch wenn die Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen im Rahmen der Komplexleistung deutlich zugenommen hat, sollte der Schwerpunkt nach Ansicht der meisten Frühförderer/innen weiterhin auf der konkreten Arbeit mit der Familie und dem Kind liegen.

Nur zwei pädagogische Frühförderer/innen einer Einrichtung sehen ihre Hauptaufgabe darin, als Networker zu agieren, die mit den anderen Disziplinen im engen Austausch stehen.

„nur 1-zu-1 zu arbeiten mit den Kindern. Das geht überhaupt gar nicht mehr. (...) das war eine Hilfe letztendlich die Komplexleistung in meiner Logik, die ich eigentlich im Netzwerk verstehe zu arbeiten. Und ich glaube auch in Zukunft, es kann nur so gehen, als Netzwerker.“ (IK4F2, 37-89)

Im Netzwerk erleben sich pädagogische Frühförderer/innen als Vermittler zwischen den Beteiligten und als direkte Ansprechpartner für die Eltern:

„ein Stück weit so Zusammenführung der Disziplinen, auch in den Runden ja dann. Wo dann vielleicht auch Therapeuten und Ärzte manchmal im Spannungsverhältnis stehen, weil Ärzte keine Therapien verschreiben wollen oder wie auch immer und es dann doch tun. Also, ist es schon dann auch so ein bisschen Vermittlungs- oder verbindende Arbeit auch. Ja, das auch für die Familien transparent zu machen“ (IK5F1, 176)

Selbstverständnis Kinderärzte/innen

Die von uns befragten Kinderärzte/innen beschreiben sich überwiegend in einer besonderen Stellung in dem Frühförderprozess. Erstens sehen sie sich als Prüfstelle, die mehr oder weniger die von den Therapeuten/innen angeforderten Therapien kritisch auf ihre Notwendigkeit hin überprüfen müssen.

Hier ist ein Unterschied zwischen den Kinderärzten/innen zu erkennen, welche die Überprüfung dazu nutzen, um ihren eigenen Horizont zu erweitern und sich selbst kritisch zu hinterfragen und solchen, die Therapeuten/innen generell skeptisch gegenüber stehen:

„Hör auch bitte auf die anderen auch mal. Ja, aber mach dir auch immer ein eigenes Bild. Ja. Aufpassen, sich selbst wirklich ein eigenes Bild machen, eigene Vorgaben nochmal überdenken und sich selbst auch immer wieder überprüfen und aber auch die anderen überprüfen.“ (IB2K2, 94)

„weil immer wieder der Verdacht aufkommt, dass die Fortsetzung empfohlen wird, weil es eben für die Heilmittelerbringer wirtschaftlich sinnvoll ist. (...) Insofern hinterfrage ich prinzipiell jeden Bericht, der hier ankommt. Und bestelle deshalb von Zeit zu Zeit die Patienten auf eigene Initiative ein, um mir ein Bild zu machen, wie ist der Stand des Kindes, sei es sprachlich, motorisch- wie auch immer.“ (IK4K1, 72-74)

Daraus wird auch ersichtlich, dass diese Kinderärzte/innen die Therapiehoheit für sich beanspruchen, was bedeutet, dass letztendlich sie darüber entscheiden, welche Therapien und Förderung ein Kind erhält.

Ein anderer Kinderarzt bezeichnet sich als Tabubrecher. In diesem Fall sieht es der Arzt als seine Aufgabe an, den Eltern bei aller Orientierung an den Ressourcen die eigentliche Problematik des Kindes zu schildern. Dabei unterstellt er den Therapeuten/innen und Frühförderern/innen indirekt, dass sie sich nicht trauen, den Eltern unangenehme Realitäten aufzuzeigen:

„Und so ein round-table-Gespräch da sind wirklich alle dabei und da sind dann auch die Eltern dabei. Und dann muss auch in Anwesenheit der Eltern mal gesagt werden, was das Problem ist. Und da kommt mir als Arzt eine schwierige Rolle zu, weil im Zweifelsfall wechseln sie den Kinderarzt, wenn ich zu grob werde. Auf der anderen Seite, wenn ich nichts sage, die anderen fühlen sich nicht kompetent genug und haben das Gefühl, nicht genügend Autorität zu haben gegenüber den Eltern auch mal deutlich aufzutreten. Insofern ist das immer eine bisschen blöde Nummer.“ (IK5K2, 156)

So zeigen sich auch hier Auswirkungen des schon erwähnten Etkettierungs-Ressourcen-Dilemmas (vgl. Kapitel 3.4.5).

Eher selten äußern Ärzte/innen, dass sie sich als Teil des bestehenden Netzwerkes sehen und dieses auch für ihre Arbeit nutzen:

„mit entsprechender Zeit und in Ruhe die Vorsorgen durchführen und im Extremfall einen zweiten Blick da nochmal. Das ist das eine. Das andere ist natürlich, wenn man so einen Verdacht hat, sag ich mal, wenn es nicht gleich so ganz offensichtlich ist (...), möglichst dann schon entsprechende Instanzen mit einschließen, also sprich ruhig drauf zurückgreifen, man tut sich ja keinen aus der Krone brechen, wenn ich sag: Jetzt hol ich mir doch mal den Ergotherapeut oder den Logopäden, der mit drauf guckt, wie er das einstuft.“ (IB2K1, 252)

Besteht ein persönlicher Kontakt zwischen Ärzten/innen und Frühförderstelle, nehmen Kinderärzte/innen auch die Vermittlerrolle zwischen Eltern und Frühförderstelle ein:

„Wenn wir Probleme haben, dass ein Kind auffällig ist von der Entwicklung, ist an sich schon im ersten Schritt - hat sich so bewährt - die Frühförderstelle. Wir arbeiten sehr viel mit der Frühförderstelle zusammen. Ich kannte die frühere Leiterin, habe sie sehr gut gekannt. Hab immer viel Austausch gehabt. Und dadurch hat sich das dann auch so ein bisschen bewährt, dass wir - also wenn ein Problem ist- relativ schnell dann die Frühförderstelle einschalten. Das heißt, entweder sagen wir: "Liebe Eltern, ruft

doch mal da an und meldet euch da mal. Wir haben das und das Problem dort." Oder – wenn es sich zeitlich ergibt- mache ich Nägel mit Köpfen - vor allen Dingen auch wenn ich denke, hier sollte man schon ein bisschen schneller ran. Dann ruf ich an und sag: "Ich hab das und das Problem. Mir ist dies oder jenes aufgefallen. Ich würde gerne jemanden haben, der entweder da jetzt mal mit guckt, Kindergartenbesuch oder nach Hause geht oder auch nochmal vielleicht nochmal drüber guckt." Und verbinde dann auch, dass wirklich Nägel mit Köpfen gemacht werden, oder ich ruf später irgendwann mal an und schildere denen: "Da kommt jetzt demnächst Frau so und so oder Herr so und so mit dem Kind so und so." Dass das in die Wege geleitet wird." (IB2K1, 14)

Insgesamt ist zu beobachten, dass sich Therapeuten/innen und Frühförderstellen eher als Networker in der Zusammenarbeit verstehen, während Ärzte/innen oft eine Kontrollfunktion aufgrund ihrer Therapiehoheit wahrnehmen.

Die Frühförderer/innen und Therapeuten/innen erwarten von den Kinderärzten/innen, dass sie sich auch an dem gemeinsamen Austausch beteiligen und ihre Rolle als gleichberechtigt verstehen:

„Wie wichtig das ist, (...) dass das nur bereichernd sein kann. Und das ist ja auch für die Kinderärzte sicher neu, das dann auch so zuzulassen, dass man da auf einer Ebene steht oder da sich gleichberechtigt wahrzunehmen“ (IK5F1, 178)

Dabei ist zu beobachten, dass dieses Umdenken bei den Kinderärzten/innen teils stattfindet und sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt:

„ich habe den Eindruck, es ist so ein bisschen schon von der Annäherung von den Disziplinen bisschen besser geworden. (...) Dass man das eben nicht dann so: das sind die Ärzte und die nehmen es nur medizinisch wahr, das sind die Therapeuten, wir sind die Pädagogen. Dass man das wirklich so im Sinne der Interdisziplinarität auch so gleichberechtigt kann. Das finde ich schon, dass das so mitkommt, ja?“ (IK5F1, 184)

Es hat sich insgesamt als kooperationsfördernd erwiesen, wenn sich die Beteiligten persönlich kennen und einander in ihrer Arbeit wertschätzen.

3.4.8 Missverständnisse hinsichtlich vermeintlicher Budgetentlastung durch die Einführung der Pseudokennziffer

In der Analyse der Ergebnisse mussten wir feststellen, dass zumindest in der von uns untersuchten Frühförderlandschaft eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Missverständnissen bezüglich leistungrechtlicher Bestimmungen vorherrschen, zu deren Aufklärung dieser Bericht mit beitragen möchte. Es scheint ein weit verbreitetes Missverständnis innerhalb der Frühförderung zu sein, dass im Rahmen der Komplexleistung das Verordnungsbudget der Kinderärzte/innen entlastet werde.

Verordnungen im Rahmen der Komplexleistungen bleiben jedoch budgetrelevant. Die Einführung der Pseudokennziffer 98544 stellt vielmehr „eine Hilfe für die Prüfungsstelle dar, die damit die Möglichkeit hat, bei Richtgrößenverfahren diese Fälle als Praxisbesonderheiten zu erkennen und den aus diesen Verordnungen resultierenden Mehrbedarf in Hinblick auf die Kosten der Heilmittelverordnungen als Praxisbesonderheit [zu] berücksichtigen [...]“ (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2009).

Ein Beispiel für das Missverstehen dieser Regelungen stellt die Aussage eines Kinderarztes dar:

„Ja gut, ein bisschen Entlastung, sobald sie diese Komplexleistung haben (...) Das ist ja dabei das Schwierige, die ganze Bürokratie, die dahinter steckt. Und dann werden diese Ziffern eingegeben in die Abrechnung, dass dann diese Kinder automatisch bei dieser Statistik raus fallen.“ (IB2K1, 170-172)

Aber auch in den Frühförderstellen liegen Fehlinformationen bezüglich einer angeblichen Budgetentlastung der Kinderärzte/innen vor:

„Was sich insgesamt im Gesundheitswesen abspielt, was Therapien betrifft, sei es Ergotherapie oder Logopädie, dass Ärzte nicht so gerne verschreiben wollen, ihres Budgets wegen. Aber, und das verstehen die auch oft nicht, oder lernen sie nicht, im Grunde sind die Kinder, die eine Frühfördermaßnahme bekommen, sind die Ärzte dieser Budgetgeschichten enthoben.“ (IB3L1, 70)

Allem Anschein nach werden diese falschen Informationen teils durch die Frühförderstellen an die Kinderärzte/innen weitergegeben – wie die beiden folgenden Zitate zeigen:

„Dadurch dass es als Frühfördermaßnahme aus dem Budget raus genommen ist, ist ja eigentlich schon ein ganz großer Schritt dahin getan, das leichter zu machen. Trotzdem, die Ärzte haben da auch gar keine Zeit, wenn man die Papiere, die das erklären bei diesem Kind, mitschickt. Das wandert einfach in die Akte. Das sind die Sprechstundenhilfen, die packen das dann, ja gut. Und das macht dann halt viel Mühe, da hinterher zu sein.“ (IB3L1, 170)

„Die haben den Vorteil, dass die nicht ins Budget gehen, das ist natürlich auch ein klarer Vorteil. Wir werden jetzt noch mal eine Veranstaltung im Januar dazu machen für die Kinderärzte, die mit uns hier in der Region zusammenarbeiten, um das einfach auch noch einmal nach außen deutlich zu erklären und da auch sicherlich noch einmal das Wort zu suchen, dass es sich noch verbessert.“ (IB2ET1, 42)

Dieses Missverständnis kann auch zu Belastungen der Zusammenarbeit führen, wenn unterschiedliche Einschätzungen über einen Therapiebedarf bestehen und auch die vermeintliche Budgetentlastung nichts an den Entscheidungskriterien des Kinderarztes verändert:

„Trotz der Budgetentlastung klappt das oft nicht - es ist halt ihre Hoheit - dass die Ärzte therapeutische Maßnahmen verschreiben und manchmal haben sie halt bestimmte Vorstellungen. Zum Beispiel noch die alten klassischen Vorstellungen, dass man Sprachtherapie erst ab vier verordnet, zum Beispiel. Wo bei das eben heute mit der ganzen Forschung wirklich schon ab zwei Jahren Sinn macht. Das sind so ein bisschen die Punkte, wo die Zusammenarbeit sich manchmal schwieriger gestaltet.“ (IB3L1, 72)

Auch einige Frühförderer/innen interdisziplinär kooperierender Einrichtungen, die ja von der Verordnungspraxis direkt gar nicht betroffen sind, glauben irrtümlich an die Budgetentlastung. Sie können daher oftmals die Gründe der Kinderärzte/innen, sich für oder gegen eine Verordnung zu entscheiden, nicht nachvollziehen:

„Das ist für uns, für mich, ist es oft nicht genau ersichtlich, weshalb Ärzte jetzt eine Therapiemaßnahme empfehlen, befürworten und auch das Rezept ausstellen oder nicht. Manche haben schon früher deutlich gesagt, ja es hat 'n Zusammenhang mit dem Budget, bei anderen hat es gar keine Rolle gespielt. Ich hoffe, dass das mit der Komplexleistung wirklich in der nächsten Zeit noch mal bewusster wird bei den Ärzten und dann die Sache auch vereinfacht. Aber ich denke, das braucht seine Zeit.“ (IK6F2, 49)

Aus diesem Missverständnis heraus wird zuweilen sogar die Vermutung geäußert, dass Frühförderung gelegentlich nur deshalb befürwortet wird, um das Budget zu schonen:

„Und was ist dann die Motivation beides, also Frühförderung und Therapie zu empfehlen? Das würde erklären, warum in letzter Zeit- das wäre noch mal eine andere Erklärung, warum im Rahmen der Komplexleistung auch eher jetzt was verschrieben wird. Vielleicht dann nicht, weil wir dann anrufen, sondern weil wir mit drin sind.“ (IK5F1, 259)

Bei einem Kinderarzt führt das Missverständnis zu der Sorge, dass es zu einem Mehr an tatsächlich berechtigten Therapieverordnungen komme und dass so personelle und finanzielle Engpässe entstünden:

„Dadurch haben wir aber auch die Problematik, dass das vielleicht dann da überläuft und die von den Kapazitäten an ihre Grenzen kommen und Löcher entstehen.“ (IB2K1, 114)

Und ein anderer Kinderarzt, der darauf verweist, in anderem Zusammenhang in der Vergangenheit korrupte Strukturen kennen gelernt hat, behauptet die Gefahr des Missbrauchs dieser – von ihm falsch interpretierten – Regelung:

„Und das kann natürlich eine Missbrauchsmöglichkeit eröffnen. Wenn man mit Therapeuten unter einer Decke steckt. Man zeichnet alles ab. Da weiß man, was eine mögliche Ursache für eine gewisse Kostenexplosion sein könnte.“ (IK4K1, 158-160)

In diesem Punkt, so lässt sich abschließend feststellen, bestehen offensichtlich nach wie vor erhebliche Informationsdefizite.

4 VERTIEFENDE EINZELFALLANALYSE: MIO REINARD

Wie wir in Kapitel zwei schon dargelegt haben, wurden alle Interviews zur Datenerhebung auf den Prozessverlauf im jeweiligen Einzelfall fokussiert, um möglichst konkrete Auskünfte zu erhalten. Im vorigen Kapitel drei wurden die Ergebnisse von der Fallebene abstrahiert und auf einer verallgemeinernden Ebene systematisiert dargestellt. Nun in Kapitel vier erfolgt die exemplarische und voll anonymisierte Einzelfallanalyse. Wir haben dazu den Fall „Mio“ gezielt ausgewählt, weil wir die Gelingensbedingungen einer „best practice“ in Kapitel drei bereits deutlich haben herausarbeiten können. Für die Darstellung *dieses* Fallbeispiels wurde sich entschieden, weil hier alle im Gesamtbild der Untersuchung identifizierten sensiblen *Problemfelder* der Komplexleistung Frühförderung besonders prägnant vorzufinden sind.

Kurzbeschreibung:

Kind:	Mio Reinard,
Alter:	15 Monate
Diagnose:	Arthrogryposis multiplex congenita (AMC)
Frühförderung:	seit einem halben Jahr
Nationalität:	Familie mit Migrationshintergrund, seit 10 Jahren in Deutschland
Mobilität:	Familie lebt von ALG II, Eltern besitzen kein Auto

Unter Arthrogryposis multiplex congenita (AMC) versteht man eine angeborene Gelenksteife (Dysmorphie). Sie kann einzelne, aber auch mehrere Gelenke betreffen und als ausgedehnte Form bis hin zu Organ- und Gehirnbeteiligung führen. Bei Mio zeigen sich Veränderungen der Muskeln, Sehnen und vor allem des Bindegewebes des rechten Armes mit Folgen für die Gelenkkapseln und Mobilität der Gelenke. Wichtige therapeutische Erfolge bei AMC werden in der Regel mit Physiotherapie und Ergotherapie erzielt. Die Behandlung sollte so früh wie möglich beginnen, weshalb Mio seit Geburt Physiotherapie erhält. Bei Mio wird Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis nach Bobath durchgeführt, bei denen die Muskelaktivitäten, soweit vorhanden, angeregt werden. Die Intensität dieser Therapien ist in den ersten Jahren besonders groß; sie lässt sich später ohne große Nachteile verringern. Die Frühförderung wurde vor allem durch den Physiotherapeuten angeregt und vermittelt.

4.1 REGIONALE NÄHE UND DISTANZ

Weite Fahrtwege erschweren hier – wie auch in anderen Fällen – den persönlichen Kontakt zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Insbesondere weiter entfernte medizinische Untersuchungen von Mio können nicht begleitet und die Familie nicht direkt bei ihrer Auseinandersetzung mit Ärzten/innen unterstützt werden. Hier ist nur ein begrenzter telefonischer Austausch möglich und die direkten Informationen sind auf Berichte beschränkt, wodurch die Frühförderung auf die Aussagen der Eltern angewiesen ist. Die Eltern sind ohne Auto, haben aufwendige Fahrtwege mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu der Frühförderstelle, so dass auch Gruppenangebote vor Ort nicht wahrgenommen

werden können und Hausfrühförderung das einzig Mögliche ist. Dadurch ist eine Anbindung an die Einrichtung nur über die Frühförderin selbst gegeben.

4.2 EINGANGSPHASE

Auf Anraten des Physiotherapeuten riefen die Eltern in der Frühförderstelle an und erhielten einen Termin für ein Erstgespräch mit der Leitung der Frühförderstelle. Der Bedarf für Frühförderung wurde hier festgestellt, der Förder- und Behandlungsplan wurde den Eltern mitgegeben, damit sie ihn ausfüllen lassen und Mio kam auf die Warteliste. Für die Eltern folgte eine unerklärt lange Wartezeit, die sie sich bis heute (durch Eigenrecherche fehl informiert) damit erklären, dass Frühförderung nur jahrgangsbezogen bis zum dritten Lebensjahr möglich ist, was sie sehr verunsichert. Etwa ein halbes Jahr später erhielten die Eltern den Anruf, dass ein Platz frei sei und die pädagogische Frühförderin kam zu einem Erstkontakt in die Familie. Es fand bis dahin, wie in den meisten untersuchten Fällen, kein Austausch zwischen der Frühförderung und dem schon im Fall eingebundenen Therapeuten und dem Kinderarzt statt (vgl. Kapitel 3.1.2 und 3.4.5). Dieses erste Kennenlernen der Familie nutzte die Frühförderin, um eine Anamnese und Entwicklungsdiagnostik bei Mio durchzuführen. Diese sei nötig, um sich nach langer Wartezeit ein aktuelles Bild vom Kind machen zu können, das wiederum dazu genutzt wird, förderorientiert Ziele gemeinsam mit den Eltern unter anderem für den Förder- und Behandlungsplan festzulegen:

„sobald dann quasi ein freier Platz ist, werden die Eltern informiert und die Kollegin macht den ersten Termin mit der Familie aus. Am Anfang steht immer eine Entwicklungseinschätzung, (...) um erstens das Kind kennenzulernen, zweitens auch schon mal so eine Basis zu haben, wo steht das Kind mit seinen Fähigkeiten und darauf aufbauend mit den Eltern den Förderplan, das Förderkonzept zu besprechen.“ (IK6F2, 4)

4.2.1 Leistungsbewilligung durch Förder- und Behandlungsplan erfordert einen raschen defizitorientierten Befund – und eine „Qual der Wahl“ auf Seiten der Eltern

Aus Sicht der Eltern zeigt sich, dass es sich bei dem Ergebnis dieser Entwicklungseinschätzung um eine Auflistung von Defiziten handelt, die als wenig zutreffend erlebt werden und von denen den Eltern selbst nur die (vorgeschlagene) Wahl des als zutreffend Anerkannten als Förderschwerpunkt bleibt:

„Die hat so ein Konzept gemacht. Also, sie hat bei einigen Punkten für sich angemerkt, wo der Mio angeblich zurückbleibt und hat halt vorgeschlagen, was wir aussuchen – also, wir sollten uns einen Schwerpunkt aussuchen. Von deren Punkten, was sie alles aufgelistet hat.“ (IK6E2, 8)

Der Physiotherapeut musste den diesbezüglichen Diagnoseschock der Eltern auffangen, musste relativieren, insbesondere da er selbst die Ergebnisse der Frühförderin als unzutreffend beurteilte. Diese unzutreffende defizitorientierte Befundung von Mio habe verhindert, dass sich eine Vertrauensbasis

zwischen der Frühförderin und den Eltern entwickeln konnte und auch den daraus folgenden Frühförderschwerpunkt AMC schätzt er als schwierig ein:

„Sie (die Frühförderin) ist sehr fokussiert auf das Defizit AMC und das ist halt auch noch mal schwierig. Und sie verlangt schon viele Dinge von Mio, die er eigentlich aufgrund seines Alters noch nicht können kann. Wo ich dann auch erstmal ein paar Dinge gerade rücken musste. (...) Ich hab mir ihren Bericht durchgelesen und dachte: „Mhm, das passt einfach nicht aufgrund des Alters, ne?“ Hat dann auch Mio vom Entwicklungsstand ganz weit runter gesetzt, obwohl der von der motorischen Entwicklung her, würde ich fast sagen, altersentsprechend ist. Klar vernachlässigt er die rechte Seite, ganz klar. Typisches Zeichen. Was aber natürlich bei den Eltern auch nicht so unbedingt Vertrauen macht. Also, da ist die Vertrauensbasis nicht so groß.“ (IK6P1, 50-53)

Er kritisiert deshalb das Vorgehen der Frühförderin, zum einen die Diagnostik selbst ohne vorige Abstimmung mit ihm als Fachmann für die Motorik und das AMC durchgeführt zu haben, aber auch ihre direkte Konfrontation der Eltern. Dass er den Bericht erst über die Eltern erhielt, folglich auch hier keine Abstimmung mit ihm stattfand, brachte ihn in die Situation, ihre Glaubwürdigkeit untergraben zu müssen:

„Dadurch, dass sie z.B. so' n schlechten Bericht schreibt. Ich finde halt auch, wenn ich so' n Motorikbericht schreibe, dann gehe ich einfach auch zu Jemandem hin, der sich damit auskennt und bespreche den vorher. Bevor ich den der Mutter in die Hand drücke. Und ich hab ihn erst über die Mutter gekriegt und musste dann natürlich auch sagen, dass ein paar Punkte da einfach nicht stimmen. Und nicht hinaus. Ja, dann leider Recht geben. Das macht sie natürlich auch nicht glaubwürdiger.“ (IK6P1, 190)

4.2.2 Abwehr aus Konkurrenz?

Die Gelegenheit, sich vor Förderbeginn mit den im Fall erfahrenen externen Kollegen/innen abzusprechen, werde eigentlich nie genutzt, so der Physiotherapeut. Gründe hierzu vermutet er in einer Abwehr aus Konkurrenzdenken zwischen Therapeuten/innen und Pädagogen/innen:

„Nee, das ist auch eigentlich nie der Fall. (I: Und das liegt woran? Was meinen sie?) Ich weiß es nicht. Ich glaub, es ist noch so dieses - ich hab manchmal das Gefühl, es ist so ein Konkurrenzdenken zwischen Therapeuten und Pädagogen. Das ist so eine ganz uralte Geschichte. Und es ist so viel jetzt im Wandel. Aber dieser Wandel ist noch nicht wirklich vollzogen. Ich bin eher jemand, ich arbeite unheimlich gerne mit Pädagogen zusammen, weil man sehr davon profitieren kann als Therapeut. Einfach andere Ansichten, andere Einstellungen, andere Funktionen- irgendwie mal anders ran zu gehen. (I: Mit einem anderen Blick?) Genau. Es ist aber immer noch so, dass entweder Therapie oder Pädagogik und dass beides so wenig Hand in Hand geht. Und auch, also nicht nur von den Pädagogen, sondern auch von den Therapeuten gesehen. Also, ich kenne auch viele Therapeuten, die das ablehnen oder nicht wollen. (IK6P1, 68-73)

In der Eingangsphase konnten die Erwartungen an eine Zusammenarbeit nicht erfüllt werden. Die Erwartung an einen interdisziplinären Austausch schon vor Förderbeginn findet sich auch in der Komplexleistung wieder. Doch konnte ein solcher im Rahmen der gesamten Untersuchung in dieser idealtypischen Form auch andernorts kaum festgestellt werden. Vielmehr gaben einzelne Befragte an, sie würden einen interdisziplinären Austausch vor einem Kennen lernen der Familie und des Kindes ablehnen (vgl. Kapitel 3.1.2 und 3.4.5). Wünschenswert sei nach Angabe des Physiotherapeuten zumindest ein Austausch in der Förderanfangsphase:

„Ich würde es mir gerne wünschen, dass am Anfang jemand kommt und sagt: „Hier, ich hab das Kind übernommen, kannst du mir ein bisschen was drüber erzählen? Oder können sie da irgendwas zu sagen?“ Oder dass sie einmal in die Familie gehen und dann zu mir kommen. Dass sie erst einen neutralen Blick haben und dann zu mir kommen, dass man eine kurze Auswertung macht und dann zusammen einen Kontext findet. Was, glaube ich wichtig wäre für die Familien, damit man dann einfach zusammen arbeiten kann.“ (IK6P1, 73-74)

Die Diskrepanzen werden eklatant in im Wunsch des Physiotherapeuten nach Entlastung vom alleinigen Wissen um die tatsächliche Familiensituation und der Verstrickung in diesen Beziehungsstrukturen:

„Dass ich auch ein bisschen Entlastung kriege. Also, mein Anspruch ist es nie, ein Familienmitglied zu werden, aber man hat zeitweise das Gefühl, man wird zum Familienmitglied. Ich versuch das immer abzuwehren aber, wenn das Vertrauen einmal da ist, dann ist es ganz klar, dass man dann mittendrin steckt, ne? Und mit allen Problemen auch konfrontiert wird. Und da sind auch prekäre Familienstrukturen immer wieder ein Thema bei Familie Reinard und ich glaube nicht, dass das die Frühförderung weiß.“ (IK6P1, 74)

Und auch in dem Wunsch der Mutter nach einem veränderten Vorgehen in der Eingangsphase:

„Dass man erst mal vielleicht, bevor sie mit dem Kind anfangen, erst mal mit den Ärzten oder mit dem Physiotherapeuten sich unterhalten, sich austauschen und dann zu uns kommen mit ihren Beurteilungen. Vielleicht so. Ja, das wäre, denke ich mal, am Sinnvollsten. Wenn sie erst mal sich informieren und dann erst anfangen mit der Frühförderung.“ (IK6E2, 122)

4.3 FÖRDERPROZESS

4.3.1 Gemeinsame Zielsetzung verbindet nur vordergründig

Trotz der spürbaren Unzufriedenheit der Mutter, wünscht sich diese noch mehr Frühförderung für ihr Kind. Auf direkte Anfrage äußert sie, dass sie sehr zufrieden mit der Frühförderung sei, sie könne nur häufiger die Woche stattfinden. Ein Widerspruch im dargestellten Kontext? Eine Erklärung könnte sich genau in der Eingangssituation finden, die für die Mutter zunächst unerträglich schien.

Es zeigte sich, dass die Frühförderin aufgrund des oben dargestellten diagnostischen Vorgehens keinen tieferen Einblick ins Familiensystem erhalten konnte. Eine stellvertretende Deutung der Gesamtsituation blieb aus, vielmehr geriet Mio mit seinem sichtbaren Defizit, seiner Körperbehinderung in den Fokus der Frühförderung. Das damit allen gemeinsame Ziel, die Funktion seines Armes zu verbessern, verbindet nur vordergründig. Selbstverständlich ist es ein berufsbedingtes Ziel des Physiotherapeuten, das erklärt sich von selbst. Doch hinterfragt er die selbige Zielsetzung der Frühförderung. Eine Notwendigkeit bestünde vielmehr im Blick auf das Familiensystem, wozu aber das dazu nötige Vertrauensverhältnis zur Familie fehle:

„Weil auf das Defizit AMC gehe ich ja auch ein. Da geht's aber mehr um die Interaktion in der Familie. Und da herrscht nicht so das große Vertrauen, hab ich das Gefühl.“ (IK6P1, 54)

„Da steht halt immer der Arm im Vordergrund. Das ist auch klar das Ziel der Frühförderung. Ich finde, es sollte noch ein anderes Ziel sein und das steht übergeordnet der AMC. Der Arm ist nicht so schlimm,

dass man irgendwie Angst haben müsste, da irgendeinen Zeitpunkt zu verpassen. Aber da steht ganz klar die Sozialkompetenz im Vordergrund.“ (IK6P1, 155)

Die zu Beginn verdeutlichte „Qual der Wahl“ der Eltern führte in ihrem Ergebnis dazu, dass die Frühförderung zwar das („gewählte“) Ziel der Eltern in den Fokus nimmt, daher klientenzentriert vorgehen scheint, doch eigentlich sind die Rollen verkehrt. Das berufsbedingte Ziel der Physiotherapie ist nun auch Schwerpunkt der pädagogischen Frühförderung, die Unterstützung der Familie und der Versuch, problematische Strukturen aufzubrechen, scheint weiterhin Aufgabe des Physiotherapeuten.

Die Mutter dagegen legt großen Wert auf den Förderschwerpunkt AMC in Folge des Diagnoseschocks:

„Mio ist nicht anormal. Als sie mir dieses Konzept gebracht hat und diese Schwerpunkte ernannt hat, wo er alles angeblich zurückbleibt, da war ich erstens hab ich allein zwei Tage geheult, weil ich konnte das gar nicht glauben, dass mein Kind wegen der Behinderung so zurückbleibt. Zweitens ist es ja so gewesen, dass ich einfach gar nicht klar kam. Die einen sagen so, dass alles in Ordnung ist - und dann kommt so eine Nachricht. Das war für mich ein bisschen undeutlich. (...) Ich meine, mit dem rechten Arm, das weiß ich. Das ist mir von Anfang an gesagt worden. Das sehe ich ja auch, dass da die Schwierigkeiten bestehen aber sonst.“ (IK6E2, 116-118)

In Abwehr aller anderen „angeblichen“ Defizite soll die offensichtliche Behinderung behoben werden, wird sie zum Zentrum, der sich alle mit größtem Engagement widmen sollen:

„Man muss ihn so viel wie möglich einfach fördern, dass er mit der rechten Hand arbeitet und dass ist auch für mich persönlich wichtig, dass man an dem Punkt so viel wie möglich macht. Wir machen das ja auch natürlich bei der Physiotherapie auch mit. Aber so bei der Frühförderung, die hat auch erwähnt, dass die Sprache ein bisschen zurück bleibt bei dem Mio aber das ist jetzt, meiner persönlichen Meinung nach, nicht der Grund, wo wir arbeiten müssen. Sondern er wächst ja zweisprachig auf - das war bei meiner Großen - obwohl sie gar keine gesundheitlichen Probleme hatte, genauso. Das ist ja, finde ich, normal. Ja, und da haben die jetzt ausgewählt, dass sie diesen Schwerpunkt auf die Wahrnehmung der rechten Seite spezialisiert.“ (IK6E2, 22)

„Sie ist auch sehr fokussiert da drauf, weil alle Seiten - also sie war am Anfang nicht so fokussiert drauf. Das hat sich verändert, seit dem die Frühförderung mit drin ist, seit es diesen Bericht gibt.“ (IK6P1, 195)

Auch die direkte Frühförderzusage des Kinderarztes begründet die Frühförderin mit der eindeutigen Behinderung von Mio. Der Kinderarzt äußerte sich uns gegenüber abwehrend bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit, er wisse nichts über die Komplexleistung und sehe sich nicht als Teil dieses Systems. Er erwarte von der Einrichtung, dass diese ihren Job gut mache und alleine klar komme. Er möchte per se nur schriftlich über den Förderprozess informiert werden, Anrufe seien eher eine Zumutung im Praxisbetrieb. Direkten Kontakt wünscht er nur, wenn es Probleme und Schwierigkeiten gibt. Der Praxisalltag erlaube darüber hinaus kein Engagement, keine runden Tische, auch Anrufe nur im Ausnahmefall.

Von gemeinsamen Zielabsprachen mit Einbezug des gesamten Familiensystems kann daher nicht ausgegangen werden. Vielmehr scheint es, dass auch der Kinderarzt einem tiefer gehenden Blick ausweicht und die offensichtliche und daher einfache Begründung der Körperbehinderung genügt und fokussiert wird.

4.3.2 Rolle des Kinderarztes

Mio wurde nach telefonischer Rücksprache mit dem Kinderarzt in der Frühförderstelle angemeldet. Hier muss angemerkt werden, dass der Kinderarzt die Familie zwar von Mios Geburt an kennt, doch die Betreuung der Patienten innerhalb der Gemeinschaftspraxis ständig wechselt. Der Kinderarzt scheint sich nach Aussage des Physiotherapeuten kein stimmiges Bild von der Familie machen zu können - die Eltern ließen einen Einblick auch nur schwer zu. Die Mutter selbst äußert, dass der Kinderarzt sich in der Problematik Mios kaum auskenne und nicht von Bedeutung sei für die Frühförderung. Es zeigt sich hier ein in der Untersuchung weit verbreitetes Phänomen, dass die befragten Eltern ihren Kinderarzt innerhalb des Systems Komplexleistung nur in der Funktion Bedeutung beimessen, ihnen Rezepte für die Heilmittel auszustellen. Auch eine Teilnahme der Kinderärzte/innen an den runden Tischen wird vielfach und auch hier für unnötig befunden.

4.3.3 Förderprozess fehlt Vertrauen

Ein von Vertrauen geprägtes Arbeitsbündnis zwischen Frühförderin und Eltern konnte nicht gestiftet werden. Auch im fortlaufenden Förderprozess zeigen sich die Auswirkungen dieses gestörten Vertrauensverhältnisses. So wird beispielsweise die Arbeit und Professionalität der Pädagogin in Frage gestellt:

„so viel Großartiges macht sie jetzt nicht, meiner Meinung (...) da ist irgendwie kein bombenartiges Ergebnis, (...) sie spielt ja mit ihm nur. (...) Meiner Meinung nach, Physiotherapie bringt mehr als die Frühförderung.“ (IK6E2, 30-32)

Als eklatant zeigt sich auch hier das vielfach, gerade von den befragten externen Therapeuten/innen problematisierte Vorgehen, runde Tische ausschließlich in Anwesenheit der Eltern zu pflegen. Es gab im laufenden Förderprozess einen kleinen runden Tisch, an dem der Physiotherapeut sein eigentliches Anliegen an die Frühförderin aufgrund eines Loyalitätskonfliktes nicht in der Anwesenheit der Eltern thematisieren konnte:

„Da steht halt immer der Arm im Vordergrund. (...) Aber dass man auch einem behinderten Kind Grenzen setzen muss. Und wie diese Grenzen auszusehen haben, wie man damit umgehen kann? Wie kann man rangehen an diese Sachen. (...) Und das kann die Mutter ganz schwer umsetzen. (...) Liebevoll konsequent zu sein. Entweder sie ist sehr konsequent, dann ist sie sehr hart oder sie ist inkonsequent. (...) Also um solche Art Ziele zu besprechen und die vielleicht auch zu vereinbaren, ist dann die Anwesenheit der Mutter schwierig, ja und ein Vertrauensbruch meinerseits.“ (IK6P1, 155-162)

„der Fokus liegt so völlig auf Mio und nicht auf dieser Gesamtkonstellation, was ich mir schon gerne von einer Frühförderin wünschen würde, was ich aber in diesem Kontext nicht sagen konnte, weil die Mutter mit dabei war.“ (IK6P1, 54)

4.3.4 Förder- und Behandlungsplan unbefriedigend

Die Abstimmung mit dem Kinderarzt verlief bisher über die Weitergabe des Förder- und Behandlungsplanes durch die Eltern und einen Anruf durch die Frühförderstelle.

Insgesamt beurteilt der Physiotherapeut den Förder- und Behandlungsplan als unbefriedigenden, weil einseitigen Informationsfluss, der kaum über den schriftlichen Kontakt hinaus geht. Kooperation werde in der Regel durch ihn ausgelöst, nicht durch andere und schon gar nicht durch den Förderplan:

„Die Förderpläne bekomme ich dann irgendwann zugeschickt. Also es gibt auch Familien, bei denen ich dann erst erfahre, dass die Frühförderung überhaupt mit drinnen ist, wenn mir die Familie das vorher nicht erzählt. Dann fülle ich den Frühförderplan aus, der für meine Begriffe für die Füße ist, weil da nichts drinnen steht oder ich nichts reinschreiben kann, worauf es jetzt wirklich ankommt und was Sache ist. Ja, und dann schicke ich ihn zurück und dann war's das. Und dann kommt sobald nichts wieder. Irgendwann kommt wieder ein Frühförderplan, weil sie das neu beantragen müssen, keine Ahnung - ja, und dann schickt man ihn wieder zurück. Also, es ist nicht wirklich befriedigend.“ (IK6P1, 93-95)

„Ich kenne die Vorgaben ja nicht. Aber, ich glaube nicht, mich zu erinnern, dass mal von jemand anderem die Kooperation schon mal gekommen ist. Ja und auch die Berichte, die ja irgendwie zu diesen Vorgaben dazugehören. Es ist ja nur einseitig, ja? Es ist ja keine Kooperation, die dadurch ausgelöst - ist nur ein Informationsfluss - Es ist auch nur ein Informationsfluss.“ (IK6P1, 207)

4.3.5 Wunsch nach Frühförderung als Brücke zwischen den Institutionen

Der Physiotherapeut wünscht sich eine Frühförderung, die als Brücke zwischen den Institutionen agiert, so dass die Eltern in ihrer Suche nach der richtigen Hilfe für ihr Kind unterstützt, Zuständigkeiten geklärt und einfacher eingehalten werden können und man als Kollegen/innen im Sinne des Kindes voneinander profitieren kann:

„Ich finde so, dass es einfach zum Gesetz wird. Dass man sich mit den unterschiedlichen Therapeuten zusammensetzt. Dass es eine Anschauungsstunde gibt bei den Eltern zu Hause, damit man neutral dran gehen kann und dass das in dem Förderplan drin steht (...) Aber dass ich auch einfach mal Auge in Auge mit ihm zusammengesessen habe und nicht nur am Telefon und kann mir kein Bild machen von demjenigen. Ich zeig auch ganz viel am Boden - Was mach ich denn eigentlich? Auch ein Treffen ohne das Kind, ja? Damit man da einfach schon mal eine Hilfestellung geben kann oder sagen kann: darauf müssen sie achten, da trickst er gerne. (...) Weil er's nicht gerne macht aber er kann' s. Das muss man einfordern, ja? Die Schwächen der Eltern einfach auch mal aufzeigen. Ich möchte ja nicht über die Eltern lästern aber einfach, dass die Frühförderung schon von Anfang an weiß, wo liegen denn die Schwachpunkte? Wo kann ich im Alltag noch mehr reinarbeiten, dass die Therapie einfach noch mal mehr Unterstützung erfährt. Dass man schneller an das Ziel rankommt. Und nicht, dass man parallel arbeitet und jeder hat ne andere Wahrnehmung.“ (IK6P1, 112-114)

Die Aussagen vieler Befragten (vgl. Kapitel 3.4.5, „hoher Organisationsaufwand“), dass es Berufseinsteiger/innen und jungen Kollegen/innen viel leichter falle, Netzwerkarbeit zu betreiben und den neuen und erhöhten Anforderungen der Komplexleistung gerecht zu werden, wird durch seine folgende Bemerkung bekräftigt:

„Die Jungen in der Frühförderung sind da engagierter, muss man einfach so sagen. Also, wir haben jetzt wirklich eine Gute von der Frühförderung, die dann auch sich die Mühe gemacht hat. Dann ist sie her gekommen, wir haben uns hier unterhalten, ohne Eltern, ohne Kind. Einfach übers Kind, ja?“ (IK6P1, 102)

Er selbst zeigt sich als Networker, der mit den unterschiedlichsten Institutionen kooperiert, um den Familien ein Netz zu schaffen, das ihnen Halt und Unterstützung bietet:

„Ich wünsch mir einfach für die Eltern, also dadurch, dass die Familien so isoliert werden in der heutigen Gesellschaft, dass es mehr Möglichkeiten gibt, wieder zusammenzukommen. Dass man einfach ein größeres Netzwerk wieder gestalten kann. Früher war das Netzwerk die Familie, wo Großeltern, Eltern in der Nähe gelebt haben. Das gibt es heute so nicht mehr. Also muss man andere Netzwerke gestalten, wo man die Mütter hinschicken kann und dass kann nicht immer ein teurer Pekikurs sein oder Mutter-Kind-Turnen oder sonst irgendwas, sondern das muss halt einfach größer sein und auch gerade für die behinderten Kinder und Eltern von behinderten Kindern, dass man da einfach auch mehr Möglichkeiten schaffen kann. Denen einfach mal ein bisschen Spaß zu gönnen. Ja, die sind so fokussiert auf das Problem, dass wenig der Spaß am Leben im Vordergrund steht. Dass sie mal lachen können, dass sie einfach in einer großen Runde zusammen kommen können und einfach mal ne Stunde lang nicht darüber nachdenken müssen, warum der Fuß jetzt nicht in Dorsalextension geht. Sondern einfach - ja, mein Kind ist so in Ordnung, wie's ist. (...) Das wäre mir wichtig, dass man da einfach so ein Netz aufbaut.“ (IK6P1, 222)

Auch aus diesem Grund unterstützt er weiterhin die Frühförderung von Mio, indem er zwischen der Mutter und der Frühförderstelle eine Vermittlerrolle einnimmt:

„Die Mutter kommt sehr gerne zu mir und ich hab das Gefühl, dass ich immer so ein bisschen vermitteln muss. Dass sie offen ist für die Frühförderung. Das finde ich dann halt schwierig. Ja? Und das auch weiterhin durchzieht. Weil ich das wichtig finde einfach.“ (IK6P1, 190)

Diese Rollenverteilung tauchte in der vorliegenden Untersuchung kein weiteres Mal auf. In der Regel nimmt vielmehr die Frühförderstelle – gegebenenfalls der Kinderarzt direkt nach Bedarfsermittlung – eine Vermittlerrolle ein.

4.4 EINFLUSS KINDZENTRIERTER VORGABEN DER LEISTUNGSTRÄGER AUF DIE KOMPLEXLEISTUNG

Auch in diesem Fall wird deutlich, welchen Einfluss einrichtungsspezifische Vorgaben auf die Umsetzung der Komplexleistung im Sinne der interdisziplinären Kooperation haben können. Hier wird vom Leistungsträger – dem Sozialamt – ein klarer Schwerpunkt der Frühförderer/innen auf die kindzentrierte Arbeit vorgegeben. Die genehmigten und finanzierten Einheiten sollen deutlich mehr für die Arbeit mit dem Kind und seiner Familie verwendet werden und nur ergänzend für die interdisziplinäre Kooperation:

„Es war bisher immer so, der Schwerpunkt liegt ganz klar bei der Familie und beim Kind und die interdisziplinäre Arbeit nur ergänzend.“ (IK6F2, 85)

Dies könnte erklären, warum die Frühförderin den interdisziplinären Anteil ihrer Arbeit hier vernachlässigt, sie weder eine Veränderung der Einleitungsphase der Komplexleistung seit ihrer Einführung feststellen kann:

„Also, was ich mitbekomme, so für meine Arbeit habe ich den Eindruck, da hat sich in der Anfangsphase nichts verändert (...) das hat sich, egal welches Formular benutzt wird, da hat sich im Prinzip nichts geändert.“ (IK6F2, 45)

noch eine Veränderung insgesamt durch die Einführung der Komplexleistung:

„Also neue Vernetzungen allein durch diese Komplexleistung sehe ich gar nicht. Also wir hatten schon immer, dass wir den Kinderarzt immer informieren (...), jetzt ist es halt der Förder- und Behandlungsplan und mit den Kindergärten und Therapeuten und Ämtern hatten wir auch vorher immer bei Bedarf Kontakt. Also, da hab ich jetzt nicht den Eindruck, dass sich dadurch irgendwas Neues ergeben hat für uns.“ (IK6F2, 9)

Der interdisziplinäre Ansatz wurde als Arbeitsauftrag formuliert, den sie überraschenderweise als erfüllt betrachtet, da in der Regel die Kooperationsanbahnung von der Frühförderstelle ausgeht:

„Und mit den Kindergärten und Therapeuten ist es einfach unterschiedlich, es gibt Kindergärten, die einen großen Bedarf haben, die sich dann auch immer mal wieder hier melden und auch Therapeuten, aber wenn man mal schwerpunktmäßig schaut, geht's von uns aus. Damals ist das auch so ein Arbeitsauftrag gewesen, dass die Frühfördermitarbeiterin das sozusagen alles so ein bisschen vernetzen sollte. Und da so den Anstoß gibt, bzw. die Anfrage stellt, ob eben die Anderen auch Interesse haben an so einem Austausch.“ (IK6F2, 12)

Zwar wünscht sie sich eine intensivere Kooperation über die Anbahnung hinaus und sie hat auch Vorstellungen über mögliche Verbesserungen. Aber letztlich kann sie diese weder konkretisieren noch sieht sie eine Möglichkeit, dass dies im Rahmen ihrer Zuständigkeiten im Sinne der Komplexleistung umgesetzt werden könnte:

„Also wünschenswert fände ich eigentlich immer, dass man, keine Ahnung, so alle Vierteljahre, wirklich mal so, und wenn's auch erstmal so am Telefon ist, gibt's was besonderes? Mal vielleicht so rumfragt, da wäre dann jetzt wirklich mal die Frage, wer hätte diesen Part? Wer kriegt auch was erzählt, wer kann überhaupt was leisten? (...) Und wünschenswert, fände ich (...), dass ein direkterer Austausch zeitnah möglich ist, aber ich hätte jetzt keine konkrete Vorstellung, wie? Also als diese Komplexleistung so angefangen hat, (...) da gab's ja unterschiedliche Ideen und Modelle, (...) das klang alles sehr interessant, wo ich mir dann vorgestellt habe, (...) da könnte ich mich noch so ein bisschen mehr bei anderen versichern, was hat das (eine bestimmte körperliche Einschränkung) jetzt eigentlich zu bedeuten? Das wäre für mich die Idealvorstellung einer Zusammenarbeit, aber wie das umzusetzen ist?“ (IK6F2, 61)

Auch die in fast allen befragten Einrichtungen strukturell verankerten regelmäßigen runden Tische scheinen in dieser Einrichtung nur in Ausnahmefällen umsetzbar:

„wir können das gar nicht leisten, also das kann man wirklich nur, wenn das familiär gravierende Folgen annimmt, dass man sagt, so jetzt müssen wir mal 'ne größere Runde machen, um da einfach noch mal 'n gemeinsamen Weg zu erarbeiten.“ (IK6F2, 55)

Als Gründe werden auch in diesem Fall sowohl fehlende Zeit und Kapazität für den Mehraufwand an Organisation genannt als auch der damit einhergehende Wegfall der Einheiten für das Kind. Es zeigt sich hier deutlich, dass die Arbeit direkt mit dem Kind Priorität haben muss:

„Ich denk es ist das Zeitmanagement. Es ist schon so, dass die zeitliche Auslastung sehr eng ist, wir weniger Spielräume haben, beziehungsweise, die manchmal auch nicht so gut planen können (...) aber durch den relativ engen Zeitrahmen merk ich so, hab ich weniger den Kopf frei, da auch mal zu gucken, muss ich jetzt? Muss ich jetzt nicht? Also bei gravierenden Sachen schon, aber es ist weniger zeitliche Flexibilität dann auch einfach möglich. (...) Ich müsste dann dafür die Förderstunde für den Mio streichen, genau, ja. Es ist immer so' n Ausbalancieren.“ (IK6F2, 65-71)

4.5 ZWISCHENFAZIT

Die Risiken der bisher eingeführten Strukturen und leistungsrechtlicher Bestimmungen der Komplexleistung Frühförderung in Hessen können weitestgehend durch ein besonderes Engagement und besondere Bewältigungsstrategien aller Beteiligten aufgefangen werden (vgl. Kapitel drei). In ihrem Ausbleiben, bzw. unter ungünstigen Bedingungen können sie aber auch zu einem Scheitern der fallbezogenen Komplexleistung führen. Dies konnte in Kapitel 4 anhand der Einzelfallstudie von Mio veranschaulicht werden. Schon durch die Umsetzung der Einleitungsphase wurde hier deutlich, dass der Förder- und Behandlungsplan als unreflektiertes Leistungsbewilligungsinstrument und ohne interdisziplinäre Abstimmung schon in dieser Eingangsphase zu einem unangemessen defizitorientierten Befund führen kann. In diesem Fall resultierte daraus ein Diagnoseschock der Eltern und wurde das Stiften eines Arbeitsbündnisses verhindert. Bis heute ist der Förderprozess aufgrund der fehlenden Vertrauensbasis nachhaltig beeinträchtigt.

Es zeigt sich auch hier, wie wichtig eine so genannte „doppelte Buchführung“ ist, um auf einer gemeinsamen Arbeitsebene förderorientiert Stärken und Besonderheiten der Kinder in das Zentrum der Förderung zu stellen und auf der Verwaltungsebene Notwendigkeiten zu erfüllen, die eben auch darin bestehen, den Leistungsträger von der Bedürftigkeit des Kindes anhand seines Leidensdrucks, ggf. auch den subjektbezogenen Defiziten zu überzeugen.

Abschließend zeigt sich auch im Fall Mio, insbesondere in der dort auszumachenden uneffektiven Verschiebung von Helferrollen, dass innerhalb der vielen Systeme insbesondere die Frühförderstelle als Brücke zwischen den Institutionen stehen sollte, damit sie eine wirksame, weil umfassende Beziehungsarbeit leisten kann – mit dem Kind, mit der Familie, mit dem („Komplexleistungs“-)Team und mit den Institutionen (vgl. Gutknecht 2007: 141).

5 GESAMTFAZIT UND AUSBLICK

Im Schlusskapitel wird zunächst eine Zusammenfassung der Beantwortung der vier Leitfragen erfolgen. Anschließend werden in einem Ausblick bedenkliche Entwicklungen, Handlungsbedarfe und Anregungen zur inhaltlichen Fortsetzung der Fachdiskussion aufgezeigt.

5.1 GESAMTFAZIT

Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse bezogen auf die vier vorangestellten Leitfragen zusammengefasst und diskutiert.

5.1.1 Welche organisatorischen und fachlichen Arbeitsprozesse haben sich in der Praxis bewährt, um die Kooperation aller Verfahrensbeteiligten anzubahnen und fortzuschreiben?

Bei der Befragung wurden unterschiedliche Ebenen gelingender Kooperation benannt. Darüber hinaus wurden auch Anregungen und Hinweise formuliert, wie die Vorgehensweisen weiter optimiert werden können. Diese werden im Folgenden mit aufgeführt und diskutiert.

Persönlicher Austausch und informelle Abstimmung

Bewährt hat sich nach Aussage der meisten von uns interviewten professionell Tätigen der persönliche Austausch zwischen Frühförderern/innen, Therapeuten/innen und Kinderärzten/innen vor allem in der Eingangsphase und zu Besonderheiten des laufenden Förderprozesses. Auch informelle Rückmeldungen der Frühförderstellen an Kinderärzte/innen und Therapeuten/innen bewerten fast alle Befragten als kooperationsförderlich - einerseits zum Einleitungsverfahren, gegebenenfalls auch im Vorfeld, als auch zu Beginn und zu Besonderheiten des laufenden Förderprozesses. Es wurde darüber hinaus der Wunsch nach generellen strukturellen Verankerungen der direkten Abstimmung im Einleitungsverfahren deutlich.

Runder Tisch

Als besonders wichtig werden von fast allen Befragten die interdisziplinären fallbezogenen runden Tische hervorgehoben. Zu beachten seien nach Aussagen der interviewten Berufsgruppen insbesondere folgende *generellen* organisatorischen Bedingungen:

- gesicherte Finanzierung durch Honorarabrechnung aller externen Leistungserbringer
- regelmäßiger – ein bis zweimal jährlicher – Turnus bei allen Kindern
- Entgegenkommen der Frühförderer/innen bezüglich Zeit und Ort, insbesondere um die Teilnahme der Kinderärzte/innen zu ermöglichen.

Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, *im Bedarfsfall*

- häufiger – und dann zügig – zusammentreten zu können,
- dies gegebenenfalls in „kleiner Runde“,
- und situationsabhängig auch Absprachen in Abwesenheit der Eltern treffen zu können.

Unterschiedliche bzw. kontroverse Einschätzungen wurden hinsichtlich folgender Aspekte vorgefunden, die insbesondere die Durchführung der runden Tische betreffen:

- Bedeutung des Förder- und Behandlungsplans: In einigen Frühförderstellen wurde dieser als strukturgebende Basis für das Gespräch verwendet, von anderen wurde er (weil als zu defizitorientiert betrachtet) bewusst außen vor gelassen.
- Art der Gesprächsführung: Während insbesondere Frühförderstellen und Heilmittelerbringer eine prinzipiell ressourcenorientierte Gesprächsführung mit den Eltern favorisieren, betonen zumindest zwei der von uns befragten Ärzte/innen dezidiert die Notwendigkeit einer auch konfrontierende Gesprächsführung.
- Umgang mit interdisziplinären Diskrepanzen: Hier ist sowohl die Einstellung vorzufinden, primär gelte es, die Eltern nicht zu verunsichern, als auch die Einstellung, den Eltern seien – im Sinne der Transparenz und Anerkennung der elterlichen Expertise für ihr eigenes Kind – unterschiedliche fachliche Positionen deutlich machen.

Das prinzipiell von allen Beteiligten vertretene Postulat der Offenheit gegenüber den Eltern führt allerdings nach Einschätzung einiger Befragter dann zu einem kaum auflösbaren Dilemma, wenn es neben den runden Tischen keinen weiteren institutionalisierten fachlichen Austausch gibt. Dies wird vor allem an zwei im Rahmen runder Tische regelhaft auftretender, sehr unterschiedlicher Situationen festgemacht.

- Rücksichtnahme auf die Eltern: Es wird verschiedentlich problematisiert, ob der runde Tisch den geeigneten Rahmen darstellt, um Aspekte der Förderung zu besprechen, von denen man weiß, dass sie für die Eltern äußerst schmerzhaft sind. In der Praxis der runden Tische führe dies immer wieder zu selbst auferlegten Redeverboten.
- Sorge um die Kindeswohlgefährdung: Noch dramatischer stellt sich die Frage nach dem angemessenen Rahmen des runden Tisches in Anwesenheit der Eltern, wenn der Verdacht auf Vernachlässigung, häusliche Gewalt etc. besteht.

Als wünschenswert – und im Einzelfall auch als bereits funktionierende Praxis beschrieben – ist die rechtzeitige Beteiligung (etwa ein Jahr vor der Einschulung) der aufnehmenden Schule an den Runden Tischen.

Regionale Arbeitskreise

In der Untersuchung zeigte sich bei allen Berufsgruppen die Initiative zur Teilnahme an oder Initiierung von regionalen fachbezogenen Arbeitskreisen oder Qualitätszirkeln, gegebenenfalls

- zur Durchführung von Informationsveranstaltungen, die gezielt auch auf aktuelle fachliche Themen und Interessen des niedergelassenen Systems eingehen
- zum Austausch und zur Diskussion über aktuelle fachliche, sozialpolitische und standespolitische Anliegen der Beteiligten.

Gerade nach Aussagen der an solchen Arbeitskreisen teilnehmenden Kinderärzte/innen fördert ein derart ermöglichter Informationsfluss – und auch der dadurch gepflegte persönliche Kontakt – die gegenseitige Wertschätzung zwischen allen Beteiligten. Persönliche Kontakte scheinen auch hier Konkurrenzgefühlen entgegen zu wirken und zu einer Offenheit zwischen den Fachpersonen zu führen.

Kooperation mit sozialpsychiatrischen Diensten

Eine Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten in der Region zur Förderung und Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern wird von vielen Befragten als erforderlich angesehen und habe sich dort, wo in der von uns untersuchten Praxis umgesetzt, auch bewährt.

Diskussion

Es wird zunächst durchgängig deutlich, dass der *persönliche Kontakt* zwischen den Berufsgruppen von fast allen an der Komplexleistung Beteiligten positiv bewertet wurde. Lediglich von einigen der befragten Kinderärzte/innen wurde dieser Kontakt als unnötig oder gar als unerwünscht bezeichnet. Die von uns befragte Zahl von Kinderärzten/innen ist allerdings zu klein, um hier zu belastbaren Aussagen hinsichtlich der Gründe für diese Vorbehalte zu gelangen. Zu fragen bleibt gleichwohl an dieser Stelle, inwieweit strukturelle Vorgaben die jeweils individuelle Bereitschaft zur Kooperation unterstützen oder auch hemmen (können).

Bemerkenswert ist die ambivalente Einschätzung *informeller Abstimmungsprozesse*, wie sie insbesondere in der Einleitungsphase der Komplexleistung praktiziert werden. Einerseits wird die Notwendigkeit einer strukturellen Verankerung einer direkten Abstimmung im Einleitungsverfahren, also nach einer „formellen“ Form zu Beginn der Komplexleistung, betont. Andererseits wird gerade der informelle Charakter des praktizierten Vorgehens häufig als einzig praktikabel bezeichnet. Dies kann auf die fehlende Abstimmung der leistungsrechtlichen Vorgaben zurückzuführen sein. Möglich ist allerdings auch, dass die Beteiligten hier doch die Freiräume eines nicht-standardisierten Verfahrens erhalten wissen wollen.

Die strukturelle Verankerung der direkten Abstimmung im Einleitungsverfahren verlangt gegebenenfalls die Anpassung der jeweiligen leistungsrechtlichen Vorgaben, muss dann aber auch in der jeweiligen Einrichtung bzw. bei den niedergelassenen Therapeuten/innen und/oder niedergelassener Ärz-

te/innen in die Abläufe integriert werden.

Die Einrichtung *runder Tische* hat sich bewährt und ist allgemein unstrittig. Kontroverse Positionen bestehen allerdings hinsichtlich deren Zusammensetzung (insbesondere der durchgängigen Elternbeteiligung), deren Funktion und deren Durchführung. Diese Kontroversen lassen sich offensichtlich nicht auf die hier im Fokus stehende leistungsrechtliche Rahmung der Frühförderung zurückführen, sondern scheinen eher mit unterschiedlichen professionellen Grundhaltungen (sog. „professional beliefs“) zu tun zu haben, und als solche sind die damit zusammenhängenden Fragen dem weiteren Fachdiskurs zu überantworten.

Auch wenn die *sozialpsychiatrischen Dienste* kein Beteiligter der Komplexleistung Frühförderung sind, so gewinnt die Kooperation mit diesen Diensten nach unserer Datenlage zunehmend an Bedeutung. Hier besteht aller Voraussicht nach künftig ein Regelungsbedarf.

5.1.2 Wie beurteilen die Eltern/Personensorge-, Anspruchsberechtigten das Angebot und die Leistung des Systems insgesamt und seine Teile?

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die befragten Eltern ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Komplexleistung Frühförderung zum Ausdruck brachten. Es ist nicht völlig auszuschließen, dass diese hohe Zufriedenheit auch auf die Auswahl der an der Befragung beteiligten Eltern zurückzuführen ist. Aber der oben berichtete Fall Mio Reinard zeigt, dass auch kritische Stimmen Gehör fanden. Die folgenden Aspekte wurden von den Eltern als besonders bedeutungsvoll genannt:

Vertrauensvolle Beziehungen

Die Eltern beschreiben die Leistungserbringer als hoch professionell und die Beziehungsebene zwischen Experten/in und ihrem Kind als vertrauensstiftend. Sie können daher ihre Kinder vertrauensvoll an die Förderer/innen und Therapeuten/innen „abgeben“, was zu einer enormen Erleichterung und insgesamt deutlich zur Zufriedenheit beiträgt. Die Zuständigen werden als sehr zuverlässig erlebt, sie informieren kontinuierlich und stehen Eltern beratend, sowie emotional unterstützend zur Seite. Sie dienen als Ansprechpartner/innen und Stütze für die meisten der von uns interviewten Eltern.

Wertschätzende Arbeitsbündnisse

Fast alle an uns vermittelten Eltern betonen eine positive Einbindung in die Frühförderung. Die Eltern schätzen es sehr, dass die Frühförderer/innen und Therapeuten/innen mit ihnen Rücksprache über ihre Vorhaben halten, das heißt, dass Absprachen gemeinsam getroffen und Ziele gemeinsam besprochen werden. Die Eltern fühlen sich in den Förderprozess eingebunden, da ihnen Mitverantwortung

übergeben wird, die zuweilen auch die Form von „Aufgaben“, die mit dem Kind zu üben sind, annimmt.

Wahrnehmung des Systems Komplexleistung

Den Eltern sind die Koordinationsleistung der Frühförderstellen und Kooperationsbemühungen aller Beteiligten durchaus bewusst. Absprachen zwischen den Leistungserbringern werden teils an sie rückgemeldet, manchmal werden sie allerdings auch nur zufällig bekannt. Doch immer bewerten es Eltern als förderlich für den Gesamtprozess, wenn sie von Kooperationsbemühungen erfahren. Sie verstehen die runden Tische als den Raum, in dem auch sie am gesamten Kooperationsnetzwerk teilhaben und in dem ihre Einbindung stattfinden kann.

Geringe Bedeutungszumessung des Medizinsystems

Auffällig ist die geringe Anerkennung der Rolle der Kinderärzte/innen im System Komplexleistung durch die Eltern und die häufig angetroffene Unzufriedenheit mit den Sozialpädiatrischen Zentren aufgrund erlebter Mängel in der Versorgung.

Wunsch nach „mehr“

Wünsche der Eltern nach „mehr“ Frühförderung für ihr Kind werden häufig geäußert, gegebenenfalls sogar durch finanzielle Eigenleistungen. Es zeigt sich ein deutlich zu vernehmender Wunsch nach mehr Flexibilität im System Komplexleistung und der hier, wie andernorts geforderten – auch finanziellen – Sicherstellung der Rolle der Frühförderstellen in der Gesamtkoordination und Verteilung der Gesamtleistung aus einer Hand.

Kooperation mit SPZ

Neben der häufig angetroffenen Unzufriedenheit zeigt sich in den Aussagen einzelner betroffener Eltern dann eine Arbeitsteilung bezüglich Diagnostik und Förderung zwischen Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen als produktiv und sinnvoll, wenn Aufgaben und Zuständigkeiten strukturell aufeinander abgestimmt und klar verteilt sind und bei Bedarf auch der persönliche Austausch genügend Raum erhalten kann. Dies entspricht in etwa auch der Einschätzung der befragten Frühförderstellen.

Diskussion

Die Begleitung durch die an der Komplexleistung beteiligten Leistungserbringer wird von fast allen befragten Eltern als sehr positiv wahrgenommen.

Bemerkenswert sind die Angaben der Eltern zur Wahrnehmung der Rolle der Ärzte/innen. Es ist zu vermuten, dass auch an der Schnittstelle Arzt/Ärztin – Eltern die Grenzen einer abgestimmten Leistung aus unterschiedlichen leistungsrechtlichen Vorgaben und strukturell organisatorisch verschiedener Leistungserbringung sichtbar werden. Besonders hervorzuheben sind hier strukturelle Defizite im Gesundheitssystem, insbesondere in Hinblick auf ärztliche Zeitbudgets für angemessene persönliche Gespräche mit den Patienten. Es bleibt klärungsbedürftig, ob und wodurch die Ärzte/innen über die Funktion der Rezeptverordnungen hinaus stärker am Frühförderprozess beteiligt werden können.

In diesem Kontext ist auch der vielfach geäußerte „Wunsch nach mehr“ zu erörtern. Denn bei einem mit der Familie und allen beteiligten Leistungserbringern angemessen kommunizierten und abgestimmten Förder- und Behandlungsplan sollte eigentlich erwartet werden, dass ein Wunsch nach „mehr Leistung“ nicht mehr auftritt. Es ist natürlich nicht prinzipiell auszuschließen, dass die Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans mit den Eltern nicht hinreichend erfolgt ist. Darüber hinaus ist aber zu bedenken, dass es möglicherweise die Lebenssituation der Familie ist, die den „Wunsch nach mehr“ begründet. So können die individuellen Bewältigungsstrategien der Behinderung des Kindes zu Erwartungshaltungen an Förderung und Therapie führen, die von einer „Beseitigung“ der Behinderung bei umfänglichen Leistungen ausgehen (vgl. v. Lüpke 1995). Auf der anderen Seite können durchaus berechtigte Zweifel an der Angemessenheit des Umfangs der Hilfen bestehen. Als Beispiele hierfür sei auf die regional unterschiedliche Praxis bei der Fortführung von Komplexleistungen nach Genehmigung einer Integrationsmaßnahme verwiesen. Auch soziale Selektionseffekte – Klienten können ihre Ansprüche nicht formulieren oder sind nicht hinreichend informiert – sind nicht auszuschließen.

Zur Zusammenarbeit mit den Sozialpädiatrischen Zentren bleibt zu klären, ob und wodurch eine ergänzende Kooperation zwischen beiden Institutionen im Sinne einer komplementären Nutzung von Diagnostik und Förderung verbessert werden könnte.

5.1.3 Frage nach beobachtbaren Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel und deren Auswirkungen auf die Frühförderung

Zusammenfassend berichten die Leistungserbringer in der Befragung über folgende Veränderungen in der Klientel:

- Steigende Zahl von Familien in schwierigen Lebenslagen
- steigende Zahl von psychisch belasteten und erkrankten Eltern
- Rückgang des Anteils von Kindern mit manifesten Behinderungen
- steigender Anteil von Familien mit Migrationshintergrund
- häufigere Berufstätigkeit beider Eltern

- Zunahme der Zahl von Eltern mit geringer Mobilität
- Zunahme einer „Konsumentenhaltung“ der Eltern gegenüber den Leistungen von Frühförderung

Aus den wahrgenommenen Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel wurden von den Befragten unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen:

Kooperation mit KiTas als niedrighschwelliges Angebot

Die befragten Kinderärzte/innen fordern ein gesellschaftliches Umdenken, das dazu führen müsse, dass Therapeuten/innen fest im öffentlichen Dienst, bzw. den Kindertagesstätten und /-krippen angestellt werden. Eine noch intensivere Beratung und Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen sehen externe Therapeuten/innen und Kinderärzte/innen als erforderlich an.

Weiterbildung

Die neuen Herausforderungen wie die genannten Veränderungen der Klientel erfordern nach Aussage der befragten Frühförderer/innen eine kontinuierliche Weiterbildung aller Leistungserbringer und auch der Weg hin zu einem eigenständigen Berufsbild Frühförderer/in wird von Seiten mancher Frühförderer/innen als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige, professionelle Arbeit im Arbeitsfeld Frühförderung genannt.

Diskussion

Unsere Erhebung bestätigt den häufig berichteten Befund der *Wahrnehmung* einer Veränderung der Klientel der Frühförderung. Dieser Befund ist im Kontext der Diskussion um die künftige Positionierung der Frühförderung im Gesamtsystem der Frühen Hilfen zu sehen (vgl. z. B. Höfer/Behringer 2009, Hoanzl/Weiß 2010, Leyendecker 2010), vor allem aber steht die genaue Quantifizierung der benannten Veränderungen noch aus. Zu beachten ist zudem, dass sich die berichteten Veränderungen auf sehr unterschiedliche Aspekte bzw. Ebenen beziehen, die es genauer zu differenzieren gilt: So ist zum Beispiel die scheinbar naheliegende Schlusskette auf der Basis präziser Daten zu prüfen, wonach (1) die Zunahme der Zahl von Eltern in prekären Lebenslagen zu (2) einer Häufung der Zahl von Kindern mit psychosozialen Entwicklungsrisiken führt, was wiederum (3) einen geringeren Anteil von Kindern mit manifesten Behinderungen zur Folge habe.

Sollten weiterführende Untersuchungen den Befund einer veränderten Klientel auch in seiner quantitativen Ausprägung bestätigen und präzisieren, ergeben sich hieraus neue Herausforderungen für die Regelung von Kooperationen, die von der bisherigen Komplexleistung nicht erfasst werden. Zu nennen ist hier beispielhaft die Rolle der Ärzte/innen, da sie letztlich über das Zustandekommen – oder das Unterbleiben – der Komplexleistung entscheiden; dies auch in dem nicht zu differenzierenden

Grenzbereich psychosozial oder somatisch bedingter Entwicklungsrisiken.

Viele der befragten Leistungserbringer stellen fest, dass sich die Herausforderungen in Hinblick auf die Beratung und Unterstützung von Familien und Einrichtungen vergrößern. Bezogen auf die Unterstützung der Kindertagesstätten besteht in Hessen das Angebot der heilpädagogischen Fachberatung. Dieses Angebot soll – wie es Walther-Werthner (2010: 269ff.) sinngemäß für den bayerischen Mobilen Dienst beschreibt – dazu beitragen, alle zur Verfügung stehenden Ressourcen der Kindertagesstätte zu nutzen, um Kindern, die „nicht aus neurologisch, genetisch oder physiologisch bedingten Gründen bei den Vorsorgeuntersuchungen in der kinderärztlichen Praxis auffallen, [...] sondern im Kindergarten verhaltensauffällig [werden], oft gepaart mit psychosozialen Belastungen der Familie [...], ein wirksames, niedrighschwelliges und darum grundsätzlich für alle Eltern annehmbares Angebot zu machen“ (weiterführend LAG Frühe Hilfen Hessen 2009: 6ff). Für eine gegebenenfalls notwendige therapeutische Versorgung wurde mit der Komplexleistung ermöglicht, medizinisch-therapeutische Leistungen auch im Kindergarten zu erbringen. Erstaunlich ist, dass diese bestehenden Möglichkeiten im Kontext veränderter Klientel nur am Rande und nur von den wenigsten Befragten genannt wurden.

5.1.4 Wie wirken sich leistungsrechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Bestimmungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung aus?

Auf die in den Interviews gestellten Fragen nach leistungsrechtlichen Bestimmungen und deren Auswirkungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung wurden die folgenden Themen von den Befragten angesprochen.

Heilmittelverordnungen

Von fast allen Beteiligten wird an dieser Stelle die Verordnungspraxis und die Therapiehoheit der Kinderärzte/innen thematisiert. Von den Mediziner/innen selbst werden Gründe, wie z.B. die Gefahr von Regressforderungen genannt, die dafür sprächen, besondere Vorsicht bei der Verordnung von Heilmitteln walten zu lassen. Von Seiten der Heilmittelerbringer und Frühförderstellen wird häufig mit Unverständnis, teils mit Unmut von Schwierigkeiten der Eltern berichtet, ihrer Meinung nach notwendige Therapien für das Kind durch die Ärzte/innen verordnet zu bekommen.

Viele der befragten Leistungserbringer problematisieren die von den Krankenkassen vorgegebenen, teils auch von den verordnenden Ärzten/innen angewendeten, fristen- und/oder frequenzbezogenen Rezeptauflagen als Hemmnis für eine reibungslose gemeinsame Leistungsabstimmung und -erbringung.

Dazu befragte Kinderärzte/innen kritisieren vor allem Bürokratie, Aufwand und Fehlerquellen bei der Ausstellung von Heilmittelverordnungen, externe Heilmittelbringer mit Kooperationsvertrag kritisieren dergleichen in Bezug auf die aufwendigere Abrechnung.

Kooperationsvertrag

Kooperationsverträge werden von den befragten pädagogischen Frühförderern/innen interdisziplinär kooperierender Frühförderstellen meist als kooperationsförderlich und -intensivierend erlebt. Externe Heilmittelbringer sehen dagegen kaum eine Veränderung in der Zusammenarbeit durch den Kooperationsvertrag gegeben. Verändert habe sich nicht die Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen, sondern der nun erhöhte Verwaltungsaufwand. Im Falle von sich dem Vertrag verweigernden Kollegen/innen komme nun die Sorge um die weiterhin freie Therapeutenwahl der Eltern hinzu.

Förder- und Behandlungsplan

Von Seiten der Leistungserbringer und Kinderärzte/innen werden bezüglich des Förder- und Behandlungsplans folgende die Kooperation unterstützende Aspekte benannt:

- Wichtige Informationsquelle
- Qualitätssicherndes Instrument zur Wahrung des Überblicks
- Verbesserung der Struktur in der Zusammenarbeit und im Therapieverlauf
- Beschleunigung des Kontakts mit den Beteiligten und
- Vermehrte Berührungspunkte zwischen den Disziplinen.

Aus einer Vielzahl an Aussagen der beteiligten Leistungserbringer und Kinderärzte/innen zum Thema kooperationshemmender Faktoren geht hervor, dass eine konsequente interdisziplinäre Abstimmung des Förder- und Behandlungsplanes zwischen den Leistungserbringern zu einer erheblichen Erweiterung fachlich-organisatorischer und verwaltungstechnischer Abläufe führt⁶.

Verändertes Rollenbild

In allen Berufsgruppen fanden wir Aussagen, die ein verändertes Stellenprofil als Auswirkungen leistungsrechtlicher Bestimmungen beinhalteten. So führe ein erhöhter Verwaltungsaufwand dazu, dass sich viele der von uns Befragten ungewollt in einer Art „Sachbearbeiterrolle“ wiederfinden. In der Konsequenz ergebe sich daraus einer Prioritätenverschiebung weg von der Einzelförderung des Kindes hin zur Koordinationsleistung; eine bedenkliche Entwicklung, die unten (Kapitel 5.2.1) ausführlicher diskutiert wird.

⁶ Ähnliches berichtet Conrad, wenn er von einer erheblichen Ausdehnung der Abläufe spricht (2009: 2).

Die besondere Situation interdisziplinär besetzter Frühförderstellen

Insbesondere interdisziplinär besetzte Frühförderstellen, die nicht nur das betriebswirtschaftliche Risiko von pädagogischer, sondern auch der medizinisch-therapeutischen Frühförderung tragen müssen, berichten von einer zunehmenden Existenzbedrohung. In deren Folge kommt es nach Aussage von Betroffenen zu erheblichen personellen und strukturellen Missständen.

Diskussion:

Als zentraler Befund aus der Gesamtschau der Befragungsergebnisse zu diesem Themenbereich kann festgehalten werden, dass sich der Umgang mit den leistungsrechtlichen Bestimmungen, d.h. den sich hieraus ergebenden Verfahrensabläufen, von Frühförderstelle zu Frühförderstelle erheblich unterscheidet. Darüber hinaus hat jede einzelne Frühförderstelle es ihrerseits wieder mit unterschiedlichen Verfahrensweisen der kooperierenden Arztpraxen und Heilmittelerbringer zu tun. Ohne den subjektiven Eindruck steigender bürokratischer Belastungen in Abrede stellen zu wollen, muss dennoch geprüft werden, wo die Optimierung von Abläufen möglich ist. Diese Form der Organisationsentwicklung bewegt sich bekanntlich immer im Spannungsfeld zwischen Standardisierung, die zu neuem bürokratischem Aufwand führen kann, und Flexibilität, die im ungünstigen Fall hohe Reibungsverluste erzeugt. Die von uns vorgefundene Vielfalt von Verfahrensweisen legt es nahe, dass sich die Frühförderstellen gezielt über best-practice-Modelle untereinander austauschen. Zu berücksichtigen ist dabei unter anderem:

- Art der Finanzierung der Frühförderstellen (Einzelfall oder Budget)
- Verfahren der Leistungsbeantragung und Weiterbewilligung
- Umgang mit der Dokumentationsverpflichtung des Förder- und Behandlungsplanes gegenüber den Sozialhilfeträgern und Krankenkassen
- Handhabung von Kooperationsverträgen
- Verfahren der Eingangsdiagnostik
- Verordnungspraxis der Kinderärzte/innen
- Verwendung und Ausstattung der Honorartöpfe für externe Heilmittelerbringer

Jenseits aller Optimierungsbemühungen zeigen sich allerdings auch die Grenzen eines gegliederten Leistungssystems, so zum Beispiel an den Auflagen zur Gültigkeiten von Rezepten. Die Heilmittelerbringer sind in der Frühförderung häufiger mit krankheitsbedingten Absagen konfrontiert, wodurch die Verordnungen immer wieder neu erstellt werden müssen.

Weiterhin muss festgehalten werden, dass die Gleichbehandlung der Heilmittelerbringung innerhalb und außerhalb der Komplexleistung dazu führt, dass der mit der Komplexleistung verbundene zusätz-

liche Kooperationsaufwand nicht angemessen vergütet wird.

Die für medizinische Therapien leistungsauslösende Rolle der Ärzte/innen wird von fast allen Befragten, auch von den Ärzten/innen selbst problematisiert. Die Schnittstelle zwischen Arzt/Ärztin - Frühförderstelle bleibt kompliziert, mit Folgen für den gesamten interdisziplinären Abstimmungsprozess. Die häufig unbefriedigende Einbindung der Ärzte/innen in den Abstimmungsprozess ist nach Aussagen vieler Befragter auf deren geringes Zeitbudget zurückzuführen, was wiederum mit der Finanzierungslogik des Gesundheitssystems zusammen hängt.

5.2 AUSBLICK

Abschließend soll hier zum einen auf einige Entwicklungen hingewiesen werden, die aus unseres Sicht als problematisch anzusehen sind und es sollen zum anderen konkrete Handlungsbedarfe aufgezeigt werden. Schließlich werden einige Hinweise auf die Weiterführung des inhaltlichen, neben dem organisatorischen Fachdiskurs gegeben.

5.2.1 Bedenkliche Entwicklungen

Netzwerken statt Einzelförderung

Seit Umsetzung der Komplexleistung sind in vielen der an der Studie teilnehmenden Frühförderstellen jene oben genannten Tendenzen weg von der Einzelförderung des Kindes beobachtbar und zwar zugunsten jener Intensivierung bisheriger Kooperationen und Erschließung neuer Netzwerke. Beides zusammen sei nach Aussage vieler Befragten kaum noch qualitativ zu bedienen. Insbesondere eine an der Untersuchung teilnehmende Einrichtung schließt den Fokus auf die Einzelförderung insgesamt für sich aus. Was heißt es aber für die hessische Frühförderlandschaft, wenn ihr vorrangiger Auftrag, der doch in der kindorientierten Frühförderung liegt, aus dem Blick gerät, teils ganz aufgegeben wird? Verstehen sich Frühförderer/innen in erster Linie als Casemanager, so verliert die Frühförderung ihren professionellen Bezugspunkt, die Beziehungsebene zum Kind. Denn „Basis und Vehikel jeglicher professionellen Intervention in der Frühförderung ist“, so zumindest die *Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen* (2003: 22), „stets die Beziehung zum Kind“. Es besteht die Gefahr, dass der Arbeitsauftrag auf Basis der Komplexleistung derart umgedeutet wird, um kostengünstige, aber fachlich nicht akzeptable Lösungen für lange Wartelisten, Unterfinanzierung, etc. bieten zu können.

Tendenz zur Überlastung

Das System der Frühförderung wird von einem hohen Engagement aller Beteiligten getragen, das bei etlichen Befragten dazu führt, dass sie ihre „work-life-balance“ bedroht sehen. Mängel der bestehenden Strukturen und leistungsrechtlichen Bestimmungen der Komplexleistung werden weitestgehend durch dieses besondere Engagement und häufig ganz individuelle Bewältigungsstrategien aller Betei-

ligten aufgefangen. Unter ungünstigen Bedingungen kann dies aber auch zu einem Scheitern der fallbezogenen Komplexleistung führen, wie wir im Kapitel 4 am Beispiel der Einzelfallstudie Mio gezeigt haben.

5.2.2 Handlungsbedarfe

Finanzierung

Offenkundig werden die Bedenken und Nöte aller beteiligten Leistungserbringer, die im Besonderen darin bestehen, dass das für diese Aufgaben erforderliche berufliche und auch persönliche Engagement nicht angemessen berücksichtigt und finanziell anerkannt wird.

Dabei werden auf ganz unterschiedlichen Ebenen Anliegen und Forderungen nach einer angemessenen Finanzierung und Ausstattung der Komplexleistung Frühförderung in Hessen laut. So ist der Wunsch nach der Finanzierung der Komplexleistung aus einer Hand so verständlich wie auf absehbare Zeit unerfüllbar. Auf der Basis unserer Befunde sollten hingegen die folgenden Punkte unmittelbare Beachtung finden:

- Wirtschaftliche Sicherung der Arbeitsverhältnisse in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen der dort angestellten Therapeuten/innen, u.a. in Hinblick auf die Möglichkeit mobilen Arbeitens
- Qualitätssicherung der Eingangsdiagnostik durch Abrechnung auch interdisziplinärer Kooperationsleistung über Heilmittelverordnungen
- Abrechnungsmöglichkeiten für Telefonate und Fahrtzeiten der externen Therapeuten/innen und Kinderärzte/innen
- Flächendeckend angemessene Ausstattung für Honorarabrechnungen externer Leistungserbringer

Freiwillige Leistungen des Landes Hessen

In unserer Erhebung haben wir eine sehr unterschiedliche Ausstattung der Honorartöpfe für runde Tische etc. vorgefunden. Es sollte geprüft werden, inwieweit dies auf eine nicht mehr bedarfsgerechte Verteilung der freiwilligen Leistungen des Landes Hessen zurück zu führen ist. Gegebenenfalls sind die Indikatoren der Verteilung den aktuellen Verhältnissen anzupassen. Da die freiwilligen Mittel des Landes Hessen für die allgemeine Frühförderung im Rahmen und auf der Grundlage der Vereinbarung zur Neustrukturierung und Kommunalisierung sozialer Hilfen in Hessen vergeben werden, ist eine mögliche Optimierung der Zuwendungskriterien nur in einem gemeinsamen Prozess mit den Vertragspartnern, insbesondere mit den Landkreisen und kreisfreien Städten möglich. Auf der Grundlage der o.g. Vereinbarung besteht jedoch bereits heute die Möglichkeit der passgenauen Verwendung entsprechender Mittel im Rahmen der flexiblen Verwendung des jeweiligen örtlichen Budgets.

Optimierung von Abläufen

Der allenthalben berichtete gestiegene Organisationsaufwand manifestiert sich in dem schon genannten Rollenbild der Sachbearbeiterin, bzw. des Sachbearbeiters, welches ein Großteil der befragten Leistungserbringer kritisch für sich feststellt. Hier ist einerseits zu prüfen, ob der vorhandene Stellenanteil für Verwaltungsangestellte in den Frühförderstellen noch angemessen ist⁷. Andererseits besteht weiterer interner Regelungsbedarf innerhalb der Frühförderstellen, worauf folgend geäußerte Anliegen aus der Befragung beispielhaft hindeuten:

- Intern einheitliches Koordinationssystem für die Verwaltung der Förder- und Behandlungspläne,
- generelle Verankerung der persönlichen interdisziplinären Austauschs im Einleitungsverfahren,
- fest verankerte Telefonsprechstunden der Frühförderer/innen,...

Förder- und Behandlungsplan: Verwendung und Bezeichnung

Die genuine Funktion des Förder- und Behandlungsplans ist die des Antrags zur Leistungsbewilligung. Als solcher gilt auch für ihn das Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma (Prenzel 2010: 25ff), für das es keine schnelle Auflösung geben kann, dessen Bearbeitung aber zum Kerngeschäft inklusiver Pädagogik gehören sollte (ebd.: 37). Insofern ist das mehrfach geäußerte Unbehagen nur bedingt nachvollziehbar, dass er eine defizitorientierte Diagnostik erfordere und bei direktem Einbezug keinen ressourcenorientierten Umgang mit der Familie, z.B. im Rahmen der runden Tische ermögliche.

Hingegen ist die von vielen Leistungserbringern geäußerte Kritik der Bezeichnung als Förderplan begründet, denn diese Bezeichnung legt das Missverständnis nahe, dass er nicht die organisatorische Rahmung, sondern die fachlich-inhaltliche Arbeitsgrundlage für den Frühförderprozess darstellen soll. Genau in diesem Sinne wurde er allerdings von einer der von uns befragten Frühförderstellen benutzt. Andere Frühförderstellen beklagten die Notwendigkeit einer „doppelten Buchführung“. Aus unserer Sicht kann der Förder- und Behandlungsplan eine prozessorientierte Förderplanung nicht ersetzen, dies sollte sich dann aber auch in der angemessenen Bezeichnung beider Instrumente – eines zur Leistungsbewilligung und Organisation der Förderung, eines zur inhaltlichen Ausgestaltung der Förderung – widerspiegeln.

Informationsstand medizinisch-therapeutisches System

Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich, dass besonders bezogen auf die Nutzung der Pseudokennziffer zur Abrechnung therapeutischer Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung weiterer Informations- und Aufklärungsbedarf besteht. Bedenkt man, dass pädagogische Frühförderer/innen interdisziplinär kooperierender Einrichtungen erst seit Kurzem und noch immer nur am Rande mit der Handhabung von Heilmittelverordnungen konfrontiert werden, so sind hier Missverständ-

⁷ Eine Erhebung der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen im Jahr 2006 ermittelt eine durchschnittliche Besetzung von 21,26 Stellenanteilen, allerdings mit breiter Streuung in den einzelnen Stellen (vgl. Arbeitsstelle Frühförderung 2006).

nisse und Fehlinformationen nachvollziehbar. Auffällig ist, dass auch einige der in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen angestellten Heilmittelerbringer/innen fehl informiert zu sein scheinen und sich ebenso wie manche/r Frühförderpädagogen/innen in einer Aufklärungsfunktion für Kinderärzte/innen bezüglich deren Abrechnungsprozedere sehen. Problematisch wird dies gerade dann, wenn falsch informiert wird und Kinderärzten/innen eine sogenannte „Budgetentlastung“ in einer enorm sensiblen Verordnungs-, Abrechnungs- und Genehmigungspraxis „versprochen“ wird, die auf diese Art und Weise gar nicht existiert. Hier besteht offenbar weiterhin Aufklärungsbedarf.

Fehlen valider Daten

Die Untersuchung stieß an zwei wesentlichen Punkten auf die Notwendigkeit weiterer Erhebungen: Dies betraf zum einen die Wartezeiten zwischen Erstkontakt und tatsächlichem Förderbeginn und zum anderen die bereits diskutierten Veränderungen in der Klientel. Folgende Aspekte sollten dabei berücksichtigt werden:

- Sind Frühförderstellen überall und zeitnah aufnahmebereit, nehmen sie ihre Versorgungsfunktion für den gesamten Landkreis immer wahr?
- Wie sind die Versorgung und auch der Versorgungsbedarf vor Kindergartenbeginn, insbesondere zwischen 1. und 2. Lebensjahr, wenn keine Vorsorgeuntersuchungen stattfinden?
- Wie sind die Versorgung und auch der Versorgungsbedarf zwischen Erstaufnahme und Förderbeginn?
- Welche Kinder erhalten Frühförderung: welche Entwicklungsbedingungen, Behinderungsformen oder Lebenslagen treten wie häufig auf?

Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der über Erhebungen und Auswertungen von Basisdokumentationen erfüllt werden könnte.

Beseitigung von Inkompatibilitäten einzelner Bestimmungen aus den jeweiligen leistungsrechtlichen Bestimmungen

Besonders die sichtbar gewordenen Missverständnisse, Fehl- und Mangelinformationen und die Unzufriedenheit mit den Abstimmungsprozessen zwischen Ärzten/innen und Frühförderstellen, wenn es um die Auslösung von Leistungen im Rahmen der Komplexleistung geht, scheinen einen Hinweis auf die Grenzen eines gegliederten Leistungssystems zu geben. Zu diskutieren ist, ob das Fortbestehen dieses Schnittstellenproblems gemeinsam mit den gezeigten Fristen- und Frequenzhemmnissen aus den Heilmittelrichtlinien genau jene Grenzen des gegliederten Leistungssystems aufzeigen, die selbst bei höchster Bereitschaft und Engagement aller Leistungserbringer bestehen bleiben.

Solange Inkompatibilitäten – sei es in Hinblick auf Fristen und Frequenzen, ebenso wie in Hinblick auf die strukturelle Verankerung interdisziplinärer Abstimmung vor dem Förderbeginn eines Kindes – nicht zu einer Passung gebracht werden können, erscheint die Gefahr des Scheiterns der Leistung „aus einer Hand“ als naheliegend.

5.2.3 Inhaltliche Fortsetzung der Fachdiskussion

Auch wenn in dieser Erhebung die organisatorisch-strukturellen Aspekte der Frühförderung im Vordergrund standen, haben sich doch einige Hinweise ergeben, die auch im Hinblick der Weiterentwicklung fachlicher Standards von Bedeutung sein können. Zu nennen wären folgende, in diesem Rahmen nicht mehr zu diskutierende Fragestellungen:

- Wie kann eine weitere Einbindung der Kinderärzte/innen in die Komplexleistung gelingen, insbesondere jene/r, die mit interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen zusammenarbeiten?
- Wie kann mit den benannten Ambivalenzen bezüglich großer runder Tische und den oben diskutierten Dilemmata in Zukunft umgegangen werden, um der Situation der Klienten, aber auch den Möglichkeiten der befragten Berufsgruppen gerecht zu werden?
- Wie können die für Eltern teils schwer nachvollziehbaren Inhalte der Frühförderung mehr an Transparenz und fachlicher Anerkennung gewinnen?
- Welche Bedeutung hat der stattfindende Generationswechsel der professionell Tätigen für die Frühförderlandschaft?
- Wie können Frühfördermaßnahmen, z.B. im Rahmen der Übergänge in die Grundschulen so gelingen, dass im Sinne von Hilfen zur Selbsthilfe bereits abgestimmte Förderkonzepte in die Grundschulen transferiert und dort nutzbar gemacht werden können.

Hinzuweisen ist hier auch noch auf die aus den Interviews mit den Eltern abzulesende latente Bereitschaft, sich im Frühförderprozess in eine Rolle des Co-Therapeuten zu begeben. Es kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, ob sich hier – quasi naturwüchsig – ein Rollenverständnis einschleicht, das in den Anfängen der Frühförderung bekanntlich den Eltern aktiv zugewiesen wurde; ein Rollenverständnis, dessen Problematik in der Folge aber erkannt und kritisch diskutiert wurde. Auf jeden Fall wird zu beobachten sein, wie sich das fachliche Verständnis des Arbeitsbündnisses zwischen Frühförderer/innen und Eltern weiter entwickelt und wie diese Entwicklung von den strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen die Frühförderung operiert, beeinflusst wird.

5.3 SCHLUSSBEMERKUNG

Abschließend kann festgehalten werden, dass das aus allen Berufsgruppen berichtete Engagement in speziellen Netzwerken der Region eine aktive Gestaltung des Sozialraumes ermöglichen kann (vgl. Conrad 2010: 2). Dahingehende Prozesse verdeutlichen zum einen den wichtigen Aspekt, dass ohne das bisher allgemein hohe Engagement aller Beteiligten und die enorme Initiative von Seiten der Frühförderstellen selbst, die Frühförderlandschaft in Hessen eine andere wäre (Sohns 2010: 225ff). Zum anderen verdeutlicht die hier festgestellte Identifikation externer Heilmittelerbringer mit den Inhalten der Komplexleistung die positiven Effekte einer insgesamt erfolgreichen Netzwerkarbeit und Kooperationsleistung aller Beteiligten.

6 LITERATUR

- Ahrbeck, B./ Willmann, M. (2010): Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- Albers, St. et. al. (2009): Deklaration zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) in Hessen. In: Frühförderung interdisziplinär 1/2009.
- Arbeitsstelle Frühförderung Hessen (2006): Fragebogen zum Stand der Dinge I in den hessischen Frühförderstellen – Auswertung. Unveröffentlichtes Manuskript. Stand: Oktober 2006
- Arbeitsstelle Frühförderung Hessen (2007): Frühförderung als Beruf – zur Ausbildungssituation im deutschsprachigen Raum. Unveröffentlichtes Manuskript. Stand: März 2007
- Borchardt, V./Nordmann, V. (2010): Frühförderung mit sozial benachteiligten Familien. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 329-338
- Conrad, Th. (2009): Vorläufige Überlegungen zu aktuellen und künftigen Herausforderungen für die interdisziplinäre Frühförderung in Hessen. Unveröffentlichtes Manuskript. Stand: Februar 2009
- Conrad, Th. (2010): Aspekte, Überlegungen und weiterführende Fragen im Gefolge der „Fazit-Diskussion“ des Zwischenberichts. Unveröffentlichtes Manuskript. Stand: Februar 2010
- Deutscher Ethikrat (2011): Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (Abruf: 05.05.2011)
- DGfE (2011): Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft 42/22. Hamburg: Barbara Budrich
- Diouani-Streek, M./Ellinger, S. (Hrsg.) (2007): Beratungskonzepte in sonderpädagogischen Handlungsfeldern. Oberhausen: Athena
- Fornefeld, B. (2009): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 4. Auflage. München: Reinhardt, UTB
- Friebertshäuser, B. (1997): Interviewtechniken - ein Überblick. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag, 371-395
- Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.) (1997): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Gläser, J./ Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3. Auflage
- Gutknecht, D. (2007): Entwicklungsberatung im Kontext institutioneller Frühförderung. In: Diouani-Streek, M./Ellinger, S. (Hrsg.): Beratungskonzepte in sonderpädagogischen Handlungsfeldern. Oberhausen: Athena, 139-164

- Hack, B.M. (2004): Ethik in der Ergotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer
- Helfer, D./Fries, A. (2010): Belastungen in Familien mit behinderten Kindern unter ausgewählten Aspekten. In: Behindertenpädagogik (BHP) 49(2010)3. Darmstadt: Psychosozial, 297-312
- Herz, B. (2010): Soziale Benachteiligung und Desintegrationsprozesse. In: Ahrbeck, B./ Willmann, M.: Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 333-343
- Hoanzl, M./ Weiß, H. (2010): Frühförderung bei Kindern mit sozialen und emotionalen Belastungen. In: Ahrbeck, B./ Willmann, M.: Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 247-257
- Höfer, R/ Behringer, L. (2009): Interdisziplinäre Frühförderung: Angebot und Leistungen. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.). http://www.dji.de/bibs/13_KJB-Expertise_Hoefer_Behringer_Fruehfoerderung.pdf
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH (2010): Viele Systeme – Eine Leistung. Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Mainz: Zwischenbericht
- Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht
- Kassenärztliche Vereinigung (2009): Brief an die Verbände der Krankenkassen in Hessen von Dr. med. W. Lang Heinrich vom 05.Juni 2009
- Klein, G. (2010): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 48-56
- Kromrey, H. (2006): Empirische Sozialforschung : Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart : Lucius und Lucius, 11. Auflage
- Kuckartz, U. (2004): QDA-Software im Methodendiskurs: Geschichte, Potentiale, Effekte. In: Kuckartz, U./Grunenberg, H./Lauterbach, A. (Hrsg.): Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11-26
- LAG Frühe Hilfen (2009): Das Angebot der Heilpädagogischen Fachberatung der Frühförderstellen für Kindertagesstätten in Hessen. Beiträge zur Professionalisierung und Schriftenreihe der LAG Frühe Hilfen Hessen Nr. 1. Erzhausen: DVA Augustin
- Leyendecker, C. (Hrsg.) (2010): Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer
- Lier-Schehl, H. (2010): Riskante Mutterschaft: Mütter mit postpartalen Erkrankungen. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 72-78
- Mayring, Ph. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz

- Mayring, Ph. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research (1), 2
- Melzer, L.U. (2004): Elternarbeit in der pädiatrischen Ergotherapie: „Im besten Interesse für den Patienten?“. In: Hack, B.M.: Ethik in der Ergotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer, 147-164
- Opp, G./Kulig, W./ Pühr, K. (2006): Einführung in die Sonderpädagogik. Opladen: Barbara Budrich/ UTB
- Prengel, A. (2010): Inklusion der Frühpädagogik : bildungstheoretische, empirische und pädagogische Grundlagene. Expertise für das Projekt Weiterbildungsinitiative Frühpädagogischer Fachkräfte (WiFF). München: DJI
- Pretis, M./ Dimova, A. (2010): Die Zusammenarbeit mit psychisch verletzlichen Eltern. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 365-374
- Sohns, A. (2010): Frühförderung. Ein Hilfesystem im Wandel. Stuttgart: Kohlhammer
- Thurmair, M./Naggl, M. (2010): Praxis der Frühförderung. 4. Auflage. München: Reinhardt
- Trost, A. (2010): Interaktion und Regulation bei Säuglingen drogenkranker Mütter – Risiken und Chancen für die Frühförderung. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 79-92
- Von Lüpke, H. (1995): Die Familie und ihr behindertes Kind im Spannungsfeld der Gesellschaft: <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-spannungsfeld.html> (Abruf: 30.06.2011)
- Walther-Werthner, S. (2010): „Mobile Frühförderung“ – Bedeutung und Stellenwert in der Interdisziplinären Frühförderung. In: Leyendecker, C.: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 269-275

ANHANG

- I. Anschreiben an Frühförderstellen
- II. Anschreiben an externe Heilmittelerbringer
- III. Anschreiben an Kinderärzte/innen
- IV. Anschreiben an die Eltern
- V. Vertrauensschutzerklärung
- VI. Erklärung zum Datenschutz
- VII. Interviewleitfaden pädagogische Frühförderung
- VIII. Interviewleitfaden interne Heilmittelerbringer
- IX. Interviewleitfaden externer Heilmittelerbringer
- X. Interviewleitfaden Kinderärzte/innen
- XI. Interviewleitfaden Eltern

I. Anschreiben an Frühförderstellen

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach



Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl. Päd. Nadine Möller

Telefon: +49 (0)69 - 798-23704

Telefax: +49 (0)69 - 798-28408

E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Datum:

Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung
Frühförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im vergangenen Jahr wurde eine erste Umfrage im Rahmen des durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF Hessen) e.V. geförderten Projekts

„Viele Systeme – Eine Leistung. Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze“

durchgeführt. Gerne möchten wir Ihnen heute unser weiterführendes Forschungsvorhaben im Rahmen des o.g. Projekts vorstellen und Sie fragen, ob Sie an der zweiten Erhebung teilnehmen möchten.

Die Zwischenergebnisse der bisher erbrachten Fragebogenerhebung verdeutlichen die Komplexität des gegliederten Systems. Sie lassen aber auch ein hohes innovatives Potential der am Prozess Frühförderung beteiligten Akteure erkennen.

In diesem Jahr haben wir deshalb vor, anhand konkreter Befragungen die Bedingungen gelungener Kooperation und auch ihre kritischen Momente differenzierter in den Blick zu nehmen.

Hierzu sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen, da wir auf der Suche nach sechs Frühförderstellen sind, die an der Studie teilnehmen. Dort möchten wir jeweils zwei Fallstudien durchführen.

Dazu müssten sich alle am Fall Beteiligten (Eltern, Frühförderer/innen, Therapeuten/innen, als auch den Ärzten/innen) für ein Interview bereit erklären, das etwa eine Stunde in Anspruch nehmen würde.

Nutzen Sie die Gelegenheit, sich zu Wort zu melden, denn die anonymisierten Ergebnisse der Befragungen werden der Landes-, sowie der Bundesebene zur Verfügung gestellt. Politik und Wissenschaft sind angewiesen auf die Erfahrungen und Rückmeldungen der Praxis und nur gemeinsam können wir nachhaltig eine Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Komplexleistung Frühförderung anstreben.

Etwa eine Woche nach Zusendung werde ich mich telefonisch mit allen Einrichtungen in Verbindung setzen, um eine mögliche Bereitschaft zur Teilnahme zu erfragen. Wegen der Sommerferien melde ich mich vier Wochen später erneut per e-Mail und Anruf, um auch jene zu erreichen, die zur Zeit im Urlaub sind.

Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich für Rückfragen zur Verfügung und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Dipl. Päd. Nadine Möller

II. Anschreiben an externe Heilmittelerbringer

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach



Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung

Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl. Päd. Nadine Möller

Telefon: +49 (0)69 - 798-23704

Telefax: +49 (0)69 - 798-28408

E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Datum:

Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung
Frühförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im vergangenen Jahr wurde eine erste Umfrage im Rahmen des durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFH Hessen) e.V. geförderten Projekts

„Viele Systeme – Eine Leistung. Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze“

durchgeführt. Die Zwischenergebnisse der bisher erbrachten Fragebogenerhebung verdeutlichen die Komplexität des gegliederten Systems. Sie lassen aber auch ein hohes innovatives Potential der am Prozess Frühförderung beteiligten Akteure erkennen.

In diesem Jahr haben wir deshalb vor, anhand konkreter Befragungen die Bedingungen gelungener Kooperation und auch ihre kritischen Momente differenzierter in den Blick zu nehmen.

In der Frühförderstelle _____ werden wir in diesem Rahmen zwei Fallstudien durchführen können und für ein umfassendes Bild wäre es wichtig, wenn sich alle aktuell am Fall Beteiligten für ein Interview bereit erklären würden, das etwa eine Stunde in Anspruch nehmen würde.

Nutzen Sie die Gelegenheit, sich zu Wort zu melden, denn die anonymisierten Ergebnisse der Befragungen werden der Landes-, sowie der Bundesebene zur Verfügung gestellt. Politik und Wissenschaft sind angewiesen auf die Erfahrungen und Rückmeldungen der Praxis und nur gemeinsam können wir nachhaltig eine Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Komplexleistung Frühförderung anstreben.

Etwa eine Woche nach Zusendung durch die Frühförderstelle werde ich mich telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um eine mögliche Bereitschaft zur Teilnahme zu erfragen.

Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich für Rückfragen zur Verfügung und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Dipl. Päd. Nadine Möller

III. Anschreiben an Kinderärzte/innen

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach



Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung

Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl. Päd. Nadine Möller

Telefon: +49 (0)69 - 798-23704

Telefax: +49 (0)69 - 798-28408

E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Datum:

Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung
Frühförderung

Sehr geehrte/r Herr/ Frau Dr. _____,

im vergangenen Jahr wurde eine erste Umfrage im Rahmen des durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF Hessen) e.V. geförderten Projekts

„Viele Systeme – Eine Leistung. Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze“

durchgeführt. Die Zwischenergebnisse der bisher erbrachten Fragebogenerhebung verdeutlichen die Komplexität des gegliederten Systems. Sie lassen aber auch ein hohes innovatives Potential der am Prozess Frühförderung beteiligten Akteure erkennen.

In diesem Jahr haben wir deshalb vor, anhand konkreter Befragungen die Bedingungen gelungener Kooperation und auch ihre kritischen Momente differenzierter in den Blick zu nehmen.

In der Frühförderstelle _____ werden wir in diesem Rahmen zwei Fallstudien durchführen können und für ein umfassendes Bild wäre es wichtig, wenn sich alle aktuell am Fall Beteiligten für ein Interview bereit erklären würden, das etwa eine Stunde in Anspruch nehmen würde.

Wir sind dazu auch auf Ihre Erfahrungsbeiträge angewiesen, denn eine zentrale Rolle im interdisziplinären System nehmen Sie als verordnender Arzt ein.

Nutzen Sie die Gelegenheit, sich zu Wort zu melden, denn die anonymisierten Ergebnisse der Befragungen werden der Landes-, sowie der Bundesebene zur Verfügung gestellt. Politik und Wissenschaft sind angewiesen auf die Erfahrungen und Rückmeldungen der Praxis und nur gemeinsam können wir nachhaltig eine Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Komplexleistung Frühförderung anstreben.

In den nächsten Tagen werde ich mich telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um eine mögliche Bereitschaft zur Teilnahme zu erfragen.

Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich für Rückfragen zur Verfügung und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Dipl. Päd. Nadine Möller

IV. Anschreiben an die Eltern

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Projekt: „Viele Systeme – Eine Leistung.“

Wissenschaftliche Untersuchung der interdisziplinär erbrachten
Komplexleistung Frühförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

An der Förderung Ihres Kindes sind viele Berufsgruppen beteiligt. Diese sind auf eine gute Zusammenarbeit angewiesen, deren Bedingungen nun im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF Hessen) e.V. von uns untersucht werden.

In der Frühförderstelle, die Ihr Kind besucht, werden wir zwei Fallstudien durchführen können. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bereit wären, mitzumachen. Für ein umfassendes Bild wäre es dazu sehr wichtig, wenn wir alle, die aktuell an der Förderung Ihres Kindes beteiligt sind, interviewen dürften. Es wäre notwendig, dass auch Sie sich für ein Interview mit uns bereit erklären würden, das etwa eine Stunde in Anspruch nehmen würde.

Die Interviews müssen auf Tonband aufgenommen werden und werden anschließend verschriftet. Wir versichern Ihnen aber, dass alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person und Ihr Kind zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Sollten Sie Interesse an unserem Projekt haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich für Rückfragen zur Verfügung und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Dipl. Päd. Nadine Möller


GOETHE
UNIVERSITÄT
FRANKFURT AM MAIN
Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung
Prof. Dr. Dieter Katzenbach
Dipl. Päd. Nadine Möller
Telefon: +49 (0)69 - 798-23704
Telefax: +49 (0)69 - 798-28408
E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Datum:

Ich bin bereit, an dem Projekt „Viele Systeme – Eine Leistung“ teilzunehmen.

Ich bin einverstanden, dass auch die an der Förderung meines Kindes _____ beteiligten
Therapeuten/Innen, Pädagoge/In und auch der Arzt, bzw. die Ärztin im Rahmen des Projekts interviewt werden.

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

V. Vertrauensschutzklärung

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach



Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl. Päd. Nadine Möller

Telefon: +49 (0)69 - 798-23704

Telefax: +49 (0)69 - 798-28408

E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Zusicherung der Anonymität der Aufzeichnungen

-- Information für die Befragten --

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des **Datenschutzgesetzes**.

Die Interviewerin und alle Mitarbeiter/innen im Projekt unterliegen der **Schweigepflicht** und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet, d.h. sie dürfen außerhalb der Projektgruppe mit niemandem über die erhobenen Interviews sprechen.

Der Datenschutz verlangt, dass wir Sie über unser Vorgehen **informieren** und **Ihre ausdrückliche Genehmigung** einholen, um das Interview auswerten zu können.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass **aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen**. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir nehmen das Gespräch auf Band auf, weil man sich so viel nicht auf einmal merken kann. Das Band wird abgetippt und Sie können die Abschrift bekommen, wenn Sie dies möchten. Die Abschrift wird **nicht veröffentlicht** und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Ausschnitte werden nur zitiert, sofern eine Identifikation der Person ausgeschlossen ist.
- Wir **anonymisieren**, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts-, Straßennamen. Berufe werden, soweit möglich, durch andere, vergleichbare Berufe ersetzt.
- Sofern wir Ihren Namen und Ihre Telefonnummer erfahren haben, werden diese Angaben in unseren Unterlagen anonymisiert und nur bei Ihrer ausdrücklichen Zustimmung für den Projektzeitraum sicher verwahrt (für den Fall der Klärung von Rückfragen). Die von Ihnen unterschriebene **Erklärung zur Einwilligung** wird gesondert aufbewahrt.

Sie dient einzig und allein dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann **mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht** werden.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, uns ein Interview zu geben! Bei Fragen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf.

Datum:

Unterschrift für das Projekt durch Interviewer/in:

VI. Erklärung zum Datenschutz

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften • Prof. Dr. Dieter Katzenbach



Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung

Prof. Dr. Dieter Katzenbach

Dipl. Päd. Nadine Möller

Telefon: +49 (0)69 - 798-23704

Telefax: +49 (0)69 - 798-28408

E-Mail: nadine.moeller@em.uni-frankfurt.de
d.katzenbach@em.uni-frankfurt.de

<http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/we4/index.html>

Erklärung zum Datenschutz

Einverständniserklärung

Ich wurde über das Vorgehen der wissenschaftlichen Untersuchung „Viele Systeme – Eine Leistung“ von Frau Nadine Möller zum Thema Komplexleistung Frühförderung informiert.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir im Rahmen des Projekts geführte Interview auf Tonband aufgenommen und verschriftet werden darf in Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Untersuchung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview, unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte, auch für Publikationszwecke verwendet werden darf.

Mir wurde zugesichert, dass alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Unter den genannten Bedingungen bin ich bereit, an dem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

VII. Interviewleitfaden pädagogische Frühförderung

Allgemeiner Einstieg: Zunächst möchte ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zur Einrichtung und Ihren Kooperationspartnern stellen, anschließend möchte ich dies gerne am Beispiel von Kind X konkretisieren: So beschreiben Sie mir doch bitte Ihre Einrichtung und Ihren Aufgabenbereich.

- Welche infrastrukturellen Umgebungsfaktoren sind hier vorhanden? (Einzugsgebiet, hoher Anteil bestimmter Bevölkerungsgruppen, Nähe zu einem Klinikum oder SPZ)
 - Welche Auswirkungen haben diese Bedingungen auf Ihre Arbeit?
 - Welche Vernetzungen in der Region sind im Laufe der Komplexleistung entstanden?
 - Mit wem kooperieren Sie?
 - In welche Netzwerke sind Sie/ ist die FF-Stelle eingebunden?
- Wie würden Sie ganz allgemein die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern beschreiben (dem SPZ, mit den Kinderärzten, den Therapeuten)?
 - Wo hat die Kooperation ihre Grenzen?

Einleitungsphase: Als nächstes möchte ich gerne etwas über Kind X erfahren. Beginnen möchte ich hier mit der Zeit vor Behandlungsbeginn: Beschreiben Sie mir doch bitte diese Einleitungsphase der Förderung von Kind X

- Wie haben Sie Kind X und seine Familie kennengelernt?
- Wie und durch wen wurde damals die Komplexleistung initiiert?
- Wie und mit wem konnten Sie sich vor Behandlungsbeginn abstimmen?
- Und die (leistungs-)rechtlichen Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Vorgaben?
 - Welchen Einfluss hatten diese auf die interdisziplinäre Abstimmung?
- Wie beurteilen Sie im vorliegenden Fall die Einleitung der Frühförderung in Hinblick auf die interdisziplinäre Abstimmung?
 - Was könnte verbessert werden?
- Wie hat sich der Beginn einer Frühfördermaßnahme durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

Zielabsprachen: Nun gehe ich über zu Fragen zum Erreichen von gemeinsamen Zielabsprachen: Wie fanden diese bisher bei Kind X statt?

- Wer hat wann mit wem kommuniziert, um Ziele zu vereinbaren?
 - Auf welche Weise wurde kommuniziert?
 - Was genau ermöglichte gemeinsame Zielabsprachen?
 - Was hemmte sie?
- Wie wurden die Eltern mit einbezogen, bzw. informiert?

Veränderter Förderprozess: Nun komm ich zu Fragen nach neuen Strukturen und nach Grenzen: Wie hat sich eine Frühfördermaßnahme durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

- Welche Umstrukturierungen, Absprachen und Vorgänge wurden seitdem eingeführt (ggf. wieder aufgehoben)?
 - Welche Möglichkeiten bietet diese neue Struktur?
 - Welche Schwierigkeiten treten auf?
 - Welche neuen Absprachen/Regelungen sollten eingeführt werden, damit zum Beispiel in Bezug auf Kind X ‚erfolgreicher‘ gearbeitet werden kann?
- Ob, wo und wie beeinflussen systemspezifische Vorgaben den Förderprozess von Kind X?
 - Welche Vorgaben sind „kooperationsauslösend“?
 - Welche wirken sich hemmend aus?
- Auf welchen Ebenen (Einrichtung, Träger, Kostenträger, politische Ebene) können Sie für ihre Arbeit in Bezug auf die Komplexleistung Schwierigkeiten benennen?
 - Wie gelingt Ihnen Ihre Arbeit trotzdem?
 - Welche Faktoren können Sie zum Gelingen beeinflussen?
- Wenn Sie einen Berufspraktikanten hätten, dem Sie erzählen sollten, worauf er bei der Umsetzung der Komplexleistung achten sollte, was würden Sie ihm da alles mitgeben?

Von meiner Seite aus wäre es das nun. Möchten Sie noch irgendetwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

VIII. Interviewleitfaden interne Heilmittelerbringer

Allgemeiner Einstieg: Zunächst möchte ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zur Einrichtung und Ihren Kooperationspartnern stellen: So beschreiben Sie mir doch bitte die Einrichtung, in der Sie arbeiten und Ihren Aufgabenbereich.

- Welche infrastrukturellen Umgebungsfaktoren sind hier vorhanden? (Einzugsgebiet, hoher Anteil bestimmter Bevölkerungsgruppen, Nähe zu einem Klinikum oder SPZ)
 - Welche Auswirkungen haben diese Bedingungen auf Ihre Arbeit?
 - Welche Vernetzungen in der Region sind im Laufe der Komplexleistung entstanden?
 - Mit wem kooperieren Sie?
 - In welche Netzwerke sind Sie/ ist die FF-Stelle eingebunden?
- Wie würden Sie ganz allgemein die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern beschreiben (dem SPZ, mit den Kinderärzten, den KollegInnen)?
 - Wo hat die Kooperation ihre Grenzen?

Einleitungsphase: Als nächstes möchte ich gerne etwas über Kind X erfahren. Beginnen möchte ich hier mit der Zeit vor Behandlungsbeginn: Beschreiben Sie mir doch bitte diese Einleitungsphase der Förderung von Kind X

- Wie haben Sie Kind X und seine Familie kennengelernt?
- Wie und durch wen wurde damals die Komplexleistung initiiert?
- Wie und mit wem konnten Sie sich vor Behandlungsbeginn abstimmen?
- Und die (leistungs-)rechtlichen Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Vorgaben?
 - Welchen Einfluss hatten diese auf die interdisziplinäre Abstimmung?
- Wie beurteilen Sie im vorliegenden Fall die Einleitung der Frühförderung in Hinblick auf die interdisziplinäre Abstimmung?
 - Was könnte verbessert werden?
- Wie hat sich der Beginn einer Frühfördermaßnahme durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

Zielabsprachen: Nun gehe ich über zu Fragen zum Erreichen von gemeinsamen Zielabsprachen: Wie fanden diese bisher bei Kind X statt?

- Wer hat wann mit wem kommuniziert, um Ziele zu vereinbaren?
 - Auf welche Weise wurde kommuniziert?
 - Was genau ermöglichte gemeinsame Zielabsprachen?
 - Was hemmte sie?
- Wie wurden die Eltern mit einbezogen, bzw. informiert?

Veränderter Förderprozess: Nun komm ich zu Fragen nach neuen Strukturen und nach Grenzen: Wie hat sich eine Frühfördermaßnahme durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

- Welche Umstrukturierungen, Absprachen und Vorgänge wurden seitdem eingeführt (ggf. wieder aufgehoben)?
 - Welche Möglichkeiten bietet diese neue Struktur?
 - Welche Schwierigkeiten treten auf?
 - Welche neuen Absprachen/Regelungen sollten eingeführt werden, damit zum Beispiel in Bezug auf Kind X ‚erfolgreicher‘ gearbeitet werden kann?
- Ob, wo und wie beeinflussen systemspezifische Vorgaben den Förderprozess von Kind X?
 - Welche Vorgaben sind „kooperationsauslösend“?
 - Welche wirken sich hemmend aus?
- Auf welchen Ebenen (Einrichtung, Träger, Kostenträger, politische Ebene) können Sie für ihre Arbeit in Bezug auf die Komplexleistung Schwierigkeiten benennen?
 - Wie gelingt Ihnen Ihre Arbeit trotzdem?
 - Welche Faktoren können Sie zum Gelingen beeinflussen?
- Wenn Sie einen Berufspraktikanten (oder eine -praktikantin) hätten, dem Sie erzählen sollten, worauf er bei der Umsetzung der Komplexleistung achten sollte, was würden Sie ihm da alles mitgeben?

Von meiner Seite aus wäre es das nun. Möchten Sie noch irgendetwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

IX. Interviewleitfaden externer Heilmittelerbringer

Allgemeiner Einstieg: Zunächst möchte ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zur Praxis und Ihren Kooperationspartnern stellen: So beschreiben Sie mir doch bitte die Praxis, in der Sie arbeiten und Ihren Aufgabenbereich.

- Mit wem kooperiert Ihre Praxis/ kooperieren Sie in der Region?
 - In welche Netzwerke sind Sie eingebunden?
 - Wie würden Sie ganz allgemein die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern beschreiben (dem SPZ, mit den Kinderärzten, den Frühförderstellen)?
 - Wo hat die Kooperation ihre Grenzen?

Einleitungsphase: Als nächstes möchte ich gerne etwas über Kind X erfahren. Beginnen möchte ich hier mit der Zeit vor Behandlungsbeginn: Beschreiben Sie mir doch bitte diese Einleitungsphase der Förderung von Kind X

- Wie haben Sie Kind X und seine Familie kennengelernt?
- Wie und durch wen wurde damals die Komplexleistung initiiert?
- Wie und mit wem konnten Sie sich vor Behandlungsbeginn abstimmen?
- Und die (leistungs-)rechtlichen Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Vorgaben?
 - Welchen Einfluss hatten diese auf die interdisziplinäre Abstimmung?
- Wie beurteilen Sie im vorliegenden Fall die Einleitung der Frühförderung in Hinblick auf die interdisziplinäre Abstimmung?
 - Was könnte verbessert werden?
- Wie hat sich der Beginn einer Therapie durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

Zielabsprachen: Nun gehe ich über zu Fragen zum Erreichen von gemeinsamen Zielabsprachen: Wie fanden diese bisher bei Kind X statt?

- Wer hat wann mit wem kommuniziert, um Ziele zu vereinbaren?
 - Auf welche Weise fand die Kommunikation statt?
 - Was genau ermöglichte gemeinsame Zielabsprachen?
 - Was hemmte sie?
- Wie wurden die Eltern mit einbezogen, bzw. informiert?

Veränderter Förderprozess: Nun komm ich zu Fragen nach neuen Strukturen und nach Grenzen: Wie hat sich der Therapieprozess durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

- Welche Umstrukturierungen, Absprachen und Vorgänge wurden seitdem eingeführt und ggf. wieder aufgehoben?
 - Welche Möglichkeiten bietet diese neue Struktur?
 - Welche Schwierigkeiten treten auf?
 - Welche neuen Absprachen/Regelungen sollten eingeführt werden, damit zum Beispiel in Bezug auf Kind X ‚erfolgreicher‘ gearbeitet werden kann?
- Ob, wo und wie beeinflussen systemspezifische Vorgaben den Therapieprozess von Kind X?
 - Welche Vorgaben sind „kooperationsauslösend“?
 - Welche wirken sich hemmend aus?
- Auf welchen Ebenen (Praxis, Frühförderstelle, Kostenträger, politische Ebene) können Sie für ihre Arbeit in Bezug auf die Komplexleistung Schwierigkeiten benennen?
 - Wie gelingt Ihnen Ihre Arbeit trotzdem?
 - Welche Faktoren können Sie zum Gelingen beeinflussen?
- Wenn Sie einen Berufspraktikanten (oder eine -praktikantin) hätten, dem Sie erzählen sollten, worauf er bei der Umsetzung der Komplexleistung achten sollte, was würden Sie ihm da alles mitgeben?

Von meiner Seite aus wäre es das nun. Möchten Sie noch irgendetwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

X. Interviewleitfaden Kinderärzte/innen

Allgemeiner Einstieg: Zunächst möchte ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zu Ihrer Praxis, der Frühförderung und Ihren Kooperationspartnern stellen, anschließend möchte ich dies gerne am Beispiel von Kind X konkretisieren: So beschreiben Sie mir doch bitte Ihre Praxis und Ihre Arbeit im Bereich der Komplexleistung Frühförderung.

- Welchen Einfluss (unterstützend/hemmend) haben die (leistungs-)rechtlichen Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Vorgaben auf Ihren Anteil an der Komplexleistung Frühförderung?
- Wie würden Sie ganz allgemein die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern beschreiben (mit der Frühförderstelle, mit dem SPZ, den Therapeuten)?
 - Wo hat die Kooperation Ihrer Erfahrung nach ihre Grenzen?

Einleitungsphase: Als nächstes möchte ich gerne etwas über Kind X erfahren. Beginnen möchte ich hier mit der Zeit vor Förderbeginn: Beschreiben Sie mir doch bitte diese Einleitungsphase der Frühförderung von Kind X

- Wie lange und gut kennen Sie Kind X und seine Familie?
- Wie kam es dazu, dass Kind X nun Frühförderung erhält?
- Wie und mit wem konnten Sie sich vor Förderbeginn abstimmen?
- Wie beurteilen Sie im vorliegenden Fall die Einleitung der Frühförderung in Hinblick auf die interdisziplinäre Abstimmung?
 - Was könnte verbessert werden?

Zielabsprachen: Nun gehe ich über zu Fragen zum Erreichen von gemeinsamen Zielabsprachen: Wie fanden diese bisher bei Kind X statt?

- In welcher Weise sind Sie bei gemeinsamen Zielabsprachen in die Entscheidungen einbezogen worden?
 - Was genau ermöglichte gemeinsame Zielabsprachen?
 - Was hemmte sie?
- Können Sie mir sagen, wie die Eltern mit einbezogen, bzw. informiert wurden?

Veränderter Förderprozess: Nun komm ich zu Fragen nach neuen Strukturen und nach Grenzen: Wie hat sich eine Frühfördermaßnahme durch die Einführung der Komplexleistung verändert?

- Wodurch erfahren Sie von Veränderungen im Förderprozess?
 - Wie werden Sie in Entscheidungen miteinbezogen?
- Welche Absprachen und Vorgänge wurden seitdem eingeführt und ggf. wieder aufgehoben?
 - Welche Möglichkeiten bietet diese neue Struktur?
 - Welche Schwierigkeiten treten auf?
 - Welche neuen Absprachen/Regelungen sollten eingeführt werden, damit zum Beispiel in Bezug auf Kind X ‚erfolgreicher‘ gearbeitet werden kann?
- Ob, wo und wie beeinflussen systemspezifische Vorgaben den Förderprozess von Kind X?
 - Welche Vorgaben sind „kooperationsauslösend“?
 - Welche wirken sich hemmend aus?

Resümee

- Auf welchen Ebenen (Einrichtung, Kostenträger, politische Ebene) können Sie für ihre Arbeit in Bezug auf die Komplexleistung Schwierigkeiten benennen?
 - Wie gelingt Ihnen Ihre Arbeit trotzdem?
- Wenn Sie einen Berufspraktikanten (oder eine -praktikantin) hätten, dem Sie erzählen sollten, worauf er bei der Umsetzung der Komplexleistung achten sollte, was würden Sie ihm da alles mitgeben?

Von meiner Seite aus wäre es das nun. Möchten Sie noch irgendetwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

XI. Interviewleitfaden Eltern

Einstieg: Zunächst möchte ich Ihnen gerne eine eher allgemeine Frage zur Frühförderung Ihres Kindes stellen und dann zu der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, die mit Ihrem Kind arbeiten.

- Seit wann geht denn Ihr Kind in die Frühförderung und welche Angebote nehmen Sie (dort) wahrnehmen?

Wahrnehmung

- Wie erleben Sie denn die Förderung Ihres Kindes durch mehrere Fachleute?

Kooperation

- Wie bekommen Sie mit, dass sich die Beteiligten untereinander abstimmen?
 - Wie ist/war das für Sie?
- Können Sie mir eine Situation beschreiben, in der Sie das Gefühl hatten, dass Absprachen nicht funktioniert haben?
 - Wie war das für Sie?
 - Was genau würden Sie sich in solchen Situationen von den einzelnen Berufsgruppen wünschen?

Belastung/Entlastung

- Was empfinden Sie in Bezug auf die Kooperationen belastend?
- Was empfinden Sie als entlastend?
 - Welche Momente fallen Ihnen dazu ein?
 - Was genau würden Sie sich hier wünschen?

Einbindung in Förderung

- Haben Sie das Gefühl, mitbestimmen zu können, wie Ihr Kind gefördert wird?
 - Welche Situationen/ Momente haben dazu geführt, dass es sich so (...) anfühlt?
 - Beschreiben Sie mir doch bitte eine Situation, in der Sie sich als Eltern gut eingebunden gefühlt haben
 - Können Sie mir auch eine Situation beschreiben, in der Sie sich als Eltern außen vor gefühlt haben?
 - Was genau würden Sie sich in solchen Situationen von den einzelnen Berufsgruppen wünschen?
- Gibt es Momente, in denen Sie gerne mehr in den Förderprozess eingebunden werden würden?
 - Welche sind das?
 - Was genau würden Sie sich in solchen Situationen von den einzelnen Berufsgruppen wünschen?

Ziele und Wünsche

- Welche Wünsche und Ziele haben Sie an die Förderung Ihres Kindes?
 - Wie werden diese beachtet und ernst genommen?
 - Wie war das für Sie?

Einbindung

- Wie werden Sie informiert oder miteinbezogen, wenn Ziele durch die Frühförderung gesetzt werden?

Kooperation

- Wie bekommen Sie mit, dass sich die Beteiligten untereinander über Ziele abstimmen?
- Welche Rolle oder welchen Stellenwert haben Sie in der Kooperation?
- Welche Rolle würden Sie sich wünschen?

Resümee

- Wie würden Sie die Förderung Ihres Kindes abschließend beurteilen?
 - Was läuft gut?
 - Was könnte besser sein?
 - Gibt es auch Momente, in denen Sie denken, das braucht mein Kind aber doch gar nicht?
- Wenn Sie einer befreundeten Familie, deren Kind auch in die Frühförderung gehen wird, erzählen sollten, worauf sie dort achten sollte, was würden Sie ihnen da alles mitgeben?

Von meiner Seite aus wäre es das nun. Möchten Sie noch irgendetwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?