



Viele Systeme - EINE Leistung

Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen
Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze

Zwischenbericht

Projektträger:
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH
Saarstraße 1
55122 Mainz



Mainz, den 11. Februar 2010

Inhalt

1	Einleitung	4
1.1	Rechtliche Grundlagen	4
1.2	Erste Erfahrungen der Umsetzung in Hessen.....	5
1.3	Zielsetzungen der Untersuchung.....	6
1.4	Beteiligte	6
2	Methode	7
2.1	Angestrebte Stichprobe	7
2.2	Kommunikation und Versand	8
2.3	Anonymität	8
2.4	Fragebogen	9
3	Zeitplan	10
4	Ergebnisse	11
4.2	Stichprobenbeschreibung	12
4.2.1	Qualifikation und Status der Befragten	12
4.2.2	Einzugsgebiet	13
4.2.3	Erfahrung des niedergelassenen Systems mit der Komplexleistung Frühförderung.....	13
4.3	Informationsstand und Kommunikationswege	14
4.4	Kooperationsverträge	17
4.5	Interdisziplinäre Abstimmung	20
4.6	Verfahren zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung.....	23
4.7	Leistungen und zeitlicher Aufwand der Beteiligten im Rahmen des Verfahrens zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung	27
4.8	Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans	28
5	Fazit	30
5.1	Grundsatz.....	30
5.2	Information.....	30
5.3	Kooperationsvertrag	30
5.4	Interdisziplinäre Abstimmung	31
5.5	Ausblick	32
6	Anhang	34

1 Einleitung

1.1 Rechtliche Grundlagen

Mit In-Kraft-Treten des SGB IX im Jahr 2001 sind die Früherkennung und Frühförderung für Kinder ab Geburt 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 Leistungen 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 mindestens 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

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 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. In der Realisierung der rechtlichen Vorgaben kann die Praxis auf inhaltliche, strukturelle und ökonomische Probleme stoßen. Zum Beispiel:

- Die fehlende Passung zwischen leistungsrechtlichen Bedingungen und Verfahrensabläufen zeigt sich z. B. darin, dass der zeitliche Rahmen des Förder- und Behandlungsplans (Gültigkeit bis zu einem Jahr) in zeitlicher Asymmetrie zu den Grundlagen therapeutischer Verordnungen steht (Fristen, Gesamtverordnungsmengen, Berichtspflicht etc.).
- Eine im Dialog entwickelte interdisziplinäre Eingangsdagnostik, an der alle erforderlichen Fachdisziplinen gleichberechtigt beteiligt sind, ist schwer realisierbar, da ihre Finanzierung nicht geregelt ist.
- Auch im weiteren Verlauf einer Komplexleistung Frühförderung kann die Mitarbeit von Ärzt/innen und Therapeut/innen¹ bei der Förder- und Behandlungsplanung in einzelnen Fällen durch eine seitens der Leistungserbringer als unzureichend empfundene Finanzierung erschwert werden.

Vielfache Erfahrungen zeigen auch, dass die vom Gesetzgeber gewünschte Absicht einer verbesserten Zusammenarbeit in sehr guter Weise erfüllt wird: So sind vertraglich geregelte, und damit verbindlichere Formen der Zusammenarbeit neu entstanden, bestehende Kooperationen gefestigt und wesentliche interdisziplinäre Vereinbarungen regelhaft dokumentiert worden.

Durch die vielfältigen Organisationsformen der Hessischen Frühförderstellen können regionale Unterschiede in ihrer Notwendigkeit berücksichtigt werden. Die hessenweit einheitlichen Instrumente tragen zu einer Standardisierung dieser bereits bestehenden, vielfältigen, interdisziplinären Kooperationsformen bei.

¹ Im Folgenden werden Ärzte und Therapeuten nur im maskulinen Plural verwendet, um zu einer besseren Lesbarkeit beizutragen.

1.3 Zielsetzungen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung folgt der Maxime, Umsetzungsfragen und -probleme bei der Komplexleistung Frühförderung offensiv und konstruktiv zu ermitteln.

Im Einzelnen sollen folgende Ziele verfolgt werden:

1. 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 vor², sie richtet aber den Fokus nicht auf die Einbindung des niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Systems und der ärztlichen Leistungserbringer. Daher soll in der vorliegenden Untersuchung eben diese Fokussierung auf dieses System realisiert werden.

2. Austausch über Lösungsansätze

Die Untersuchung sollte den Austausch unter den Beteiligten in Hessen hinsichtlich gelungener Lösungsansätze 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.

3. 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.

1.4 Beteiligte

Auftraggeber der vorliegenden Untersuchung sind das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und die Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung Hessen e.V.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertreter/innen des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit, der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung Landesvereinigung Hessen e.V., der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen und dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz gGmbH (Projektträger).

Darüber hinaus wurde ein erweitertes Fachgremium beratend hinzugezogen, in dem der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, der Landesverband Hessen für Logopädie, der Landesverband Hessen für Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK), der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), die Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e.V., sowie weitere Vertreter/innen aus niedergelassenen Praxen und Frühförderstellen vertreten waren.

² Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008). Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht.

2 Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde mit einem zweistufigen methodischen Vorgehen geplant.

Mit einer schriftlichen Befragung und überwiegend quantitativer Erhebungsmethodik wurde im ersten Teil der Untersuchung im Jahr 2009 eine große Anzahl von Praktiker/innen befragt.

Im zweiten Teil der Untersuchung, die für 2010 geplant ist, soll eine Vertiefung ausgewählter Themenbereiche mit qualitativen Erhebungsmethoden erfolgen. Hierzu sind Interviews mit ausgewählten Vertreter/innen der Praxis vorgesehen.

Der vorliegende Zwischenbericht beschreibt auf den folgenden Seiten das methodische Vorgehen im ersten Teil der Untersuchung.

2.1 Angestrebte Stichprobe

Die Befragung sollte sich schwerpunktmäßig an Vertreter/innen des niedergelassenen medizinisch-therapeutischen und ärztlichen Systems richten.

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

- städtische vs. ländliche Region
- interdisziplinär besetzte vs. interdisziplinär kooperierende Frühförderstellen

Angestrebt wurde eine Stichprobe, die sich wie folgt zusammensetzt:

Tab. 1: Stichprobe

	Ländliche Region	Stadt
Interdisziplinär besetzte Frühförderstellen (FFS)	50 Personen (FFS/Therapeuten/Ärzte)	50 Personen (FFS/Therapeuten/Ärzte)
Interdisziplinär kooperierende Frühförderstellen	50 Personen (FFS/Therapeuten/Ärzte)	50 Personen (FFS/Therapeuten/Ärzte)

Von einer Weiterleitung der Fragebögen durch die Frühförderstellen an ihre Kooperationspraxen wurde Abstand genommen, um zeitliche Verzögerungen und Selektionseffekte zu vermeiden sowie (gemäß den Projektzielen) einen *direkten* Zugang zu den Therapeuten und Ärzten zu wählen.

Um die angestrebte Stichprobe zu erreichen, wurde auf die Ziehung einer Zufallsstichprobe verzichtet und stattdessen ein Adressverteiler im Umfang von ca. 1110 Adressen verwendet, der

- 41 Frühförderstellen,
- 318 Ergotherapiepraxen,
- 219 Logotherapiepraxen,
- 221 Physiotherapiepraxen und
- 311 Kinderarztpraxen

enthielt. Der Verteiler wurde mit Hilfe einer Internetrecherche erstellt, soweit möglich mit Hilfe der Mitgliederlisten der Berufsverbände abgeglichen und ergänzt sowie im Bereich der Physiotherapie auf Praxen mit einem pädiatrischen Tätigkeitsschwerpunkt reduziert.

2.2 Kommunikation und Versand

Im Vorfeld der Befragung wurden die Berufs- und Fachverbände sowie alle Frühförderstellen Hessens über das geplante Forschungsvorhaben informiert. In einem Workshop mit dem erweiterten Fachgremium wurden inhaltliche und organisatorische Aspekte diskutiert und beraten.

Inklusive der angestellten Therapeut/innen an den interdisziplinär besetzten Frühförderstellen wurden insgesamt 1306 Fragebögen versendet.

An alle interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen, therapeutischen und kinderärztlichen Praxen wurde je ein Fragebogen mit Anschreiben und Rückumschlag zu Händen der Leitung versendet.

Die interdisziplinär besetzten Frühförderstellen erhielten ein Anschreiben mit mehreren Fragebögen (einen für die Leitung sowie eine entsprechende Anzahl von Fragebögen für die festangestellten Therapeuten) und Rückumschlägen.

Darüber hinaus wurde die Befragung auf der Internetseite des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe veröffentlicht. Die Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung Hessen e.V. sowie die Berufsverbände haben in ihren Rundschreiben und Mitgliederversammlungen darauf aufmerksam gemacht, dass sich auch Institutionen an der Befragung beteiligen können, die nicht im Verteiler enthalten und auf dem Postwege angeschrieben wurden.

2.3 Anonymität

Es wurden keine persönlichen Daten erhoben. Lediglich die Funktion (Frühförderer/Frühförderin, Therapeut/in, Arzt/Ärztin etc.) wurde erfragt und konnte mit den Antworten in Verbindung gebracht werden.

Um bei einer Fortführung des Projektes in 2010 gezielt zu kooperierenden Befragungsteilnehmern Kontakt aufnehmen zu können (und die betreffenden Personen ggf. zu fragen, ob sie bereit sind, an einem vertiefenden qualitativen Interview teilzunehmen), wurden die Fragebögen codiert, sodass der Adressverteiler auf diejenigen Praxen reduziert werden kann, die an der schriftlichen Befragung teilnahmen und mit Frühförderstellen kooperieren. Auf die Zuordnung von Codes und Adressen hat ausschließlich das Institut für Kinder- und Jugendhilfe und nur zu dem genannten Zweck Zugriff.

2.4 Fragebogen

Der 2-seitige Fragebogen enthielt Fragen zu folgenden Themenbereichen:

Basisdaten

- Fachliche Qualifikation
- Art der Institution (niedergelassene Praxis, interdisziplinär kooperierende/besetzte Frühförderstelle)
- Einzugsgebiet (Stadt/Land)
- Anzahl der Kooperationsverträge zwischen Frühförderstellen und therapeutischen Praxen und Gründe, weshalb keine Verträge abgeschlossen wurden
- Kooperationspartner der Frühförderstellen im Rahmen der Eingangsdiagnostik

Kenntnisstand und Erfahrung zur Komplexleistung Frühförderung

- Informationsquellen von Therapeuten und Ärzten
- Beiträge der Frühförderstellen zur Information der (potentiellen) Kooperationspartner
- Ausmaß, in dem sich der/die Befragte informiert fühlt
- Verbesserungsvorschläge zum Informationsfluss
- Ausmaß an praktischer Erfahrung mit der Komplexleistung Frühförderung

Interdisziplinäre Abstimmung

- Ausmaß der interdisziplinären Abstimmung der Ziele im Einzelfall und inwieweit die Komplexleistung Frühförderung diesbezüglich zu einer Verbesserung beigetragen hat
- Ausmaß umfassender und abgestimmter Förderung im Einzelfall und inwieweit die Komplexleistung Frühförderung diesbezüglich zu einer Verbesserung beigetragen hat
- Zufriedenheit mit dem Umfang interdisziplinärer Abstimmung
- Zufriedenheit mit der Qualität interdisziplinärer Abstimmung
- Hinweise, was sich unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen besonders bewährt

Verfahren zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung

- Abweichungen zu einem geschilderten „idealtypischen“ Vorgehen, das eine bestimmte Chronologie im Ablauf sowie ein hohes Maß interdisziplinärer Abstimmung vorsieht
- Ausmaß und Wege der Abstimmung innerhalb des medizinischen Systems, sofern mehrere Fachärzte beteiligt sind
- Leistungen die der/die Befragte im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanung erbringt und deren geschätzter zeitlicher Aufwand pro Kind

Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans

- Genutzte Kommunikationswege zur Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans
- Häufigkeit interdisziplinärer Fallgespräche zur bedarfsorientierten Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans

Die Fragen wurden zielgruppenspezifisch zusammengestellt und formuliert.

3 Zeitplan

Die Untersuchung ist für die Zeit von September 2009 bis Dezember 2010 geplant.

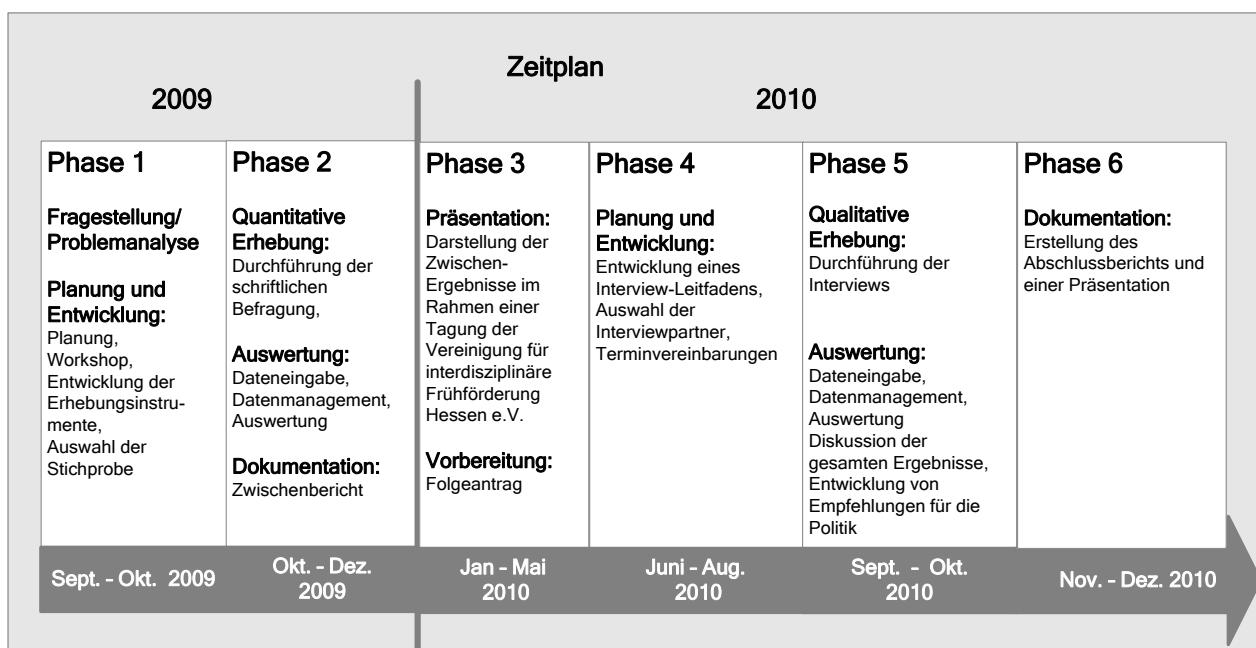


Abb. 1: Zeitplan

Der vorliegende Zwischenbericht bezieht sich auf den für 2009 geplanten Projektabschnitt bestehend aus Phase 1 und 2.

4 Ergebnisse

Die Daten wurden vor Auswertung rechnerischen Plausibilitätsroutinen unterzogen.

4.1 Rücklauf

1306 Fragebögen wurden Ende Oktober an Ärzte, Therapeuten und Frühförderstellen versendet. Die angeschriebenen Institutionen bzw. Personen wurden um Bearbeitung und Rücksendung der Fragebögen bis zum 18.11.2009 gebeten. Bis Ende November trafen 290 bearbeitete Fragebögen ein. Die Anzahl nicht zustellbarer Schreiben (wegen Praxisaufgabe oder falscher Anschrift) fiel gering aus (n=2)³. Insgesamt wurde eine Rücklaufquote von 22 % erreicht. Bei zielgruppenspezifischer Berechnung zeigt sich, dass der Rücklauf mit 56 % bei den Frühförderstellen am höchsten und in der Gruppe der Ärzte (18 %) am niedrigsten ist.

Tab. 2: Rücklauf

Zielgruppe	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl zurückgesendeter Fragebögen	Rücklaufquote
Therapeuten mit niedergel. Praxis	851	182	21,4 %
Therapeuten in interdisz. besetzten Frühförderstellen	100 ⁴	24	-
Sonstige Therapeuten ⁵	-	3	-
Therapeuten gesamt	951	210	22,1 %
Ärzte mit niedergel. Praxis	312	54	17,3 %
Sonstige Ärzte ⁶	-	2	-
Ärzte gesamt	312	56	17,9 %
Frühförderstellen interdisziplinär besetzt	17	12	70,6 %
Frühförderstellen interdisziplinär kooperierend	26	12	46,2 %
Frühförderstellen gesamt	43	24	55,8 %
Gesamt	1306	290	22,2 %

Die Rücklaufquoten liegen bei schriftlichen Befragungen generell deutlich niedriger als bei mündlichen Befragungen. Dabei gelten für schriftliche Befragungen eines definierten Personen-

³ n ist die statistische Bezeichnung für die Anzahl

⁴ Die aktuelle Anzahl der in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen angestellten Therapeuten lag dem IKJ zum Zeitpunkt der Erhebung nicht vor, sie wurde daher auf Grundlage der Broschüre „Frühförderangebote in Hessen“ (Stand 2005) geschätzt. Daraufhin wurden 100 Fragebögen versendet. Da die Grundgesamtheit nicht bekannt ist, wurde für diese Zielgruppe keine Rücklaufquote berechnet.

⁵ Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt

⁶ Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt

kreises Rücklaufquoten von mehr als 40 % bereits als hoch. Demzufolge ist der Rücklauf insgesamt als mäßig zu bewerten.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich überwiegend um einen nicht definierten Personenkreis: Bei den angeschriebenen Praxen von Ärzten und Therapeuten war nicht sicher bekannt, ob sie zur Zielgruppe gehören und Kinder im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung behandeln. Der als niedrig zu bewertende Rücklauf in den Berufsgruppen der Ärzte und Therapeuten könnte daher diesem Fakt geschuldet sein.

In Bezug auf die eindeutig definierte Zielgruppe der Frühförderstellen ist der Rücklauf insgesamt als sehr gut zu bewerten. Innerhalb dieser Zielgruppe beteiligten sich die interdisziplinär besetzten Frühförderstellen an der Befragung stärker (71 %) als die interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen (46 %).

4.2 Stichprobenbeschreibung

4.2.1 Qualifikation und Status der Befragten

Insgesamt 72 % der zurückgesendeten Fragebögen stammen von Therapeuten. Dabei sind die Therapieformen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) ungefähr gleich stark vertreten. Weitere 19 % der zurückgesendeten Fragebögen stammen von Ärzten. Die in Frühförderstellen angestellten pädagogischen und psychologischen Berufsgruppen sind die in der Stichprobe am schwächsten vertretene Berufsgruppe. In der Kategorie „Sonstige Berufsgruppe“ (n=2) wurden ein/e Psychotherapeut/in und ein/e Motopäde/in zusammengefasst.

Die befragten Ärzte arbeiten fast ausschließlich in niedergelassenen Praxen (96 %), die übrigen 4 % sind im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder im Gesundheitsamt tätig.

Die befragten Therapeuten arbeiten zu 88 % in niedergelassenen Praxen und zu 12 % in interdisziplinär besetzten Frühförderstellen.

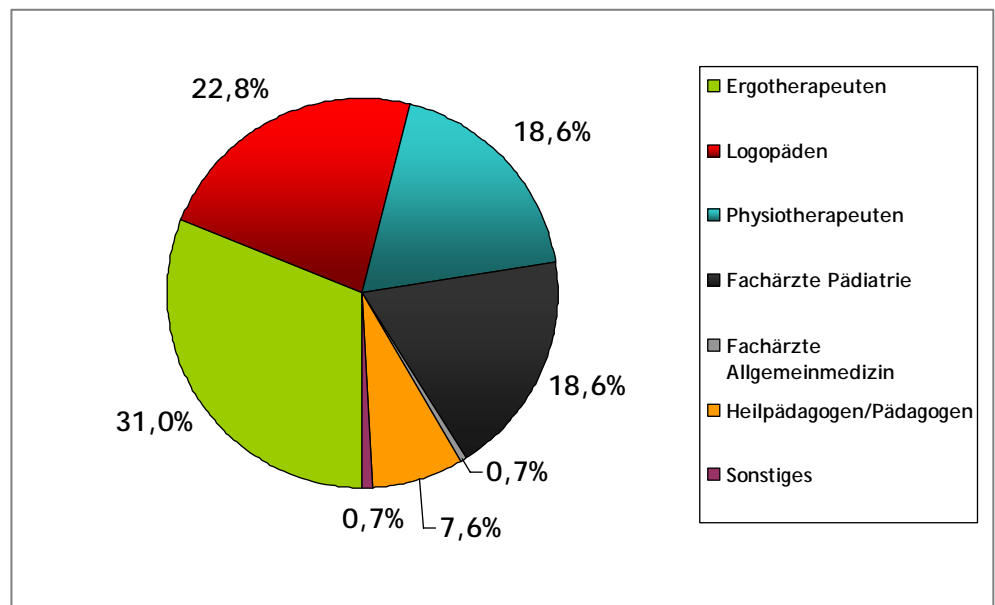


Abb. 2: Qualifikation

Eine Fokussierung der Untersuchung auf das niedergelassene medizinisch-therapeutische System sowie eine interdisziplinäre Repräsentanz der Hauptberufsgruppen, die in der Komplexleistung Frühförderung involviert sind, konnte wie geplant (vgl. Kap. 1.3) realisiert werden.

4.2.2 Einzugsgebiet

Die Praxen und Frühförderstellen, die sich an der Befragung beteiligt haben, befinden sich etwa je zu einem Drittel in einem städtischen (33 %) oder ländlichen (39 %) Einzugsgebiet. Das letzte Drittel der befragten Institutionen hat sowohl Klienten aus städtischen wie aus ländlichen Einzugsgebieten.

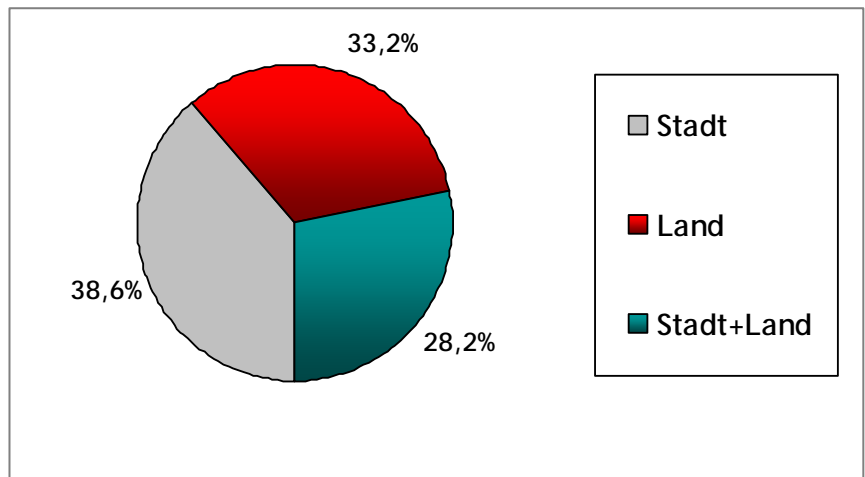


Abb. 3: Einzugsgebiet

4.2.3 Erfahrung des niedergelassenen Systems mit der Komplexleistung Frühförderung

80 % der niedergelassenen Therapeuten und 92 % der niedergelassenen Ärzte geben an, dass sie in ihrer Praxis Kinder im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX behandeln. Den übrigen Befragten ist bislang kein Kind bekannt, das in ihrer Praxis auf dieser Rechtsgrundlage betreut wurde bzw. wird.

Der Umfang der praktischen Erfahrung mit der Komplexleistung Frühförderung ist sehr unterschiedlich. Die Anzahl der Kinder, die von niedergelassenen Therapeuten begleitet werden, bewegt sich zwischen 1 und 30 Kind/ern pro Jahr. Die Anzahl der Kinder, die von niedergelassenen Ärzten behandelt werden, variiert sogar zwischen 1,5 und 500 Kindern pro Jahr. Die Extremwerte gehen auf Ärzte zurück, die neben der Tätigkeit in der eigenen Praxis zusätzlich für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst arbeiten.

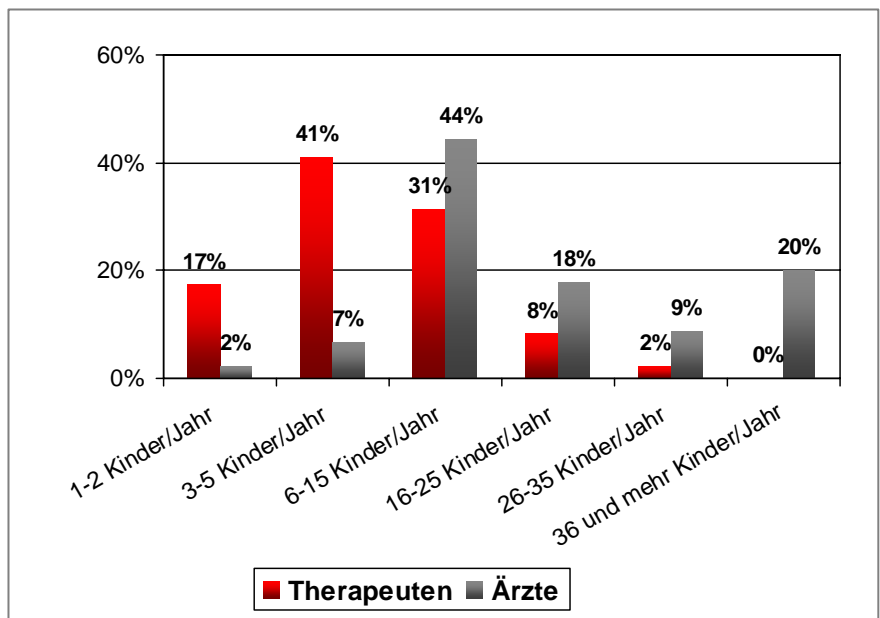


Abb. 4: Kinder pro niedergel. Praxis

Sieht man von diesen Extremwerten ab, lässt sich sagen, dass der überwiegende Teil ärztlicher Praxen eine mittlere Anzahl von Kindern pro Jahr betreut (Abb. 4), sodass sich eine gewisse Arbeitsroutine aufbauen lässt. Die niedergelassenen therapeutischen Praxen betreuen hingegen teilweise nur 1-2 Kinder (17 %) oder 3-5 Kinder (41 %) pro Jahr.

4.3 Informationsstand und Kommunikationswege

Die Weitergabe und der Austausch von Informationen zur Komplexleistung Frühförderung erfolgt primär auf den folgenden Kommunikationswegen und -ebenen:

1. Das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit arbeitet eng mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Kommunalen Hessischen Spitzenverbände und den Berufs- und Interessensverbänden der Leistungserbringer zusammen. Diese leiten die Informationen an die Leistungsträger und Leistungserbringer (Krankenkassen, örtliche Sozialhilfeträger, niedergelassene Kinderarzt- und Therapiepraxen, Frühförderstellen) weiter.
2. Die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen informiert primär die Frühförderstellen. Sie informiert darüber hinaus aber auch Berufsverbände und auf Anfrage weitere an der Frühförderung beteiligte Fachdisziplinen.
3. Zur Sicherstellung ihres interdisziplinären Auftrags kommt den Frühförderstellen die Aufgabe zu, Kooperation dort anzubieten, wo diese gewünscht wird. In diesem Zusammenhang haben sie u. a. auch die Aufgabe, den niedergelassenen Praxen die erforderlichen Informationen zur Komplexleistung Frühförderung zukommen zu lassen, sofern diese nicht bereits auf den oben skizzierten Wegen informiert wurden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die niedergelassenen Praxen befragt, aus welchen Quellen sie Informationen erhalten haben und ob sie sich ausreichend informiert fühlen.

Die wichtigste Informationsquelle in Sachen Komplexleistung Frühförderung war für das niedergelassene medizinisch-therapeutische System die Frühförderstelle: 80 % der Therapeuten und 85 % der Ärzte haben Informationen zu der gesetzlichen Änderung und den praktischen Konsequenzen von einer Frühförderstelle erhalten.

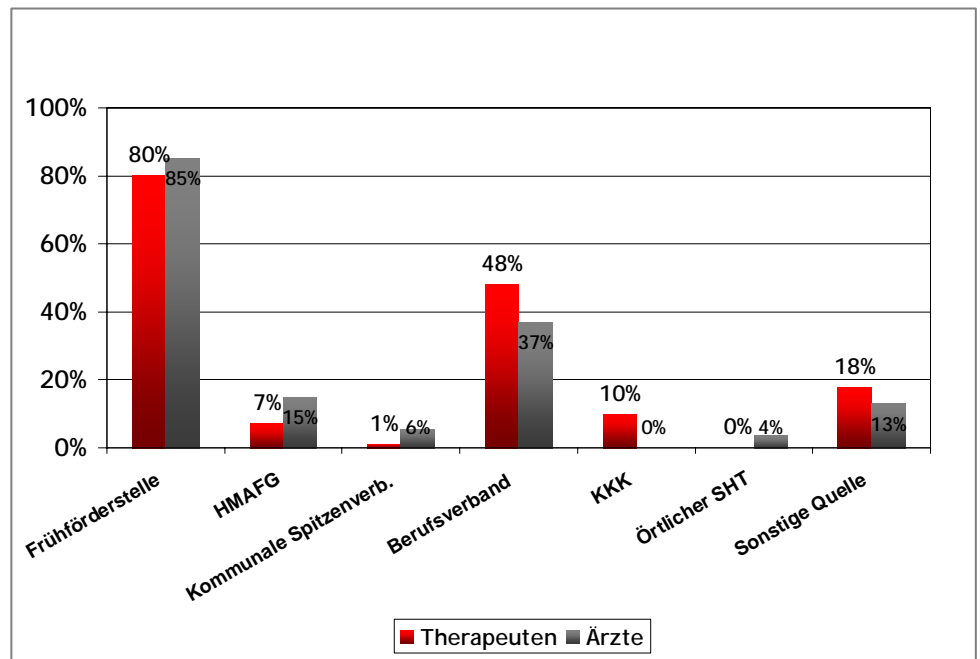


Abb. 5: Informationsquellen des niedergelassenen Systems, Mehrfachnennung (Mfn.) möglich

Alternativ oder zusätzlich wurden 48 % der Therapeuten bzw. 37 % der Ärzte über ihren Berufsverband informiert, sofern sie in diesem Mitglied sind.

Ein geringer Anteil der Befragten gibt an, von den Krankenkassen, dem örtlichen Sozialhilfeträger, dem Hessischen Ministerium für Familie, Arbeit und Gesundheit oder den Kommunalen Spitzenverbänden informiert worden zu sein.

Unter „sonstiger Informationsquelle“ (Tab. 3) wurde von den Befragten am Häufigsten „keine“ genannt (30 %), gefolgt von „Kollegen, die mich darauf aufmerksam machten“ (19 %).

Tab. 3: Nennungen sonstiger Informationsquellen

Inhalt	Häufigkeit
Keinerlei Informationsquelle	14 (30 %)
Kollegen/kollegiale Netzwerke	9 (19 %)
Fachzeitschriften/Presse	4 (9 %)
Fortbildung/Vortrag	3 (6 %)
LAG Frühe Hilfen	3 (6 %)
Patienten	3 (6 %)
Internetrecherche	2 (4 %)
IKJ (Befragung)	2 (4 %)
Kassenärztliche Vereinigung	2 (4 %)
Sonstiges (Schule; kann sich nicht erinnern)	2 (4 %)
Abrechnungsstelle/-software	2 (4 %)
Arbeitsstelle Frühförderung Hessen	1 (2 %)
SUMME	47 (100 %)

Die beschriebenen Ergebnisse sprechen dafür, dass die Informationen die Frühförderstellen und durch diese den Großteil der niedergelassenen Praxen erreicht haben.

Die Frühförderstellen, die in der Umsetzungsphase der Komplexleistung Frühförderung die zentrale Rolle bei der Informationsweitergabe übernommen haben, nutzten dazu die in Abb. 6 beschriebenen Informationswege⁷. Berücksichtigt man, dass es sich hier um Mehrfachnennungen handelt, i. d. R. also nicht nur ein Informationsschreiben versendet wurde, sondern zusätzlich in fast allen Fällen Gespräche geführt wurden und bei Bedarf

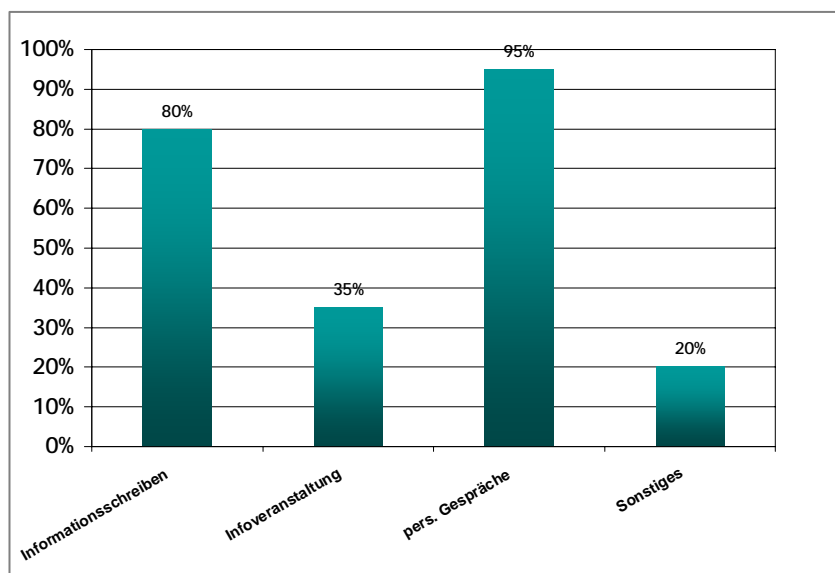


Abb. 6: Informationsbeiträge der Frühförderstellen, Mfn. möglich

⁷ Sonstige Nennungen: z. B.: Einladung zum QZ der Ärzte, relevante Infos weitergegeben, Treffen mit einigen Logopäden, die Vertrag nicht unterschrieben haben

weitere Maßnahmen ergriffen wurden, so lässt sich resümieren, dass hier seitens der Frühförderstellen, aber auch durch die Berufsverbände der Therapeuten sowie der (Kinder-)Ärzte ein erheblicher Aufwand geleistet wurde.

Die Frage, *wie gut* sich das niedergelassene System aktuell informiert fühlt, wurde im Fragebogen wie folgt umgesetzt:

Auszug aus dem eingesetzten Fragebogen:

Über die für mich relevanten Aspekte der Komplexleistung Frühförderung fühle ich mich

ausreichend mäßig unzureichend informiert.

Die Befragten machten hierzu folgende Angaben:

Ein Jahr und 10 Monate nach Beginn der Umsetzungsphase der Komplexleistung Frühförderung fühlen sich Therapeuten über die für sie relevanten Aspekte im Durchschnitt mäßig ($\bar{x}^8=1,91$) und Ärzte weniger als mäßig informiert ($\bar{x}=2,04$).

Die Antworten streuen relativ gleichmäßig über alle drei Antwortkategorien ($s^9=0,783$ bzw. $0,808$). Etwa je ein Drittel der Befragten fühlt sich ausreichend, mäßig oder unzureichend informiert. Die Frühförderstellen nehmen den Informationsstand des niedergelassenen Systems realistisch wahr: Sie schätzen den Informationsstand im Großen und Ganzen so ein, wie er von den befragten Ärzten und Therapeuten auch angegeben wurde.

Die Befragten äußerten zahlreiche Verbesserungsvorschläge. Ihre freien Antworten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Grundsätzliche Hinweise:

- Verbesserte Abstimmung unter den Verantwortlichen *bevor* eine *einheitliche* Information an alle verbreitet wird (n=7)
- Klare statt widersprüchliche Informationen (n=2)
- *Direkte* Informationen an *alle* Praxen, ohne Umwege und aus einer Hand (n=6)
- Zuverlässige Weitergabe der Informationen: Die Befragten bemängeln, dass sie wichtige Infos nur zufällig erfahren haben oder nur weil sie selbst aktiv wurden (n=7)
- Zeitnahe Information, d. h. rechtzeitig bevor rechtliche Änderungen in Kraft treten (n=3)
- Es wird vorgeschlagen, mehr Informationen (Verträge, Förder- und Behandlungsplan) digital auszutauschen um Portokosten zu senken (n=1)
- Informationen auch für die Mitarbeiterebene zugänglich machen, da teilweise interne Weitergabe von Informationen unzureichend sei (n=4)

Konkrete Vorschläge zur Optimierung:

- Gesamtverteiler der Kooperationspartner erstellen (gerne als Emailverteiler), der regelmäßig bei Änderungen bedient wird (n=5).
- Erstellung einer Broschüre (n=28), die ausführlich informiert über:

⁸ Bezeichnung für den arithmetischen Mittelwert, ein statistisches Maß der zentralen Tendenz

⁹ Bezeichnung für die Standardabweichung, ein statistisches Streuungsmaß

- Gesetzliche Grundlagen in praktisch-anschaulicher Form aufbereitet
 - Informationen/Empfehlungen zum interdisziplinären Vorgehen
 - Praktische Infos zu Abrechnung, Frühförder-IK, Datenschutz etc.
 - Entwicklung eines einheitlicheren Vorgehens im Bundesland Hessen oder übersichtliche Information zu den wesentlichen regionalen Unterschieden
- Ansprechpartner für Nachfragen im Sinne einer Telefonhotline (n=2)
 - Regionale Informationsveranstaltungen (n=5)
 - Flyer mit den wichtigsten Informationen für Eltern (n=1)

Anregungen zur Intensivierung der Kommunikation vor Ort:

- Häufigere Gespräche am runden Tisch, vorausgesetzt ihre Finanzierung ist für alle Teilnehmer gesichert, mit der Frühförderstelle und/oder auf Kreisebene ggf. unter Beteiligung des Jugendamtes (n=5)
- Mehr Transparenz in Bezug auf das Vorgehen der einzelnen Frühförderstellen (n=2)
 - Checklisten zum Vorgehen
 - Mehr fachlicher Austausch mit den Therapeuten

4.4 Kooperationsverträge

185 therapeutische Praxen haben die Frage, ob sie einen Kooperationsvertrag haben, beantwortet. 142 Therapeuten (77 %) geben an, einen Kooperationsvertrag mit einer Frühförderstelle abgeschlossen zu haben.

17 Frühförderstellen haben Auskunft gegeben über die Anzahl ihrer Kooperationsverträge mit niedergelassenen therapeutischen Praxen. In der Summe geben sie 605 Kooperationsverträge an. Auf der genannten Datengrundlage (n=17) ergibt sich ein Durchschnittswert von 35,6 Kooperationsverträgen pro Frühförderstelle.

Eine Umfrage des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit (Sozial-Monitor 2008) ergab ca. ein Jahr zuvor eine Summe von 1018 Kooperationsvereinbarungen mit therapeutischen Praxen.

Die Frage, ob die Komplexleistung Frühförderung zu einem Anstieg an Kooperationsbeziehungen geführt hat, lässt sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht beantworten.

Die Anzahlen der Kooperationsverträge pro Frühförderstelle variieren erheblich, zwischen 6 und 149 Verträgen pro Frühförderstelle. Abb. 7 gibt einen Überblick zu den Anzahlen.

Die hohe Streuung hängt u. a. mit dem Einzugsgebiet zusammen. Die durchschnittlich höchste Anzahl an Kooperationsverträgen haben Frühförderstellen, die Familien aus städtischem und ländlichem Einzugsgebiet betreuen ($\bar{x}=58,0$), gefolgt von Frühförderstellen mit ländlichem Einzugsgebiet ($\bar{x}=34,4$). Die durchschnittlich geringste Anzahl an Kooperationsverträgen weisen Frühförderstellen auf, die ausschließlich Familien in einem städtischen Einzugsgebiet betreuen ($\bar{x}=24,2$).

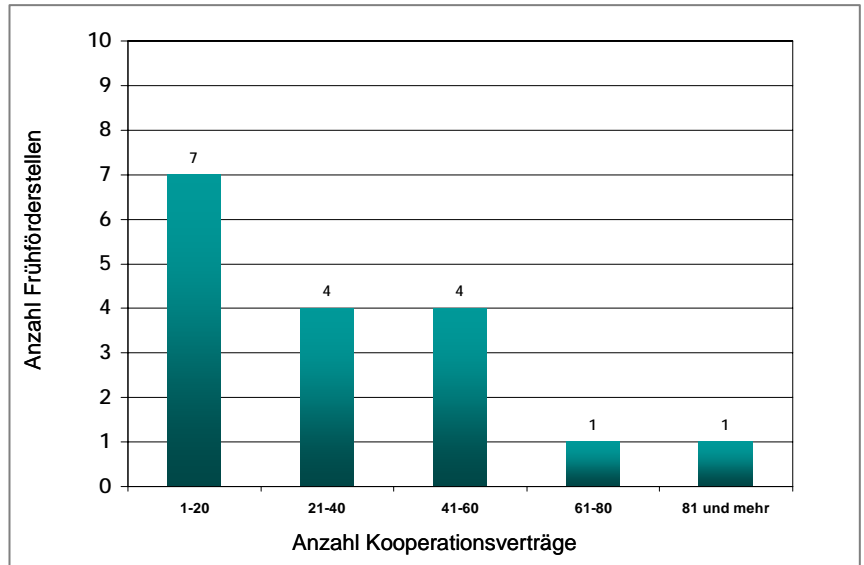


Abb. 7: Anzahl der Kooperationsverträge der Frühförderstellen

Interdisziplinär besetzte Frühförderstellen geben in der vorliegenden Untersuchung eine durchschnittlich höhere Anzahl von Kooperationsverträgen an als interdisziplinär kooperierende Frühförderstellen. Erhebungen des Landes Hessen im Rahmen des Sozialmonitoring oder der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen zeigen hier allerdings einen anderen, eher erwarteten Trend: In diesen Erhebungen ist die Anzahl der Kooperationsverträge, die zwischen interdisziplinär besetzten Frühförderstellen und niedergelassenen Praxen abgeschlossen worden sind, im Verhältnis deutlich geringer als zwischen ausschließlich (heil-)pädagogisch besetzten Frühförderstellen und niedergelassenen Praxen.

Die bestehenden Kooperationsverträge verteilen sich gleichmäßig auf die drei Therapieformen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (Abb. 8). 90 % der Frühförderstellen geben an, mit mindestens einer Physiotherapiepraxis einen Kooperationsvertrag zu haben, je 85 % haben zusätzlich Kooperationsverträge mit Ergo- und/oder Logopädiepraxen.

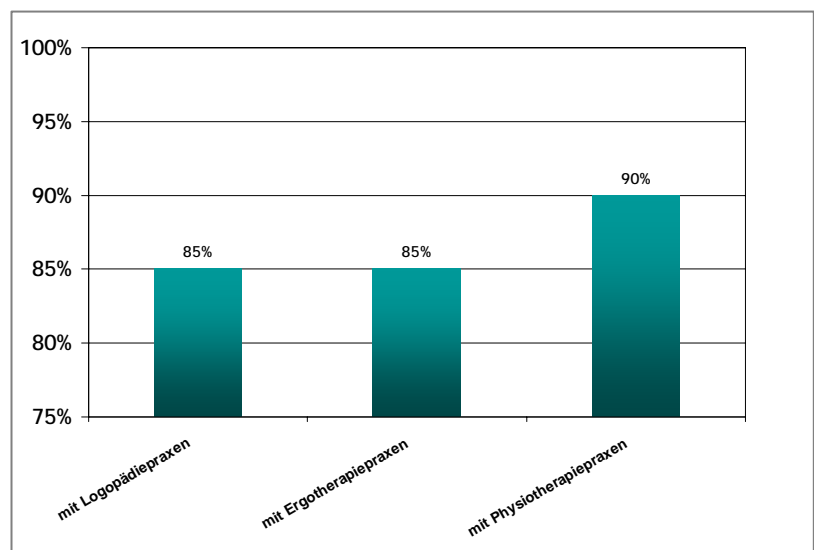


Abb. 8: Art der Praxen, mit denen Kooperationsverträge bestehen, Mfn. möglich

43 der befragten therapeutischen Praxen (23 %), davon 11 Ergotherapie-, 15 Physiotherapie- und 17 Logopädiepraxen geben an, keinen Kooperationsvertrag geschlossen zu haben. Diese Praxen sind ausdrücklich keine Kooperationspartner im Sinne des hessischen Systems, da sie ohne Kooperationsvertrag auch Komplexleistungskinder betreuen. Unter diesen Praxen ohne Vertrag sind auch Praxen vertreten, die nach eigenen Angaben eine mittlere bis hohe Anzahl von Kindern pro Jahr im Zuge der Komplexleistung Frühförderung begleiten (Abb. 9).

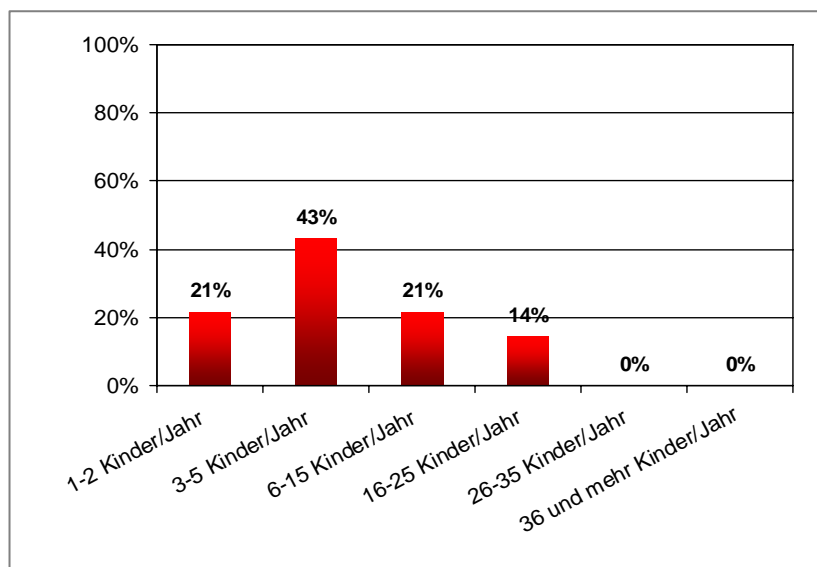


Abb. 9: Anzahl der Kinder/Jahr in Praxen ohne Kooperationsvertrag

Aufgrund verschiedener Faktoren bei der Ermittlung der Stichprobe der Befragten, kann landesweit von einer geringeren Quote von Therapeuten ohne Kooperationsvertrag ausgegangen werden. Es sind Konstellationen im Verfahren möglich und auch bekannt, in denen Behandlungen durch therapeutische Praxen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung stattfinden, ohne dass ein entsprechender Kooperationsvertrag abgeschlossen worden ist.

Die Abgabe von Leistungen außerhalb des geregelten Verfahrens wird von den Prozessbeteiligten explizit nicht unterstützt. Für das Bundesland Hessen gilt ohne Einschränkungen, dass die Abgabe therapeutischer Leistungen durch niedergelassene therapeutische Praxen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nur auf der Grundlage der im Verfahren vorgegebenen Instrumente (siehe 1.1.) mit den anerkannten Frühförderstellen in Hessen erfolgen kann und darf.

4.5 Interdisziplinäre Abstimmung

Die folgenden Ergebnisse basieren auf Berechnungen, in die nur Angaben von Therapeuten und Ärzten einfließen, die praktische Erfahrung mit der Komplexleistung Frühförderung haben und mindestens ein Kind pro Jahr auf dieser Rechtsgrundlage begleiten.

Auszug aus dem eingesetzten Fragebogen:

- Die Vertreter/innen der unterschiedlichen Fachrichtungen stimmen fallbezogen ihre Ziele miteinander ab und stellen Bezüge zueinander her. Dem kann ich aufgrund meiner Erfahrung völlig überwiegend teilweise kaum gar nicht zustimmen.
- Dies hat sich durch die Komplexleistung Frühförderung verbessert nicht verändert verschlechtert.

Sowohl die Einschätzungen des niedergelassenen Systems als auch der Frühförderstellen liegen überwiegend im positiven Bereich der 5-stufigen Ordinalskala.

Dabei stimmen die befragten Berufsgruppen in ihren Einschätzungen in hohem Maße miteinander überein. Tendenziell am kritischsten wird die kindbezogene interdisziplinäre Abstimmung von den Ärzten eingeschätzt (Therapeuten: $\bar{x}=0,77$; Ärzte: $\bar{x}=0,26$; FFS: $\bar{x}=0,92$).

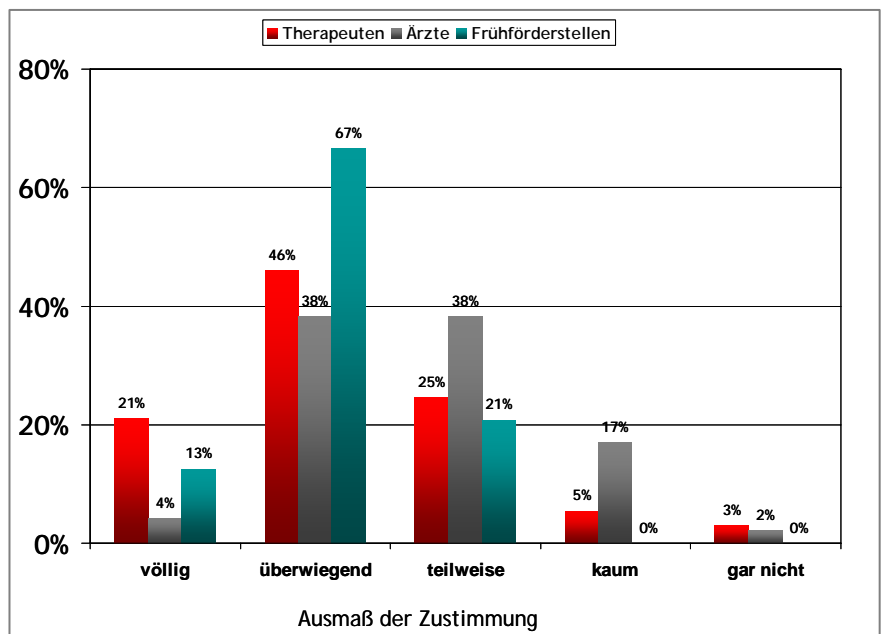


Abb. 10: Interdisziplinäre Abstimmung der Ziele im Einzelfall

Die überwiegend praktizierte interdisziplinäre Abstimmung der Ziele im Einzelfall sehen die Befragten jedoch nicht als einen Effekt der gesetzlichen Verankerung der Komplexleistung Frühförderung an (Therapeuten: $\bar{x}=0,21$; Ärzte: $\bar{x}=0,31$; FFS: $\bar{x}=0,29$). Viele verweisen auf die bereits seit längerer Zeit bestehende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Einführung der Komplexleistung Frühförderung hat aus Sicht

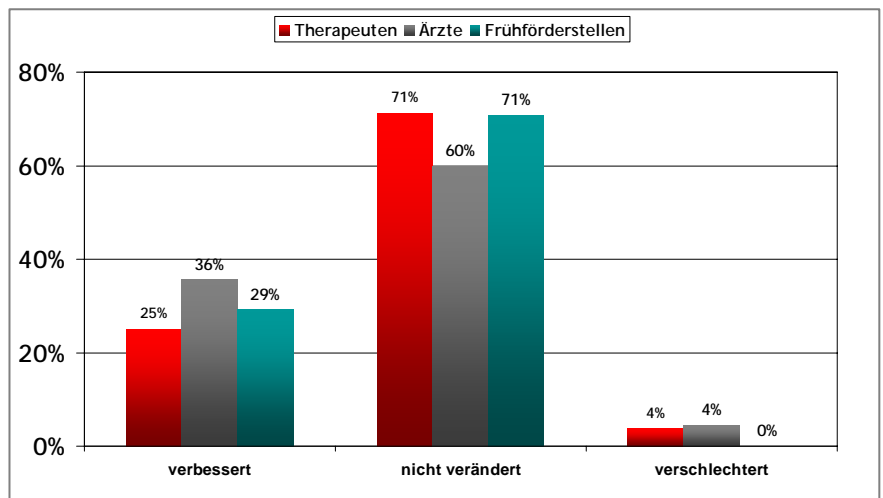


Abb. 11: Veränderung der interdisziplinären Abstimmung der Ziele im Einzelfall durch die Komplexleistung Frühförderung

von 67 % der Befragten die kindbezogene Abstimmung nicht verändert, für immerhin 30 % der Befragten zu einer Verbesserung und für einen geringfügigen Teil der Befragten (4 %) zu einer Verschlechterung geführt.

Auszug aus dem eingesetzten Fragebogen:

3. Die betreffenden Kinder erhalten eine umfassende und abgestimmte Förderung. Dem kann ich aufgrund meiner Erfahrung

völlig überwiegend teilweise kaum gar nicht zustimmen.

4. Dies hat sich durch die Komplexleistung Frühförderung

verbessert nicht verändert verschlechtert.

Ähnlich fällt die Einschätzung der Befragten hinsichtlich einer umfassenden und abgestimmten Förderung der betroffenen Kinder aus. Hier liegen die Antworten etwas deutlicher im positiven Bereich der 5-stufigen Ordinalskala (Therapeuten $\bar{x}=0,81$; Ärzte: $\bar{x}=0,72$; FFS: $\bar{x}=0,96$).

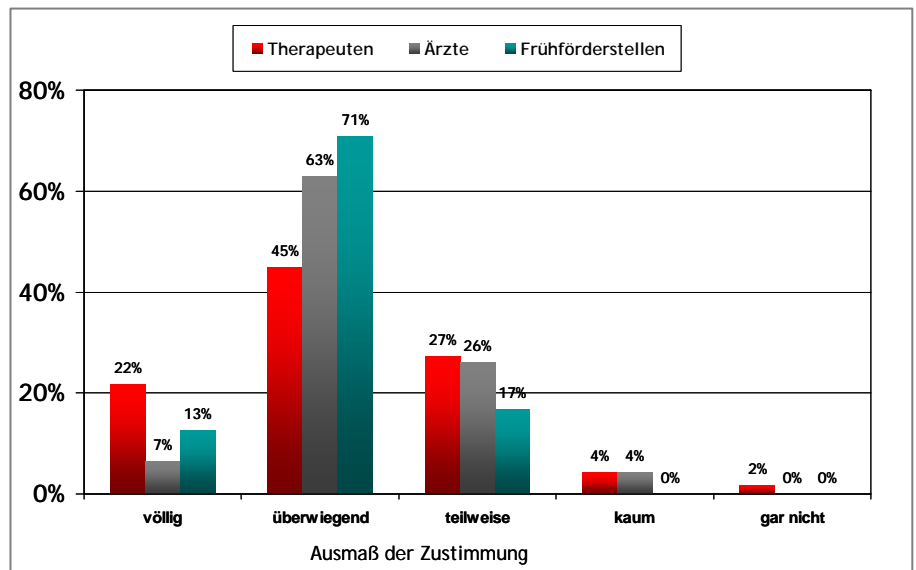


Abb. 12: Interdisziplinäre Abstimmung zur umfassenden u. abgestimmten Förderung im Einzelfall

Die Befragten sehen hier noch weniger einen Zusammenhang zur Einführung der Komplexleistung Frühförderung als bei der Frage nach einer kindbezogenen Abstimmung der Ziele (Therapeuten: $\bar{x}=0,21$; Ärzte: $\bar{x}=0,33$; FFS: $\bar{x}=0,09$).

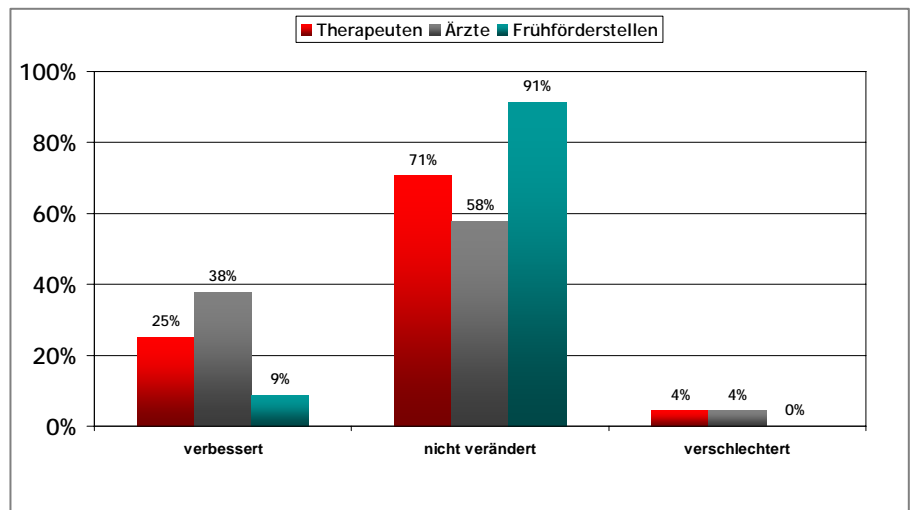


Abb. 13: Veränderung der umfassenden u. abgestimmten Förderung im Einzelfall durch die Komplexleistung Frühförderung

Auszug aus dem eingesetzten Fragebogen:

5. Mit dem Umfang der Abstimmung zwischen den einzelnen Fachdisziplinen bin ich
 völlig überwiegend teilweise weniger gar nicht zufrieden.

6. Mit der Qualität der Abstimmung zwischen den einzelnen Fachdisziplinen bin ich
 völlig überwiegend teilweise weniger gar nicht zufrieden.

Mit dem Umfang und der Qualität interdisziplinärer Abstimmung ist etwas mehr als die Hälfte der Befragten überwiegend oder völlig zufrieden. Die übrigen Personen sind nur teilweise, weniger oder gar nicht zufrieden mit Ausmaß und Qualität der interdisziplinären Abstimmung.

Während die Therapeuten und Frühförderstellen mit dem Umfang interdisziplinärer Abstimmung im Mittel „teilweise“ bis „überwiegend zufrieden“ sind (Therapeuten: $\bar{x}=0,51$; FFS: $\bar{x}=0,50$), äußern die Ärzte eine kritischere Einschätzung, sie sind im Mittel nur teilweise zufrieden ($\bar{x}=0,21$).

Ähnlich verhält es sich bei der Zufriedenheit mit der Qualität interdisziplinärer Abstimmung. Hier äußern sich die Frühförderstellen im Mittel „überwiegend zufrieden“ ($\bar{x}=0,67$), ebenso die Therapeuten ($\bar{x}=0,63$), während die Ärzte im Mittel nur „teilweise zufrieden“ sind ($\bar{x}=0,28$).

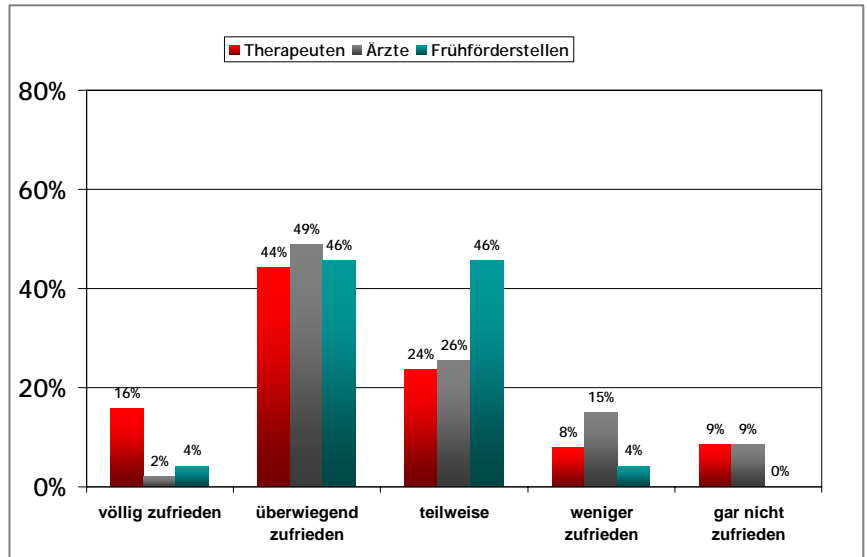


Abb. 14: Zufriedenheit mit dem Umfang interdisziplinärer Abstimmung

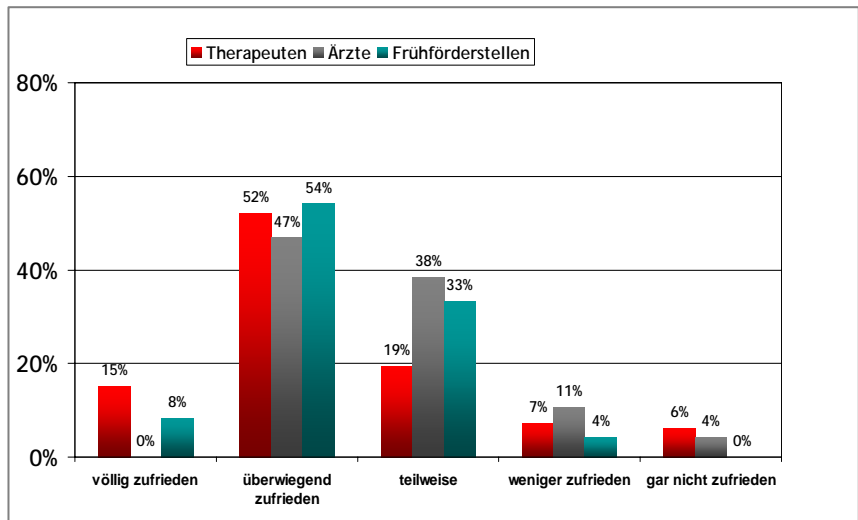


Abb. 15: Zufriedenheit mit der Qualität interdisziplinärer Abstimmung

Auf die offene Frage, was sich unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen besonders bewährt habe, geben die Befragten die folgenden Antworten:

Tab. 4: Nennungen, was sich zur interdisziplinären Abstimmung unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen bewährt hat

Inhalt	Häufigkeit
Interdisziplinäre Fallgespräche/runde Tische mit allen Helfern und unter Einbezug der Eltern	29 (39 %)
Nichts (die interdisziplinäre Zusammenarbeit habe sich nicht verbessert, nur die Bürokratie sei stärker geworden)	19 (21 %)
Höhere Verbindlichkeit/bessere Abstimmung durch Förder- und Behandlungsplan	8 (9 %)
Die Herausnahme aus dem Budget hat das Ordnungsverhalten der Ärzte positiv beeinflusst (Therapien in Verbindung mit Frühförderung werden früher und häufiger verordnet)	6 (7 %)
Interdisziplinäre Gespräche in Kindertageseinrichtungen durchführen, um Komplexleistung und Integrationsmaßnahmen zu verbinden	5 (6 %)
Persönliche Kontakte unter den zuständigen Helfern	5 (6 %)
Kurze Wege für zeitsparenden Austausch	4 (5 %)
Frühförderstelle als Koordinationsstelle	4 (5 %)
Austausch von Berichten unter den Fachdisziplinen	1 (1 %)
Sonstiges	8 (9 %)
SUMME	89 (100 %)

4.6 Verfahren zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung

In der Phase, in der der Bedarf einer Komplexleistung Frühförderung im Einzelfall geprüft und diese Hilfe ggf. eingeleitet werden soll, arbeiten die befragten Frühförderstellen nicht nur mit niedergelassenen Praxen von Kinderärzten und Therapeuten, sondern darüber hinaus auch in 65 % der Fälle mit Sozialpädiatrischen Zentren und/oder in 50 % der Fälle mit dem Gesundheitsamt zusammen (Abb. 16). Beide Stellen werden in der Regel aufgrund entsprechender Vorgaben des Kostenträgers (örtlicher Sozialhilfeträger) mit der Begutachtung der Fälle beauftragt. Dabei gibt es unterschiedliche Modelle, wie diese Stellen in der Eingangsphase beteiligt sind. In manchen Gebietskörperschaften erfolgt die Diagnostik ausschließlich über das Sozialpädiatrische Zentrum oder das Gesundheitsamt, sodass dem niedergelassenen Arzt nur die Aufgabe der Verordnung erforderlicher Heilmittel zukommt. In anderen Gebietskörperschaften sind der niedergelassene Kinderarzt und das Sozialpädiatrische Zentrum gleichermaßen an der Diagnostik beteiligt.

Nicht selten sind in der Einleitungsphase weitere medizinische Fachrichtungen im niedergelassenen System involviert, darunter Allgemeinmediziner und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Unter Sonstiges wurden ferner die Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=4), eine „eigene Konsiliarärztin“ sowie eine „Institutsambulanz“ vermerkt. 63 % der an der Befragung beteiligten Kinderärzte geben an, dass – sofern mehrere Fachärzte (z. B. Hausarzt, SPZ, Gesundheitsamt, HNO) beteiligt sind – eine Abstimmung über den Austausch

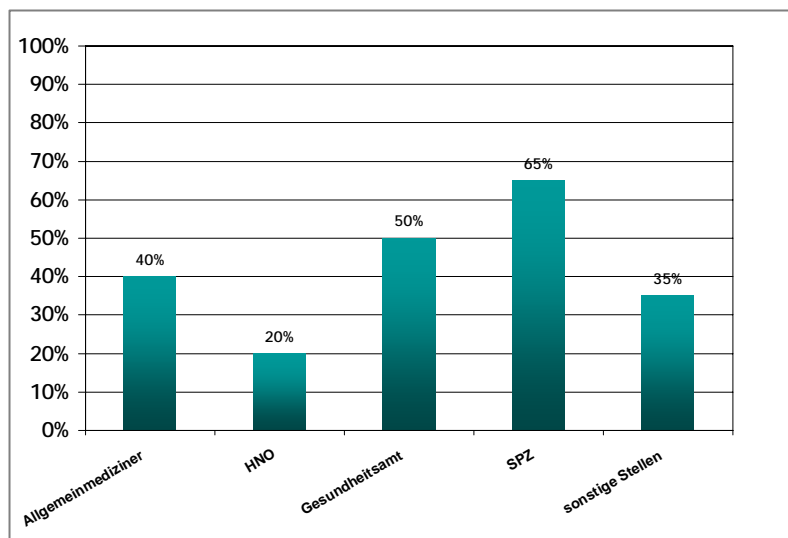


Abb. 16: Sonstige Kooperationspartner der Frühförderstellen in der Phase der Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung, Mfn. möglich

von Arztbriefen/Befunde und/oder Telefonate mit den beteiligten Kollegen erfolge. Die übrigen 37 % der befragten Ärzte geben an, dass keine Abstimmung unter den involvierten Kollegen erfolge und führten hierfür folgende Gründe an:

- Fehlende Kooperationsbereitschaft bei Kollegen
- Aufwand zu hoch
- Keiner fühlt sich verantwortlich
- Es wird keine Notwendigkeit gesehen
- Zeitliche Verzögerung aufgrund einer weiteren zwischengeschalteten Stelle (SPZ), verhindern eine Abstimmung

Die Zwischenergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen, dass Gesundheitsämter bzw. Sozialpädiatrische Zentren in der Einleitungsphase einer Komplexleistung Frühförderung maßgeblich beteiligt sind und aufgrund der Vielfalt an Beteiligten des medizinischen Systems eine Abstimmung innerhalb des medizinischen Systems gleichermaßen erforderlich wie schwierig ist.

Wie sich die Beteiligung von Sozialpädiatrischen Zentren und Gesundheitsämtern sowie die Abstimmung innerhalb des medizinischen Systems konkret vor Ort gestaltet und ggf. auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in dieser entscheidenden Phase auswirkt, könnte im zweiten Teil der Untersuchung vertiefend bearbeitet werden.

Basierend auf einem interdisziplinären Grundverständnis gibt es fachliche Vorstellungen und Empfehlungen zu einem „idealtypischen“ Vorgehen¹⁰ in der Phase der Einleitung einer Komplexleistung. Angepasst an die Situation in Hessen, sähe ein idealtypisches Vorgehen wie folgt aus:

1. Zugang über offenes Beratungsangebot der Frühförderung oder den niedergelassenen Arzt (Erstgespräch mit Eltern)
2. Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik unter Einbezug aller erforderlichen Fachdisziplinen
3. Interdisziplinäres Fallgespräch (telefonisch oder face-to-face) mit dem Ziel einer gemeinsamen Einschätzung des Entwicklungsstands u. Hilfebedarfs
4. Einbeziehung der Erziehungsberechtigten
5. Entscheidung, ob Komplexleistung oder andere Maßnahme
6. Erstellung des Förder- und Behandlungsplans (FuB) und Beantragung einer Komplexleistung Frühförderung
7. Nach Bewilligung: Beginn der Förder- und Behandlungsprozesse

Das Vorgehen weicht in der Praxis bezüglich Reihenfolge, Beteiligung der genannten Personengruppen und Ausmaß interdisziplinärer Abstimmung häufig von dieser Schilderung ab. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass gesetzliche Grundlagen u. Rahmenvereinbarungen der beteiligten Systeme mit einem solchen Vorgehen nicht oder nur schwer vereinbar sind.

Im Fragebogen wurde dieses „idealtypische“ Vorgehen skizziert um die Adressaten möglichst konkret zu ihren praktischen Erfahrungen in dieser entscheidenden Phase zu befragen.

38 % der Therapeuten, 42 % der Ärzte und 48 % der interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen geben an, dass sie gravierende Abweichungen von dem geschilderten Vorgehen beobachten. Eine der häufigsten Abweichungen besteht nach Auskunft von mehr als der Hälfte dieser befragten Zielgruppen

darin, dass ein interdisziplinärer Austausch *vor* Förderbeginn in der Regel nicht möglich ist. Vor dem Hintergrund, dass eine Finanzierung der Beteiligung von Therapeuten in dieser Eingangsphase nicht existiert, erstaunt es kaum, dass über 63 % der befragten Therapeuten und 58 % der interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen angeben, dass eine interdisziplinäre Ab-

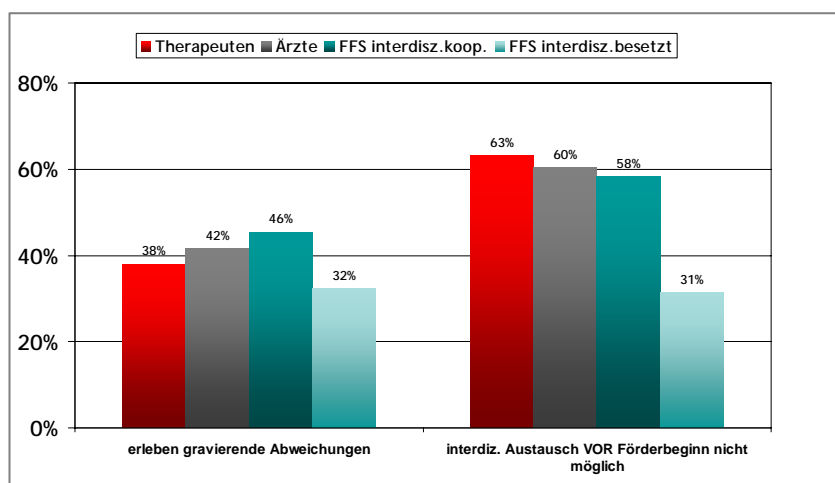


Abb. 17: Abweichungen von einem idealtypischen Vorgehen in der Einleitungsphase der Komplexleistung Frühförderung

¹⁰ VIFF: Empfehlungen zur Diagnostik im Rahmen Komplexleistung in interdisziplinären Frühförderstellen

stimmung vor Förderbeginn in der Regel nicht gelingt. Es stellt sich eher die Frage, *wie* es in einem Teil der interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen gelingt.

In der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Frühförderstellen kann das Scheitern einer interdisziplinären Abstimmung vor Förderbeginn nicht hinreichend mit Finanzierungsproblemen erklärt werden. Hier können als mögliche Ursachen insgesamt knappe zeitliche Ressourcen dieser Berufsgruppe und Schwierigkeiten bei der Abstimmung innerhalb des medizinischen Systems (sofern mehrere Fachärzte und Institutionen beteiligt sind) vermutet werden.

Die interdisziplinär besetzten Frühförderstellen erleben hingegen weniger gravierende Abweichungen von dem geschilderten „idealtypischen“ Vorgehen (32 %). In dieser Gruppe geben auch lediglich 31 % an, dass eine interdisziplinäre Abstimmung *vor* Förderbeginn nicht möglich sei. Es stellt sich daher die Frage, *wie* in diesen Frühförderstellen der interdisziplinäre Austausch *vor* Behandlungsbeginn organisiert ist bzw. was die entscheidenden Unterschiede zum kooperierenden System sind. Die Bedingungen sollten daher in dem geplanten zweiten Teil der Befragung untersucht werden.

Darüber hinaus machten die Befragten folgende freie Anmerkungen zu den Abweichungen, die sie in der Praxis beobachten:

1. Anmerkungen zur interdisziplinären Beteiligung:

- Es findet kein fachlicher Austausch statt (n=13)
- *Vor* der Fördermaßnahme sind nur Ärzte einbezogen, Therapeuten werden in den Prozess erst ab Schritt 6 einbezogen (n=4)
- Ärzte nehmen selten an „Runden Tischen“/Fallbesprechungen teil. Der Austausch mit Ärzten sei wegen ihrer knappen zeitlichen Ressourcen schwierig (n=6)

2. Anmerkungen zur zeitliche Abfolge:

- Therapie beginnt i. d. R. bevor ein Termin mit der Frühförderung möglich ist (n=7)
- Therapien werden begonnen bevor Komplexleistung bewilligt ist (n=4)
- Keine oder stark verspätete Verordnung von Therapien durch den Arzt (n=5)
- Therapeuten erfahren erst spät, dass das Kind in der Frühförderung betreut wird (n=1)
- Freischaltung der Sonder-IK-Nummer dauert über ein Jahr (n=1)

4.7 Leistungen und zeitlicher Aufwand der Beteiligten im Rahmen des Verfahrens zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung

Die befragten Zielgruppen (Therapeuten, Ärzte und Frühförderstellen) wurden in einer offenen Frage gebeten, ihre Leistungen im Rahmen der Förder- u. Behandlungsplanung einzeln aufzulisten und soweit möglich jeweils zu quantifizieren, wie viel Zeit sie in der Regel pro Kind darauf verwenden.

Aus den freien Angaben ließen sich die folgenden Leistungskategorien bilden:

- Diagnostik / Anamnese / Befunderhebung
- Gespräche mit Eltern
- Maßnahmen zum interdisziplinären Austausch
- Formen von Dokumentation (Berichte, Bearbeitung des Förder- und Behandlungsplans etc.)
- Fahrtzeiten
- Administration

Hinsichtlich der Zeitschätzungen, die die Befragten machten, ist die Datenqualität als gering zu bewerten. Extremwerte lassen vermuten, dass teilweise nicht, wie im Fragebogen gefordert, eine Angabe im Mittel pro Kind gemacht wurde, sondern der zeitliche Aufwand über alle Fälle geschätzt wurde. Hinzu kommen unvollständige Angaben und sehr heterogene Bezeichnungen der Leistungen, sodass eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien in vielen Fällen nicht möglich ist.

Eine präzise Einschätzung des Zeitaufwandes ist daher auf der Basis der vorliegenden Zwischenergebnisse noch nicht möglich. Es ist erforderlich, auf der Basis der vorliegenden Angaben die Leistungskategorien in der Einleitungsphase der Komplexleistung Frühförderung präziser zu beschreiben. Auf dieser verbesserten Grundlage wären dann zuverlässigere Zeitschätzungen durch die befragten Zielgruppen möglich.

4.8 Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans

Auszug aus dem eingesetzten Fragebogen:

Die jährliche Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans erfolgt

- im Rahmen eines interdisziplinären Gesprächs am runden Tisch in ca. _____ % der Fälle
- im Rahmen eines Telefongesprächs in ca. _____ % der Fälle
- indem der Förder- und Behandlungsplan per Mail/Fax/postalisch von den beteiligten Fachdisziplinen nacheinander bearbeitet wird in ca. _____ % der Fälle.
- indem _____

Nach Auskunft der niedergelassenen Therapeuten findet zur Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans bei 75 % der Kinder ein interdisziplinäres Fallgespräch am runden Tisch statt (Abb. 18). In einem Drittel der Fälle erfolgt die Fortschreibung ohne ein persönliches Gespräch. Stattdessen erfolgt eine telefonische und/oder schriftliche Abstimmung. Dabei wird der telefonische Kontakt in 36 % der Fälle gesucht und der Kommunikationsweg über Mail, Fax oder Post in 44 % der Fälle genutzt, um den Förder- und Behandlungsplan jährlich anzupassen.

Die niedergelassenen Ärzte geben hingegen an, dass interdisziplinäre Fallgespräche nur in 35 % der Fälle stattfinden und stattdessen bei dem Großteil der Kinder (63 %) zur Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans der schriftliche Weg (Mail/Fax/Post) und/oder der telefonische Austausch (34 %) gewählt werden.

Diese Unterschiede zwischen Therapeuten und Ärzten ergeben in Verbindung mit weiter oben geschilderten Ergebnissen ein stimmiges Bild: Es wurde von Kooperationspartnern angemerkt, dass Ärzte an interdisziplinären Gesprächen selten teilnehmen. Auch die Angaben der Ärzte zu den von ihnen erbrachten Leistungen und darauf verwendete Zeiten machen deutlich, dass sie stärker

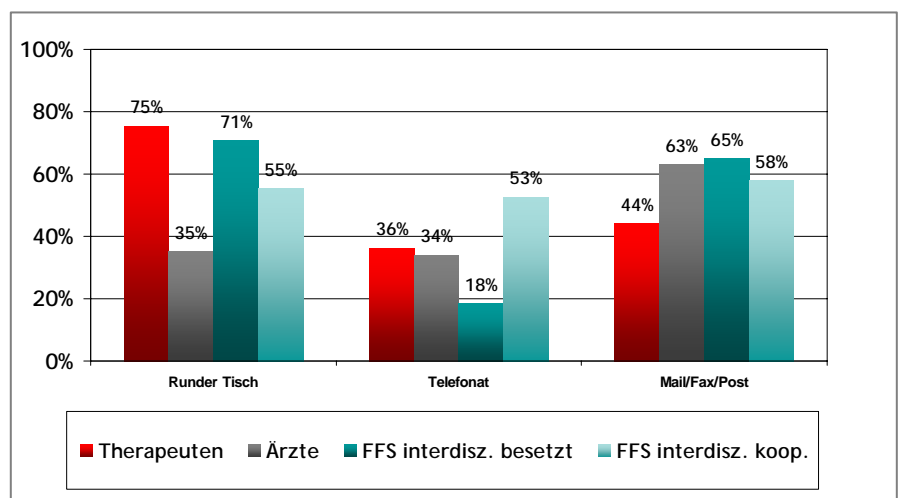


Abb. 18: Anteil der Kinder bei denen die Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans über o. g. Kommunikationswege erfolgt, Mfn. möglich

als die Therapeuten bemüht sind, den interdisziplinären Austausch möglichst zeitsparend zu organisieren. Sie sind gleichzeitig mit dem Ausmaß und der Qualität des interdisziplinären Austauschs unzufriedener als die anderen befragten Berufsgruppen.

Interdisziplinär besetzte Frühförderstellen berichten von Fallgesprächen in ca. 71 % der Fälle. In interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen gelingt es bei etwas mehr als der Hälfte der Kinder (55 %) ein interdisziplinäres Gespräch am runden Tisch zu organisieren. Interdisziplinär kooperierende Frühförderstellen wählen fast ebenso häufig (bei 53 % der Kinder) den tele-

fonischen Weg, um die Förder- und Behandlungsplanung mit den anderen Fachdisziplinen abzustimmen. Der schriftliche Kommunikationsweg (Mail/Fax/Post) ist für die Frühförderstellen, ob interdisziplinär besetzt oder kooperierend, ebenso wichtig wie für die Ärzte. Er wird ergänzend oder das Gespräch ersetzend in mehr als der Hälfte der Fälle genutzt.

79 % der Frühförderstellen geben an, dass auch häufiger als im vorgeschriebenen jährlichen Abstand interdisziplinäre Fallgespräche stattfinden, um bei Bedarf die Förder- und Behandlungsplanung anzupassen. Als Anlässe werden allgemein gravierende Änderungen (n=6), Therapeutenwechsel (n=4) und zusätzlicher Förderbedarf (n=2) genannt. Es wird aber auch angemerkt (n=1), dass zwar eine Abstimmung, aber aufgrund des Aufwands keine Anpassung des Förder- und Behandlungsplans erfolge. 21 % der Frühförderstellen geben an, dass auch bei zusätzlichem Bedarf Fallgespräche nicht häufiger als einmal jährlich stattfinden. Als Begründung führen sie mangelnde Ressourcen (n=1) und Mängel in der Informationsweitergabe („Arzt informiert bei Änderungen nicht zeitnah“) an (n=1).

5 Fazit

5.1 Grundsatz

Die Fokussierung der vorliegenden Untersuchung auf das niedergelassene medizinisch-therapeutische System konnte wie geplant realisiert werden. 236 Praxen haben sich an der Befragung beteiligt. Damit wurde die angestrebte Stichprobe übertroffen. Niedergelassene Kinderärzte und Therapeuten haben die Befragung mit Interesse aufgenommen und genutzt, um ihre Einschätzung zur Komplexleistung Frühförderung zu äußern. Das Ausmaß, in dem die hessischen Frühförderstellen an der Befragung teilnahmen, ist sehr gut (55,8 %). Insgesamt konnten alle Zielgruppen der Untersuchung gut erreicht werden, sodass die Zwischenergebnisse das interdisziplinäre Spektrum in der Komplexleistung Frühförderung gut abbilden.

5.2 Information

Die Voraussetzung eines für alle Beteiligten gleichen **Informationsstandes** ist aus Sicht der Befragten noch nicht in ausreichendem Maße gegeben, obgleich sich die beteiligten Stellen auf übergeordneter Ebene, die Frühförderstellen sowie die Berufs- und Fachverbände in den vergangenen Jahren hierfür in erheblichem Maße einsetzten. Es ist daher unter Beteiligung aller Informationsgeber zu klären, wie mit dem nach wie vor bestehenden Informationsbedarf des niedergelassenen Systems zukünftig umgegangen werden soll. In diesem Zusammenhang sind Verbesserungsvorschläge der Befragten (beispielsweise die Erstellung/regelmäßige Nutzung eines Gesamtverteilers aller kooperierender Praxen oder die Entwicklung einer Broschüre, die alle wesentlichen Informationen zur Komplexleistung Frühförderung enthält) gemeinsam zu bewerten.

5.3 Kooperationsvertrag

Die vorliegenden Zwischenergebnisse sprechen dafür, dass das **Instrument des Kooperationsvertrages** stark genutzt wird und zeigen damit an, dass eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung abgestimmter Hilfen aus einer Hand auch in der Fläche verwirklicht werden konnte. Die Nutzung und das Zustandekommen von Kooperationsverträgen vollzieht sich regional jedoch durchaus unterschiedlich. Die Spannweite rund um die mittlere Anzahl von Kooperationsverträgen pro Frühförderstelle ($\bar{x}=35,6$) erstreckt sich von 6 bis 149 Verträgen. Die Hintergründe hierfür sollten näher untersucht werden. In diesem Zusammenhang stellen sich beispielsweise die folgenden Fragen:

- Wer initiiert die Kooperation?
- Welche Entscheidungskriterien sind „kooperationsauslösend“?
- Welche Entscheidungsmerkmale wirken sich hemmend auf die Kooperation aus?

In Bezug auf die 23 % therapeutischer Praxen, die angeben, keinen Kooperationsvertrag zu haben, obwohl sie durchschnittlich 7 Kinder pro Jahr im Rahmen der Komplexleistung betreuen, geben die Antworten der Befragten keine Hinweise auf systembedingte Hinderungsgründe. Es erscheint daher erforderlich auf die Notwendigkeit von Kooperationsverträgen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung erneut und in aller Deutlichkeit hinzuweisen.

5.4 Interdisziplinäre Abstimmung

Die interdisziplinäre Abstimmung gestaltet sich insbesondere im Rahmen des **Verfahrens zur Einleitung einer Komplexleistung Frühförderung** als schwierig: 63 % der befragten Therapeuten, 60 % der Ärzte und 58 % der interdisziplinär kooperierenden Frühförderstellen geben an, dass eine interdisziplinäre Abstimmung *vor* Förderbeginn in der Regel nicht möglich ist. Interdisziplinär besetzten Frühförderstellen gelingt eine frühzeitige interdisziplinäre Abstimmung zwar leichter (in 69 % der Fälle), aber auch hier sind Chronologie und interdisziplinäre Beteiligung in der Einleitungsphase nicht problemlos zu realisieren.

Die **interdisziplinäre Abstimmung** schätzen alle befragten Berufsgruppen, nicht nur in der Einleitungsphase, sondern auch im weiteren Verlauf der Komplexleistung Frühförderung, als tendenziell gegeben, aber verbesserungsbedürftig ein: Alle befragten Berufsgruppen stimmen der Aussage, dass eine fallbezogene Abstimmung der Förder- und Behandlungsziele erfolgt, „teilweise“ bis „überwiegend“ zu (Therapeuten: $\bar{x}=0,77$; Ärzte: $\bar{x}=0,26$; FFS: $\bar{x}=0,92$). In etwas stärkerem Maße erleben sie, dass die betreffenden Kinder eine umfassende und abgestimmte Förderung erhalten (Therapeuten $\bar{x}=0,81$; Ärzte: $\bar{x}=0,72$; FFS: $\bar{x}=0,96$). Während die Therapeuten und Frühförderstellen mit dem Umfang und der Qualität interdisziplinärer Abstimmung im Mittel „teilweise“ bis „überwiegend“ zufrieden sind (Therapeuten: $\bar{x}=0,51$ bzw. $\bar{x}=0,63$; FFS: $\bar{x}=0,50$ bzw. $\bar{x}=0,67$), fällt die Zufriedenheit der Ärzte etwas geringer aus ($\bar{x}=0,21$ bzw. $\bar{x}=0,28$).

Die Zwischenergebnisse geben erste Hinweise, dass die einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit von den strukturellen Rahmenbedingungen ihres jeweils eigenen Systems unterschiedliche Wege zur interdisziplinären Abstimmung wählen:

- Kinderärzte wählen unter den strukturellen Rahmenbedingungen ihres Systems zur interdisziplinären Abstimmung primär den *schriftlichen* Weg (Weiterleitung von Befunden, Arztbriefe, Bearbeitung des Förder- und Behandlungsplans und Weiterleitung per Fax, Mail oder Post).
- Niedergelassene Therapeuten suchen hingegen primär den *persönlichen* interdisziplinären Austausch, obgleich sie diese Leistungen in der Einleitungsphase nicht abrechnen können.
- Für die Frühförderstellen bestätigen die vorliegenden Zwischenergebnisse, dass sie ihre Koordinationsfunktion in vielfältiger Weise wahrnehmen und dies zum Teil erheblich Ressourcen bindet.

5.5 Ausblick

Eine der zentralen Aspekte im Zusammenhang mit der Umsetzung der Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in Hessen manifestiert sich in der Frage, wie eine abgestimmte Komplexleistung im Rahmen des gegliederten (Leistungs-)systems der Bundesrepublik Deutschland gelingen kann. Seit Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) im Jahr 2001 und damit beinahe seit einer Dekade befassen sich Fachpersonen auf allen Ebenen in Hessen sowie den übrigen Bundesländern mit dieser Fragestellung.

In Hessen erfolgt die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung und der zu Grunde liegenden Frühförderungsverordnung durch entsprechende Vereinbarungen sowie ausführende Verfahren und Instrumente. Die vorliegenden Zwischenergebnisse belegen, dass zwei Jahre nach Einführung des Verfahrens zum 1. Januar 2008 die Instrumente weit überwiegend genutzt und angewandt werden. Sie deuten aber auch auf Schwachstellen und Lösungspotentiale hin, die weiter untersucht und diskutiert werden müssen.

Eine der Grundüberlegungen zur Durchführung der vorliegenden Untersuchung bestand in der Annahme, dass die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in Hessen zwar einen geeigneten, gemeinsamen fachlich-organisatorischen Rahmen mit entsprechenden Gestaltungsräumen bietet, darüber hinaus jedoch weiterhin strukturelle, rechtliche und organisatorische Faktoren vorhanden sind, die die Möglichkeiten der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung beeinflussen.

Darüber hinaus waren aber auch bereits vor der Untersuchung regionale Unterschiede in der praktischen Umsetzung in Hessen erkennbar.

Die vorliegenden Zwischenergebnisse haben die gestellten Prognosen in vielen Teilen eindrücklich bestätigt. Einerseits ist in Hessen eine weitgehende Akzeptanz gegenüber dem Verfahren sichtbar, andererseits zeigen sich regional z. T. erhebliche Unterschiede in der praktischen Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung. Diese können einerseits durch unterschiedliche regionale Bedingungen und/oder unterschiedliche Strategien der Beteiligten begründet, andererseits jedoch auch dem Leistungssystem selbst geschuldet sein.

Besonders offensichtlich wird dies aus den Ergebnissen zur Möglichkeit der interdisziplinären Abstimmung vor Förderbeginn des Kindes. Hier existiert eine von regionalen oder individuellen Faktoren offenbar unabhängige durchgängige Schwierigkeit bei der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in dieser so wichtigen Phase.

Auch im Bereich der Kooperation der Prozessbeteiligten ergeben sich Fragen, die offensichtlich mit den jeweiligen Bestimmungen des gegliederten Systems zusammenhängen. Hier ist exemplarisch das Spannungsfeld zwischen freier Arzt- und Therapeutenwahl in der Wechselwirkung mit einer fachlich qualifizierten interdisziplinären Abstimmung mit den Frühförderstellen zu nennen.

Darüber hinaus stellen sich grundsätzliche Fragen zur Kompatibilität einzelner Bestimmungen aus den jeweiligen rechtlichen Kontexten. Beispielhaft sind hier die Fristen sowie Frequenzen im Rahmen ärztlicher Verordnungen auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien in der Wechselwirkung mit den Fristen zur Erstellung und Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans gemäß § 7 der Frühförderungsverordnung zu nennen.

In Hessen haben sich darüber hinaus praxisgemäße Lösungen im Rahmen der rechtlich-strukturellen Möglichkeiten ergeben, die ebenfalls einer vertieften Betrachtung unterzogen werden können. Im Einzelnen haben sich durch die Erkenntnisse der vorliegenden Studie weitere Fragen ergeben, die in Hessen erörtert und untersucht werden können, insbesondere diese:

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 seiner Teile?
3. Wie wirken sich (leistungs-)rechtliche Bestimmungen der jeweiligen sozialgesetzlichen Bestimmungen auf die Anbahnung und interdisziplinäre Abstimmung der Komplexleistung Frühförderung aus?

Die vorliegende Untersuchung hat wertvolle Erkenntnisse und Informationen über das System der Frühförderung in Hessen ergeben, aber auch diverse Hinweise auf noch offene Fragen.

Sie erhebt nicht den Anspruch sämtliche Aspekte des umfassenden und komplexen (Leistungs-) Geschehens in der Frühförderung in Hessen zu erfassen. Auch und gerade deshalb sollte eine weiterführende Untersuchung auf der Grundlage einer direkten Erörterung mit allen Prozessbeteiligten in Hessen und auch aus anderen Bundesländern erfolgen, so wie dies auch seit vielen Jahren in Hessen gelebte Praxis ist.