



INTERNATIONALE
LÄNDERVEREINIGUNG
FÜR INTERDISZIPLINÄRE
FRÜHFÖRDERUNG e.V.
VIFFiL Südwest
Hessen,
Luxemburg,
Ostbelgien
Rheinland-Pfalz
Saarland

VIFFiL – Internationale Ländervereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.

Im Saarland: Petersbergstraße 55, 66119 Saarbrücken

Stellungnahme zum Gutachten des „Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik“ (ISG) zur Evaluation der Frühförderstrukturen im Saarland vom 31. Juli 2019

Ausgangslage

Begleitend zu den gesetzlich vorgesehenen Neuverhandlungen einer Landesrahmenvereinbarung Frühförderung im Zuge der Modifizierung der Frühförderungsverordnung (FrühV) als Bestandteil des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (MSGFF) o.g. Studienauftrag gegeben. Die Studie wurde am 27.08.2019 „einem ausgewählten Publikum aus Vertretungen der Kostenträger und Leistungserbringer“ vorgestellt. Eine Bitte der IL VIFF-Südwest, zu dieser Vorstellung eingeladen zu werden, wurde von Seiten des Ministeriums mit Schreiben vom 27.08.2019 abgelehnt. Dankenswerterweise wurde einer weiteren Bitte, die Studie zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt zu bekommen, entsprochen. Der Vorstand der IL VIFF-Südwest hat mich daraufhin gebeten, die Inhalte der Studie und die darin zum Ausdruck gebrachten Haltungen des Landessozialamtes zu kommentieren. Die entsprechende Stellungnahme wurde mit dem Vorstand abgestimmt. Wir lassen sie Ihnen hiermit zukommen.

Dabei weist die IL VIFF- Südwest daraufhin, dass sie keinerlei materielle oder sonstige Interessen vertritt. Sie ist ein Zusammenschluss von Fachpersonen der Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel, beratend für die Frühförderung zu einer hohen Fachlichkeit beizutragen. Die VIFF ist keine Interessensvertretung der Frühfördereinrichtungen. Sie hat sich in den fast 40 Jahren ihres Bestehens bundesweit einen hohen fachlichen Ruf erworben und wird sowohl auf Länder- als auch auf Bundesebene in zahlreiche Gremien beratend einbezogen. Für die Erstellung der nachfolgenden Stellungnahme wurden keinerlei Gelder gezahlt, die die Neutralität des Fachverbandes oder des Autors beeinflussen könnten.

Ausrichtung und Intention der Studie

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Gutachten in weiten Teilen die Haltung des Auftraggebers widerspiegelt (s.u.). Dabei ist die Intention erkennbar, den Boden für Umstrukturierungen vorzubereiten, die aus wissenschaftlicher Sicht bewährte Ansätze einer guten Früherkennung gefährden. Im Interesse von modernen Antworten auf hohe gesellschaftliche Herausforderungen, die die bundesweit gravierenden Steigerungen von kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten in den letzten Jahrzehnten zweifelsohne darstellen, erscheinen die hierin durch den Auftraggeber gesetzten Akzente als ein Rückschritt in längst überholt geglaubte Zuständigkeitskämpfe und für die Familien belastende und stigmatisierende Kontrollstrukturen, die einer notwendigen Verbesserung der Früherkennung und präventiver Angebote diametral entgegenstehen.

Gleichwohl liefert das Gutachten eine umfangreiche Erhebung mit zahlreichen interessanten Details und einem für die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit (insgesamt nur 5 Monate) umfangreichen Fragespektrum (S. 10f). Auffallend bei diesem Fragespektrum ist allerdings, dass zur „Perspektive des Leistungsträgers“ offenbar ausschließlich finanziell-strukturelle Interessen gezählt werden. Ein Anspruch der öffentlichen Hand, seine Bevölkerung mit einem qualitativ hochwertigen Angebot zu versorgen, findet sich hier nicht. Dem entspricht auch, dass der Fragebogen an den überörtlichen Sozialhilfeträger sich neben Finanzdaten, Fallzahlen und dem Zugang ausschließlich auf die „Merkmale der Frühförderkinder“ als „Leistungsformen, Altersjahren und Behinderungsform“ konzentriert (S. 13). Die Tatsache, dass das Umfeld der Kinder mit möglichen Risikofaktoren und damit die Perspektive der Eltern einschließlich ihrer sozialen Lage keinerlei Berücksichtigung findet, fördert den Verdacht, dass das Verständnis des Auftraggebers noch an einem einseitig störungsorientierten Denken - und damit an einem überholten Bild von Frühförderung - festhält. Dies gilt auch für den Fragebogen an die Frühförderstellen, bei dem zwar „Elternarbeit“ aufgenommen ist, dieser Teil jedoch keinerlei Aufschlüsse über mögliche Risikofaktoren für die Kinder beinhaltet. Elternarbeit scheint sich auf die Einbeziehung der Eltern in isolierte Förderprozesse und die „Anleitung“ zu eigenem Förder-Verhalten zu beschränken. Dabei ist spätestens seit Montessori für die Pädagogik offensichtlich, dass vor allem eine „vorbereitete Umgebung“, in der die Kinder selbst explorieren können, Entwicklungen beschleunigt. Entsprechend muss primäres Anliegen einer Elternarbeit sein, einer Überforderungssituation von Eltern im Alltag entgegenzuwirken. Ganzheitliche Frühförderung kann sich aus fachlicher Sicht eben nicht nur auf isolierte Förderprozesse beschränken. Insofern ist die Forderung des Landesrechnungshofes nach einer verbesserten Elternarbeit (s. u.) sehr zu begrüßen. Die Frühförderstellen haben diesem einseitigen Ansatz der Studie offenbar dadurch Rechnung getragen, dass sie zu diesem Fragenkomplex einheitlich abgestimmte Antworten abgegeben haben. Dies ist aus wissenschaftlicher Sicht bedauerlich, weil dadurch eine mögliche Vielfalt der saarländischen Frühförderung nicht dargestellt wird.

Ebenso bedauerlich ist aus wissenschaftlicher Sicht, dass die ergänzenden Untersuchungen, die der Kontrolle der Diagnostik durch die Frühförderstellen dienen sollten, nur eingeschränkt durchgeführt werden konnten. Denn hier haben die Autoren der Studie – anders als im Fragebogen an die Frühförderstellen - ausdrücklich „Familiäre Risikofaktoren“ aufgenommen (S. 15f), die für ein modernes Verständnis von Frühförderung unverzichtbar sind. Die weiteren Ausführungen der Studie

zeigen jedoch, dass dies offenbar deswegen hier (und nur hier) eingesetzt wurde, um bei den „Doppeldiagnostiken“ unter den „Merkmale der Kinder“ gezielt nach Hinweisen zu suchen, wonach „bei den Kindern gegebenenfalls andere Leistungen als Frühförderleistungen passender wären“ (S. 14). Es liegt die Vermutung nahe, dass diese Zuordnungsmatrix offenbar nur dazu benutzt werden soll, die finanzielle Zuständigkeit von der Eingliederungshilfe zur Jugendhilfe zu verschieben. Da im Saarland eine strikte Trennung zwischen Leistungen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe auch im Bereich der Frühförderung beachtet werden soll (obwohl dies aus fachlicher Sicht bei Kleinkindern vielfach noch nicht zugeordnet werden kann ist, weswegen die meisten Bundesländer eine solche Differenzierung für die Frühförderung ablehnen), müssen die Frühförderstellen damit befürchten, dass ihr System mit Verweis auf ein notwendiges Verschieben von Familien zu neu aufzubauenden Institutionen im Rahmen der Jugendhilfe abgebaut werden soll.

Demnach wäre aus Sicht des saarländischen Sozialministeriums eine wesentliche Funktion der Studie, Argumente für eine Kostenreduzierung im Bereich der Früherkennung dadurch zu liefern, dass die grundsätzliche Zuständigkeit für die betreuten Kinder infrage gestellt wird. Entsprechend zielt die Fragestellung darauf, ob und wie die Zugänge zu einem offenen Beratungsangebot und einer interdisziplinären Diagnostik erschwert werden können (s.u.). Dabei ist wissenschaftlich unbestritten, dass präventive Interventionen spätere gesellschaftliche Folgekosten (in diesem Fall vor allem im Bereich der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens) vermeiden. Wenn die Haltung des Sozialministeriums primär darauf bedacht sein sollte, Kosten für das eigene Haus kurzfristig zu reduzieren, fügt sich dies ein in eine bundesweit einmalige seit Jahren andauernde Auseinandersetzung zwischen der kommunalen Jugendhilfe und dem Landessozialamt im Saarland (LAS), die im Zuge einer Anhörung der Liga im saarländischen Landtag am 27.09.2018 von beiden Seiten bestätigt wurde. Demnach wird bei der Genehmigung von Antragsverfahren beim Regionalverband Saarbrücken bei 5-10% der vom Jugendamt an das Landessozialamt weitergeleiteten „Fälle“ die Finanzierung „wegen fehlender Zuständigkeit“ abgelehnt. Nach Aussage des Regionalverbandes seien trotz des unbestritten bestehenden Hilfebedarfs für die Kinder 20 Klagefälle der öffentlichen Gebietskörperschaften gegeneinander vor Gericht anhängig mit einer Prozessdauer von 4-6 Jahren. „Dies binde auf allen Seiten hohe juristische Kapazitäten“ (Prognos 2014, 135).

Offensichtlich überwiegt bei den saarländischen Rehabilitationsträgern der öffentlichen Hand die Mentalität einer konfrontativen Auseinandersetzung gegeneinander statt eines kooperativen Aufbaus gemeinsamer Konzepte und Strukturen, bei denen die Interdisziplinäre Frühförderung als eine der vier Grundsäulen der Frühen Hilfen (vgl. Nationales Zentrums Frühe Hilfen, 2014) eine tragende Rolle einnehmen sollte. Dabei liefert das Konzept des letzten Jahrzehnts für die saarländische Frühförderung eine kooperative Grundstruktur: Neben dem LSA werden auch der Rehaträger Krankenversicherung und die Jugendhilfe zu den interdisziplinären Absprachen des Fachausschusses eingeladen (S. 21). Es erscheint im beschriebenen Kontext politisch motiviert, dass der Auftraggeber der Studie die Nichtumsetzung solcher Kooperationskonzepte nicht kritisch durch die Studie hinterfragen lässt.

Problematisch erscheint dabei zudem, dass die Autoren der Studie an manchen Stellen dazu neigen, die Sichtweisen und Vorgaben der Auftraggeber nicht nur in indirekter Rede aufzuführen, sondern deren Sichtweisen unhinterfragt zu übernehmen: Wenn ausgeführt wird: „Die Ausgangslage zeigt, dass die Reglementierung des Zugangs zu den Frühförderleistungen im Saarland derzeit sehr großzügig gestaltet ist und damit zu einem erheblichen finanziellen Aufwand für das Land führt. Die

Evaluation knüpft an diese Feststellung an ...“ (S. 9, in ähnlicher Form: S. 52, S. 71), so ist nicht mehr erkennbar, ob dies die subjektive Sicht des Auftraggebers oder eine Schlussfolgerung der wissenschaftlichen Evaluation ist. Aus Sicht der VIFF rechtfertigt die derzeitige Struktur der Frühförderung im Saarland allenfalls eine Formulierung, wonach sie „nur teilweise den gesetzlichen Standards und den aus fachlicher Sicht notwendigen Mindestbedingungen entspricht.“ Dies kann nicht „sehr großzügig“ sein.

Wenn im Rahmen einer Studie solch bewertende Ausführungen gemacht werden, wären auch Ausführungen darüber angebracht, welche Bemessungsgrundlage diesen Bewertungen zu Grunde liegt. Die Ausgestaltung der Standards der Frühförderung im Saarland im bundesweiten Vergleich rechtfertigt dies nicht: Wenn im Saarland bspw. für 81% der Tätigkeiten in der Frühförderung die Gehaltsgruppe E9 zu Grunde gelegt wird, befindet sich dies am unteren Ende der westdeutschen Ausgestaltung. Dabei trägt die Studie zu Missverständnissen bei, wenn bei der Darstellung des Personals in den Frühförderstellen bei 31% „Sonderpädagog/innen“ ausgeführt werden (Tab. 11, S. 48), aus den weiteren Erläuterungen jedoch hervorgeht (S. 48), dass es sich hierbei lediglich um „Erzieherinnen und Erzieher mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung“ handelt. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg wird ein Großteil der Frühförderung aus Landesmitteln über „Sonderpädagogische Beratungszentren“ gewährleistet, deren Fachpersonen tatsächlich ausgebildete Sonderpädagogen (mit einer universitären Ausbildung) sind und nach A14 bzw. A15 bezahlt werden. Auch in Hessen arbeiten im pädagogischen Bereich fast ausschließlich Fachkräfte mit Hochschulabschluss, die in der Regel (unterhalb von Leitungstätigkeiten) mit E11 eingruppiert werden. Hier den Eindruck zu erwecken, die saarländische Frühförderung sei im Vergleich zu anderen Bundesländern zu teuer und müsse stärker reglementiert werden, nur weil sie ein durchgängiges Früherkennungsproblem etwas reduzieren konnte, erscheint nur schwer verständlich.

Die Interessen des Leistungsträgers als Ausgangspunkt für die Positionierung der Studie werden auch durch andere wertende Aussagen offenbar, deren wissenschaftliche Fundierung nicht belegbar ist. Wenn die Studie beispielsweise mit Bezug zu NRW ausführt (S. 25): „Ein Vorteil gegenüber dem Saarland, in dem das Beratungsangebot den Frühförderstellen obliegt, zeichnet sich darin aus, dass die Fach- und die Finanzverantwortung durch die Clearingstellen gebündelt werden, da sie beim Leistungsträger und nicht beim Leistungserbringer angesiedelt sind“, unterstellt dies den Frühförderstellen eine mangelnde Fachlichkeit zugunsten eigener wirtschaftlicher Interessen. Der Gesetzgeber gibt eindeutig vor, dass das Beratungsangebot den Frühförderstellen zu obliegen habe (FrühV, § 6a). Dort, wo dies bislang systematisch untersucht wurde (z.B. bei den Früherkennungsteams in Niedersachsen, die mit Unterstützung von Landesmitteln seit 1989 eine interdisziplinäre Diagnostik innerhalb der Frühförderstellen anbieten, oder das offene Beratungsangebot in Thüringen, das bis 2004 aus Landesmitteln des Freistaates für die dortigen Frühförderstellen angeboten wurde), zeigt sich, dass die Frühförderstellen keineswegs sich selbst die Familien über die fachlich gebotenen Indikationen hinaus zuweisen. Aus Sicht der Familie wird das Hin und Her-Überweisen zwischen verschiedenen Institutionen den frühen vertrauensvollen Beziehungsaufbau zu einer zentralen helfenden Bezugsperson deutlich erschweren. Dies ist aber gerade bei Familien aus sozial benachteiligtem Milieu von zentraler Bedeutung. Daher erscheint die Bewertung der Studie, wonach solch institutionelle Brüche im Bereich der Diagnostik eine „Verbesserung“ darstellten, als einseitige Bewertung im vermeintlichen Sinne des Auftraggebers. Auch die Aussage (S. 25), wonach die externen Anlauf- und Diagnostikstellen in Westfalen „seitens der Frühförderstellen und Betroffenen weit akzeptiert“ seien, wird weder belegt, noch trägt sie der

Tatsache Rechnung, dass den Frühförderstellen und Betroffenen dieses Konzept von außen ohne Mitsprache aufgezwungen wurde. Und wenn „ein Landkreis“ dies als „Erfolgsgeschichte“ darstellt, spiegelt dies eine weitverbreitete Haltung bei den bundesdeutschen Leistungsträgern wider: Das eigene System wird dadurch aufgewertet, dass die Entscheidungs-Macht im eigenen System bleibt. Dies zeigt sich bei zahlreichen deutschen Trägern der Eingliederungshilfe an der vorzeitigen Neueinstellung zusätzlichen Personals in den Sozialämtern zur Umsetzung der im Bundesteilhabegesetz ausgeführten „Integrativen Teilhabeplanung“, da diese innerhalb der Ämter durchzuführen sei, ohne zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Frühförderung hierbei ausdrücklich ausnimmt (s.u.).

Als unmittelbarer Anlass für einen Veränderungsbedarf wird auf S. 7 ausgeführt, dass derzeit im Saarland etwa 7 % aller Kinder Leistungen der Frühförderung erhalten, dies sei im Ländervergleich eine „hohe Quote“ (vgl. Kapitel 5.1). Zudem seien innerhalb von 6 Jahren Kostensteigerungen von 41% zu verzeichnen.

Die Analyse der Fallzahlen und der entsprechenden Kostensteigerungen zeigt (S. 27ff), dass diese Steigerungen primär auf eine Umstellung der statistischen Berechnung zurückzuführen und entsprechende Schlussfolgerungen (durch den Landesrechnungshof) zu relativieren sind und sich entgegen der Grundannahme des LSA nicht außergewöhnlich entwickelt haben: „Bezüglich der Steigerung der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen im Saarland lässt sich festhalten, dass diese zwar mit 9 % Zunahme bei der ambulanten Frühförderung und 22 % Zunahme bei der Frühförderung Plus zwischen den Jahren 2013 und 2017 zunächst hoch erscheinen mag, im Vergleich zu anderen Bundesländern jedoch nicht über dem Normbereich liegt“ (S. 70). Gleiches gilt für die berechneten Fallkosten pro Kind, bei denen das Saarland im Mittelfeld liegt (S. 30) - wobei die ausgewiesenen Daten mit Bezug zur Sozialhilfestatistik angesichts der Komplexität der (mobil-ambulant) Frühförderung im Spannungsfeld zu der (wesentlich teureren) (heilpädagogischen) teilstationären Förderung der Kindertagesstätten sehr problematisch ist: Z.B. steht hier Baden-Württemberg an letzter Stelle, obwohl das Gesamtsystem der Frühförderung zu den aufwändigsten und teuersten gehört (die Fachpersonen sind zum großen Teil verbeamtet, den interdisziplinären Frühförderstellen wird jede pädagogische Fachperson aus Landesmitteln nochmals pauschal mit zusätzlich 10.000 € pro Vollzeitstelle für „weiterführende interdisziplinäre Aufgaben“ bezuschusst).

Es bleibt die für das Bundesgebiet errechnete Förderquote (2,0%), die der vermeintlich doppelt so hohen Quote im Saarland als Vergleichswert gegenüber gestellt wird (S.70). Daraus wird abgeleitet, es würden im Saarland zu viele Kinder bewilligt. Daher müssten die Zugangswege neu gestaltet werden. An zwei Beispielen soll dargestellt werden, warum dieser Vergleich unzulässig ist:

1. In Baden-Württemberg werden nur 0,3% der Kinder als durch die Frühförderung betreut ausgewiesen. Diese kommen jedoch nur deswegen zustande, weil ein Großteil der Frühförderung durch mehr als 300 „Sonderpädagogische Beratungszentren“ – parallel zu den nicht einmal in allen Landkreisen etablierten Interdisziplinären Frühförderstellen - abgedeckt wird. Diese sind in die Berechnung jedoch nicht aufgenommen worden und senken daher den Durchschnitt.
2. In Berlin ist die gesamte Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche pauschal der Jugendhilfe zugeordnet und kann deswegen in der Sozialhilfestatistik nicht erscheinen. Die ausgewiesenen 0,1% kommen nur durch 356 Familien aus Berlin zustande, die

Frühförderstellen im benachbarten Brandenburg aufsuchen. Alle anderen werden statistisch nicht erfasst.

Weitere Zahlen dürften durch nähere Untersuchungen im jeweiligen Bundesland schnell relativiert werden. Sie alle senken entsprechend gravierend die Durchschnittswerte auf Bundesebene und begründen nur vermeintlich die Argumentation des LAS – ohne saubere empirische Datengrundlage. Auch die Studie weist auf die Ungenauigkeit dieser Daten hin (S. 31).

Dennoch ist es erklärtes Ziel des Auftraggebers, dass zu dem „Fachausschuss als Instrument der Zugangssteuerung Alternativen entwickelt werden (sollen)“ (S. 10). Die VIFF hat in den letzten Jahren die saarländische Struktur bundesweit stets als gewinnbringendes Modell dargestellt. Dies betrifft zwei zentrale strukturelle Merkmale: Zum einen die jeweils separat finanzierten Phasen des Zugangs zur Frühförderung, die jeweils nach dem offenen Beratungsangebot, der interdisziplinären Eingangsdiagnostik und der interdisziplinären Erstellung des Förder- und Behandlungsplans hinterfragen, ob der nächste Schritt noch indiziert ist, gleichzeitig aber eine Kontinuität der Bezugsperson ermöglicht. Zum anderen die Struktur des Fachausschusses, der zwei wesentliche Funktionen zusammenführt. In Deutschland wird überwiegend in den Frühförderstellen von den Fachpersonen der gesetzlich vorgegebene Förder- und Behandlungsplan erstellt, der dann mit der doppelten Unterschrift (Pädagogik/Medizin) zur Genehmigung an den Rehabilitationsträger weitergeleitet wird. Das Modell des Fachausschusses im Saarland zieht die Beteiligung der Rehabilitationsträger in den Fachausschuss vor und trägt damit wesentlich zur Effektivierung des Verfahrens bei. Der Rehabilitationsträger erhält hierbei wesentlich fundiertere Informationen als bei einer späteren Entscheidung in der Verwaltung und besitzt auch im Fachausschuss ein Vetorecht. Dabei geht es der VIFF nicht um den Fachausschuss als solches. Aus fachlicher Sicht kann ein interdisziplinäres Team der Frühfördereinrichtung, das externe Fachpersonen (Ärzte, Therapeuten, Kita u.a.), die an den Hilfen für Kind und Familie beteiligt sind, fallbezogen einbezieht, den Ansprüchen der FrühV an einen Förder- und Behandlungsplan kompetenter gerecht werden und bewirkt gleichzeitig umfangreiche fachliche Qualifikationen bei den sich austauschenden Fachpersonen. Die Tatsache, dass sich im Fachausschuss fachlich fundierte Vertreter aus verschiedenen Disziplinen einschließlich der Leistungsträger auf ein gemeinsames Konzept einigen müssen, hatte sich jedoch in der Vergangenheit bewährt – bis seit 2018 offenbar fiskalisch motivierte umfangreiche Kürzungen (z.B. in Form einer politisch festgelegten Obergrenze von möglichen Fördereinheiten unabhängig von den individuell festgestellten Bedarfen - aus Sicht der VIFF rechtswidrig) vorgenommen werden. Es erscheint auch in der Zukunft notwendig, dass die interdisziplinäre Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes in der Frühförderstelle durch die Fachpersonen vorgenommen wird, die Kind und Familie kennen und zuvor einen ganzheitlichen Hilfebedarf diagnostizieren konnten. Entsprechend müssen sich die verschiedenen Berufsgruppen gemäß den Vorgaben der Frühförderungsverordnung (incl. der doppelten Unterschrift von Frühförderfachkraft und behandelndem Arzt) gemeinsam mit den Eltern verbindlich abstimmen. Hierzu erscheint es sinnvoll, bereits in diese frühzeitige Abstimmungsphase Fachvertreter der Leistungserbringer einzubinden. Aus Sicht von Eltern und Kind ist es jedoch ein hohes Gut im Sinne einer notwendigen Niedrigschwelligkeit, wenn die gesamten Abläufe der Frühförderung beginnend vom Erstkontakt über die Erstberatung, Diagnostik und Bedarfsermittlung von einer kontinuierlichen Bezugsperson koordiniert und begleitet werden. Ein Hin- und Her-Überweisen mit Verweis auf unterschiedliche Zuständigkeiten führt zu Brüchen einer vertrauensvollen Beziehung und damit zu

einem Verlust gerade der Klientel aus sozial benachteiligtem Milieu, deren Kinder erfahrungsgemäß nur schwer an weitere Hilfeangebote kommen.

Landesrahmenvereinbarung als vermeintliche Rechtsgrundlage

Mit Verweis auf den Landesrechnungshof zitiert die Studie (S. 6): „FrühV regelt in §11 den Zugang und die Inanspruchnahme der Komplexleistung in IFF“. Diese Darstellung suggeriert eine Gesetzeskraft für die zitierten Regelungen. Das Kürzel FrühV steht bundesweit für die Frühförderungsverordnung, die im Zusammenhang mit §32 SGB IX (alt) 2003 von Bundestag und Bundesrat als eigenständiges Bundesgesetz beschlossen wurde. Einen §11 gibt es in dieser Fassung der FrühV überhaupt nicht. In der weiteren Studie (z.B. S. 18) wird FrühV wiederum als Kürzel für die gesetzlich beschlossene Frühförderungsverordnung benutzt, gleichzeitig jedoch die Landesrahmenvereinbarung im Saarland unter dem Bereich der rechtlichen Grundlagen subsumiert. Auch im Weiteren wird von „Vorgaben der Landesrahmenempfehlung“ gesprochen (S. 47).

Damit werden die gesetzlichen Grundlagen und die Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu deren Umsetzung miteinander vermischt. Im Zusammenhang mit dem Landesrechnungshof wird FrühV demnach fälschlicherweise eingesetzt als Kürzel für die Landesrahmenempfehlung Frühförderung des Saarlandes (S. 6). Diese hat jedoch keinerlei gesetzliche Verbindlichkeit. Vielmehr handelt es sich bislang um eine Vereinbarung der Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfe und Krankenkassen), die einseitig als Leistungsträger ihre Vorstellungen zur Ausgestaltung der Frühförderung festgelegt haben. Viele deutsche Landkreise sind - anders als das Landessozialamt im Saarland - als zuständige Rehabilitationsträger den Landesrahmenvereinbarungen ihrer eigenen Rehabilitationsträger auf Landesebene erst gar nicht beigetreten. Entsprechend sind auch in der Vergangenheit in vielen Bundesländern die abgeschlossenen Landesrahmenvereinbarungen nur teilweise oder auch nie angewandt worden. Auch im Saarland heißt die Vereinbarung entsprechend lediglich „Landesrahmenempfehlung“, deren Inhalte nur dadurch verbindlich werden, dass nachfolgend freiwillige Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und Leistungsanbietern geschlossen wurden. Erst mit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes gibt der Gesetzgeber nun vor, dass die Landesrahmenvereinbarungen zur Frühförderung neu zu gestalten sind und nun auch der verbindlichen Zustimmung der Vertreter der Leistungserbringer (Frühfördereinrichtungen) bedürfen. Diese mussten bis zum 31.7.2019 vereinbart sein, andernfalls fordert der Gesetzgeber die Bundesländer auf, eigene gesetzliche Regelungen zur näheren Ausgestaltung zu schaffen (S. 19). Zum 1.1.2020 sollen diese neuen Vereinbarungen verbindlich greifen.

Warum in der Studie bei den gesetzlichen Neuregelungen im Zuge des Bundesteilhabegesetzes lediglich auf formale Kriterien sowie auf einen abzusenkenden Kostenanteil für das Land als Träger der Eingliederungshilfe zulasten der gesetzlichen Krankenkassen Bezug genommen wird und nicht etwa auf gesetzlich gestärkte Standards wie das offene Beratungsangebot oder die verbindliche Ausgestaltung der interdisziplinären Kooperation insbesondere bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes, wird ebenso wenig begründet wie die beschriebene Tatsache (S. 36), dass es trotz der beschriebenen Steigerungsraten seit 2016 noch keine Abrechnung mit den Krankenkassen gab und die vorherigen Erstattungen der Krankenkasse (obwohl sie pauschal nach einem festen Prozentsatz erfolgen sollen) um 21 % abgenommen haben sollen.

Definition der Komplexeleistung

Die Studie differenziert (S. 5) zwei unterschiedliche Systeme von Frühförderung: „Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, werden die Leistungen entweder als rein heilpädagogische Leistungen oder als Komplexeleistungen erbracht.“

Im weiteren Verlauf wird unter den „Rechtlichen Rahmenbedingungen“ (S. 18) die Komplexeleistung als „interdisziplinäres Angebot in Form einer Kombination von medizinisch-therapeutischen, psychologischen und heilpädagogischen Leistungen aus einer Hand“ dargestellt. Der Gesetzgeber geht jedoch noch hierüber hinaus. Demnach gehören auch ärztliche, sozialpädagogische, psychosoziale und weitere Leistungen zu einer interdisziplinären Frühförderung (SGB IX, Begründung zum § 30, BT- Drucksache 14/50/74, S. 204f). Sein Ziel war es mit der Einführung des Rehabilitationsgesetzes im Jahr 2001 und dem Begriff der Komplexeleistung, die bis dato weitgehend unabgestimmten Leistungen der Frühförderung durch verschiedene Leistungsträger zu einem gemeinsamen Konzept zusammenzuführen. Entsprechend führte der Gesetzgeber aus (ebd.): „Alle Leistungen werden auf der Grundlage eines individuellen Förderkonzepts gemeinsam mit den Eltern erbracht, interdisziplinär entwickelt und laufend entsprechend der Erfordernisse fortgeschrieben. Die Frühförderung als System von Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder und ihrer Familien beginnt mit der Feststellung des Entwicklungsrisikos und endet in der Regel mit dem Schuleintritt.“ Dies wird noch näher erläutert: „Abs. 1 Satz 2 stellt klar, dass die in Satz 1 der medizinischen Rehabilitation zugeordneten Leistungen in einem engen Funktionszusammenhang mit den heilpädagogischen Maßnahmen nach § 56 stehen und gegenüber den Leistungsberechtigten systemorientiert als Komplexeleistung zu erbringen sind“ (ebd.).

Wenn das SGB IX aber vorgibt, dass „alle Leistungen“ „systemorientiert“ in „ein individuelles Förderkonzept“ zusammengeführt werden sollen, definiert der Gesetzgeber ein *Gesamtsystem Frühförderung*, das sich mit all seinen Leistungen sowohl der medizinischen Rehabilitation als auch den heilpädagogischen Leistungen zuordnet.

Das ISG beschrieb seinerzeit (2008) sehr treffend, wie dieser „integrativen Definition“ später (unter dem Einfluss der Rehabilitationsträger) eine additive Definition gegenübergestellt wurde: „Grundsätzlich wird die *Komplexeleistung* entweder definiert als eine Kombination von pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen, die parallel oder innerhalb eines festgelegten Zeitraums in abgestimmter Reihenfolge erbracht werden (*additive* Form der Leistungserbringung). Oder die Komplexeleistung wird als ein *integrativ bzw. ganzheitlich* erbrachtes *Leistungspaket* definiert, das organisatorisch durch eine interdisziplinäre Struktur gewährleistet wird und jedem Kind mit Leistungsanspruch zur Verfügung steht. Vertreter dieser Sichtweise betonen, dass eine Komplexeleistung *mehr* bedeute als die Summe einzelner Komponenten, da sie in interdisziplinärer Kompetenz erbracht werde und damit dem ganzheitlichen Bedarf des Kindes angemessener sei“ (ISG 2008, 5f). In der Folge wurde Komplexeleistung auch als 1-Kreuz-Regelung (integrative Definition, bei der Frühförderung immer eine interdisziplinäre Leistung darstellt) vs. einer 2-Kreuz-Regelung (additive Definition, nach der eine Komplexeleistung nur dann gegeben ist, wenn nach vorheriger Diagnostik sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen notwendig sind) diskutiert (Sohns 2010, 72ff). Konsequenz einer additiven Definition ist, dass drei separate Systeme der Frühförderung bestehen bleiben: eine isolierte medizinisch-therapeutische Hilfe (in Zuständigkeit der Krankenkassen), „rein heilpädagogische Frühförderung“ und - nur in dem Fall, dass beides zusammentreffen sollte - eine Komplexeleistung Frühförderung.

Mit der o.g. Unterteilung von Frühförderung in „Komplexleistung“ und „rein heilpädagogische Leistungen“ übernimmt die Studie die additive Definition der Rehabilitationsträger. So werden (S. 37, Tabelle 10) die Leistungen der Frühförderstellen in Komplexleistungen (49%) und solitäre heilpädagogische Leistungen (51%) differenziert. Diese Differenzierung hat den Nachteil, dass bei späteren Untersuchungen die unterschiedlichen Traditionen und Settings zwischen pädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der sogenannten Komplexleistung nicht mehr differenziert werden, z.B. beim „Ort der Leistungserbringung“ (S. 52).

Die Bundesvereinigung der interdisziplinären Frühförderung (VIFF) hat in vier Vollversammlungen aller ihrer Mitglieder hingegen eine integrative Definition der Komplexleistung bekräftigt und diese wie folgt definiert:

„In der Frühförderung ist Komplexleistung ein interdisziplinäres Gesamtsystem, in dem die Leistungen aus den (heil-)pädagogischen, medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und psychologischen Bereichen für Kind, Familie und deren Lebenswelt inhaltlich und organisatorisch zusammen geführt werden. Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass die Frühfördereinrichtungen (Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren) dieses System gewährleisten.

Art und Umfang der Leistungen dieses Systems werden kind- und familienbezogen, bedarfsgerecht und auf der Grundlage der interdisziplinären Diagnostik in einem mit allen Beteiligten entwickelten Förder- und Behandlungsplan festgelegt und fortgeschrieben. Voraussetzung ist eine verbindliche, interdisziplinäre Kooperation verschiedener Fachdisziplinen in Zusammenarbeit mit den Familien. Hierfür ist die regionale Kooperation und Vernetzung mit anderen Systemen und Angeboten unverzichtbar.

Alle Leistungen der Frühfördereinrichtungen werden im Rahmen einer Komplexleistung Frühförderung erbracht, unabhängig von Art und Umfang der abgestimmten Leistungen und der durchführenden Berufsgruppen. Auf diese Weise wird der großen Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit und der Umfeldabhängigkeit von Kindern Rechnung getragen.

Die Rehabilitationsträger gewährleisten die Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung aus einer Hand. Ebenso gewährleisten die Rehabilitationsträger die Finanzierung eines niedrigschwelligen Zugangs zu den Frühfördereinrichtungen i.S. einer offenen Anlaufstelle“ (Sohns 2016, 184f).

Diese Definition steht formal nicht im Widerspruch zur additiven Definition einer Zwei-Kreuz-Regelung: Aus Sicht der VIFF bedarf es im Rahmen der Frühförderung immer eines interdisziplinären Teams (daher gibt der Gesetzgeber auch interdisziplinäre Frühförderstellen als obligatorisch vor), die den einzelnen Bezugspersonen der Familien als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Selbst wenn nur eine Fachperson (transdisziplinär) mit der Familie arbeitet, ist es unverzichtbarer Standard einer modernen Frühförderung, dass im Hintergrund ein interdisziplinäres Team als fachliche Unterstützung zur Verfügung steht. Insofern sind immer verschiedene Berufsgruppen an der Frühförderung zu beteiligen. Eine Ausdifferenzierung in verschiedene Systeme der Frühförderung ist aus fachlicher Sicht unsinnig. Sie führt zu unnötigen fachlichen Reibungsverlusten und zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Moderne Frühförderung ist immer eine Komplexleistung Frühförderung.

Offenes Beratungsangebot

Die Studie zitiert den Landesrechnungshof aus seinem Bericht vom 30.3.2015 (S. 7): „Im Saarland ist ein offenes Beratungsangebot vorgesehen (...). Begrifflich erfolgt (...) eine Gleichsetzung mit der Bezeichnung „Erstberatung“. Ergibt sich aus der Beratung die Notwendigkeit einer Komplexleistung oder einer heilpädagogischen Maßnahme, wird eine interdisziplinäre Diagnostik eingeleitet. (§ 11 b Landesrahmenempfehlung (LREmpf) FrühV)“.

Aus fachlicher Sicht erscheint es jedoch nicht möglich, nur aus dem Ergebnis eines Beratungsgesprächs ohne Einleitung einer Diagnostik bereits festzustellen, „ob eine Komplexleistung oder eine heilpädagogische Maßnahme“ indiziert ist. Insofern kann Zielsetzung des offenen Beratungsangebotes lediglich sein, zu klären, ob die vermuteten Entwicklungsrisiken der Eltern für ihr Kind ausgeräumt werden konnten. In der Regel ist eine weitere Diagnostik auch dann indiziert, wenn die Unsicherheiten der Eltern damit abgebaut werden können, und um das Risiko auszuräumen, wertvolle Zeit für die Entwicklung des Kindes und die Stärkung seines Umfeldes zu verlieren. In diesem Zusammenhang von der Gefahr einer „übereilten Einleitung einer (zeit- und kostenintensiven) Eingangsdiagnostik“ (S. 8) zu sprechen, ist aus fachlicher, gesellschaftspolitischer und wirtschaftlicher Sicht (sofern nicht nur die isolierten finanziellen Interessen des Landessozialamtes, sondern auch weitere gesellschaftlichen Folgen gesehen werden) unverantwortlich.

Zudem lässt sich der Beginn einer Komplexleistung nicht erst aus dem Beratungsgespräch ableiten. Das zuständige Bundesministerium hat hierzu eindeutig klargestellt (Schreiben an die Bundesvereinigung für interdisziplinäre Frühförderung), dass bereits das offene Beratungsangebot fester Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung ist.

Beim Rehabilitationsträger Krankenkasse finden sich solch restriktiv-vermeidende Haltungen nicht. Hier hat sich der offene Zugang zur Diagnostik als Instrument einer frühen Erkennung späterer gravierender Erkrankungen bewährt. Gerade im pädagogischen Feld vermuteter Entwicklungsrisiken stellt sich diese Notwendigkeit besonders dringlich. Warum sollen im System der öffentlichen Hilfen restriktivere und abschreckende Abläufe notwendiger sein als im Gesundheitswesen?

Zielgruppe von Frühförderung

Die Studie gibt als Ziel vor (S. 5): „Die Förderung von Kindern, die behindert, von Behinderung bedroht, teilleistungsgestört, entwicklungsverzögert oder verhaltensgestört sind, sollte so früh wie möglich beginnen.“ Damit wird, in Anlehnung an den Gesetzestext des SGB IX, eine störungsorientierte Definition der Klientel zu Grunde gelegt. Es wird nicht erwähnt, dass der Gesetzgeber mit der Reformierung des SGB IX diese Zielgruppe erheblich erweitert hat.

Allerdings weist die Studie mit Bezug auf Sohns (2010, 167) darauf hin (S.24), dass in der saarländischen Landesrahmenvereinbarung ausdrücklich alle Kinder mit „Entwicklungsrisiken“ als Klientel beschrieben werden und nicht ausdrücklich auf eine (drohende) Behinderung abgehoben wird. Und es wird bemängelt (ebd.), dass ein „Präventionskonzept zur besseren Früherkennung oder Vermeidung von Entwicklungsrisiken nicht vorgelegt wurde“.

Das zuständige Bundessozialministeriums subsumiert bereits ein „offenes Beratungsangebot“ ausdrücklich als Bestandteil einer interdisziplinären Komplexleistung (s.o.). Laut §6a sind deren Zielgruppe Eltern, die bei ihrem Kind ein Entwicklungsrisiko vermuten. Eine behördliche Überprüfung dieser „Vermutung“ ist vor Beginn einer Komplexleistung demnach ausgeschlossen. Die oben genannte Definition der Studie begrenzt sich hingegen (S. 5) ausdrücklich auf Kinder, deren Störungen bereits sichtbar (amtlich feststellbar) sind. Diese kurative Priorität (tertiäre Prävention) wird spätestens mit dem Bundesteilhabegesetz durch einen sekundär-präventiven Ansatz erweitert. Dies müsste in die Definition aufgenommen werden.

Die Studie zeigt ferner auf (Tab. 11, S. 38), dass nach den durchgeführten Erstberatungen bei 90 % der Kinder eine weiterführende Diagnostik durchgeführt wurde. Dies ist angesichts der noch immer vorhandenen Hemmschwellen beim Zugang zu Frühförderstellen (als wahrgenommene Einrichtungen der Behindertenhilfe) und der damit verbundenen Tatsache, dass die Kinder bei ihrem Erstkontakt zur Frühförderung bereits einen Großteil ihrer (neurologischen und bindungsorientierten) Entwicklung weitgehend abgeschlossen haben, nicht verwunderlich. Gelänge es der Frühförderung, mithilfe eines offenen Beratungsangebotes und verbesserten interdisziplinären Kooperationsstrukturen (v.a. mit medizinischen Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Institutionen der Jugendhilfe) ihr Früherkennungsproblem (s.u.) zu verringern und tatsächlich die im Gesetz als Zielgruppe vorgesehenen „Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten“ zu erreichen, würde dieser Anteil deutlich sinken. Umgekehrt würden jedoch solch (präventive) Angebote vermehrt wahrgenommen und zu einer Kostensteigerung im Früherkennungsbereich führen. Dieser stünden jedoch wieder weitaus höhere Einsparungen späterer Folgekosten entgegen.

Früherkennung

Insgesamt hat das System der deutschen Frühförderung noch immer ein starkes Früherkennungsproblem: Das Durchschnittsalter der Kinder beim Erstkontakt mit der Frühförderung liegt kontinuierlich zwischen 3-4 Jahren (Sohns 2001, MV; Arbeitsstelle Frühförderung Bayern 2010, Sohns u.a. 2015, Thüringen). Dies liegt u.a. an hohen Zugangsschwellen durch die Träger der Eingliederungshilfe mit einem stigmatisierenden Antrags- und aufwendigen behördlichen Diagnostikverfahren, die Eltern von einer Anmeldung und Fachpersonen vor einer Überweisung zur Frühförderung abschrecken. Dadurch werden viele Kinder gerade aus sozial benachteiligtem Milieu erst sehr spät erfasst. Dann sind jedoch aus neurologischer Sicht bereits wesentliche Weichen für eine spätere (nicht-) altersgemäße Entwicklung abschließend gestellt.

In diesem Zusammenhang sind die Zahlen des Landessozialamtes (S. 34) geradezu erschreckend: Wenn lediglich sechs Kinder (<0,2%) im ersten Lebensjahr durch die Frühförderung erfasst wurden, 72 % jedoch bereits fünf Jahre und älter sind, überbietet dies im Durchschnittsalter alle anderen bundesweit bekannten Statistiken und zeigt, dass die saarländische Frühförderung noch immer ein gravierendes Früherkennungsproblem hat.

Aus der Sicht der Familien ist es von elementarer Bedeutung, dass eine kontinuierliche Bezugsperson eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann, um die Annahme wirkungsvoller Interventionen

wahrscheinlicher werden zu lassen. Viele Eltern (gerade aus sozial benachteiligtem Milieu) haben diffuse Ängste, die eine Anmeldung zum Teil um Jahre verzögern und damit wichtige Hilfeprozesse zu einem früheren Zeitpunkt verhindern. Insofern kann die Verbindung der Frühförderung mit den neu entstehenden „Netzwerken Frühe Hilfen“ eine wesentliche Verbesserung bewirken. Dazu müssten jedoch im Saarland Eingliederungs- und Jugendhilfe kooperativ zusammenarbeiten und gemeinsame Konzepte entwickeln. Genau dieses Verhältnis ist jedoch auf politischer (s.o.) wie fachlicher Ebene (S. 57, 63) hoch belastet.

Auf S.36 wird das Landesamt für Soziales mit der Aussage widergegeben, dass die zu bewilligenden Behandlungseinheiten „aufgrund der zu hohen Steigerungen in den vergangenen Jahren“ beschränkt wurden. Warum eine Steigerung der „Behandlungseinheiten“ um 22% (S. 39) innerhalb von 10 Jahren solche politischen Einschränkungen rechtfertigen soll, bleibt unklar. Bezüglich der Steigerung der Fallzahlen von 31 % zwischen 2015 und 2016 kommt die Studie denn auch zu dem Urteil, dass diese zu Beginn der Studie (und des Experten-Workshops) noch im Mittelpunkt stand. Erst später stellte sich heraus, dass „der Zuwachs auf ein statistisches Erfassungsproblem zurückzuführen ist“ (S.41).

Die Inanspruchnahme der Frühförderung war in dem letzten Jahrzehnt im Saarland durch administrative Veränderungen vielfältigen Schwankungen unterworfen, die sich empirisch nur schwer aufarbeiten lassen: Einführung der „Komplexleistung“ als neuer Status, Aufhebung und Wiedereinführung einer politischen Obergrenze für bewilligte Fördereinheiten unabhängig vom individuell festgestellten Bedarf, damit Auf- und teilweiser Abbau von langen Wartelisten, partielle Einbeziehung von Fördereinheiten im Rahmen der teilstationären Betreuung (AFI) in die Statistik der Frühförderung etc. Die Berechnungen der LAG ergeben entsprechend auch nur Steigerungen von unter 7% – was im bundesweiten Vergleich extrem niedrig wäre. Mit der Wiedereinführung einer politischen Deckelung von Einheiten werden Rechtsansprüche ausgehebelt, obwohl die Steigerungsraten in der Eingliederungshilfe (egal in welcher Berechnung) um ein Vielfaches niedriger sind als bspw. die parallelen Kostensteigerungen im Bereich der Jugendhilfe, die u.a. Folgekosten einer versäumten präventiven Frühförderung zu tragen hat. Beide spiegeln gesellschaftliche Veränderungen wider. Diese nun im frühkindlichen Bereich, wo frühe Interventionen nachweislich die beste Wirkung zeigen, unterdrücken zu wollen, erscheint nicht nur aus fachlicher Sicht fahrlässig sondern mittelfristig auch aus fiskalischer Sicht töricht.

Die Studie charakterisiert die Verfahrensweisen zum Zugang zur Frühförderung als niedrigschwellig und als eine »landesspezifische Besonderheit des Saarlandes« (S.5, S. 24). Damit nimmt sie Bezug auf einen bundesweiten Vergleich.

Die Strukturen und Verfahrensabläufe der Frühförderung in Deutschland sind sehr vielfältig. Es gibt zahlreiche Landkreise (v.a. in Hessen und Baden-Württemberg), in denen für die Frühförderung überhaupt kein Genehmigungsverfahren praktiziert wird, sondern über eine Pauschalfinanzierung der Einrichtungen den Eltern jegliches stigmatisierendes Antragsverfahren erspart bleibt. In mehreren Bundesländern wird die Früherkennung und Eingangsdiagnostik als eine Einheit gesehen und ebenfalls pauschal ohne eine Bedürftigkeitskontrolle gewährleistet. Insofern ist das saarländische Modell keine Ausnahmesituation und die o.g. Bewertungen könnten auch mit der gegenteiligen Aussage begründet werden. Gleichwohl hat das Saarland durch seine landesweite Anwendung des offenen Beratungsangebotes zeitweise Akzente gesetzt, die in der deutschen

Frühförderung mit großem Interesse aufgenommen und diskutiert wurden. Die Differenzierung in Erstberatung, interdisziplinäre Diagnostik und Förderung des Kindes (bzw. Begleitung und Stärkung seiner Eltern) als jeweils eigenständige Schritte, die separat finanziert werden und daher nach jedem Schritt ein erneutes Hinterfragen einer weiteren Bedürftigkeit ermöglichen, hat sich als modernes Konzept weitgehend bewährt. Die Kritik des Landesrechnungshofes, der auf (zusätzliche) ärztliche Begutachtungen in anderen Bundesländern verweist (S. 24), erscheint nur nachvollziehbar, wenn es Ziel der Landesregierung ist, durch zusätzliche bürokratische Hemmschwellen Kinder mit vermuteten Entwicklungsrisiken (und damit einhergehender Verunsicherung der Eltern) von einer weiteren klärenden Diagnostik abzuhalten.

Des Weiteren hinterfragt der Landesrechnungshof den nach seiner Meinung „hohen Anteil an Kindern, denen nach einer Erstberatung eine Eingangsdiagnostik verordnet wird“ (S. 5). Die Terminologie wirkt befremdlich. Das offene Beratungsangebot hat das Ziel, Unsicherheiten bei Eltern, die bei ihrem Kind ein Entwicklungsrisiko vermuten, entgegenzuwirken. Nach einem offenen Erstgespräch, bei dem die Eltern gegenüber den Fachpersonen die Sorgen um ihr Kind äußern können und eine erste Rückmeldung erhalten, stimmen beide Seiten gemeinsam ab, ob eine weiterführende Diagnostik sinnvoll ist oder nicht. In der Frühförderung wird entsprechend hoher Wert auf ein partnerschaftliches Verhältnis gelegt. Von der „Verordnung“ einer Diagnostik kann insoweit im pädagogischen Bereich keine Rede sein - es gilt das Freiwilligkeitsprinzip, bei dem den Eltern lediglich Angebote gemacht werden. Entsprechend haben (subjektive) Hemmschellen eine hohe Bedeutung. Das Einführen neuer bürokratischer Hemmschwellen für Kinder im Kleinkindalter durch zusätzliche diagnostische Untersuchungen erscheint im Hinblick auf den immensen späteren Hilfebedarf von Kindern im Einschulungsalter fatal.

Die Studie spricht im Zusammenhang mit etwa 7% der Kinder in Betreuung der Frühförderung von einer „im Ländervergleich ... hohen Quote“ (S. 7). Nicht erwähnt wird hierbei beispielsweise, dass über 30 % aller Kinder bereits im Vorschulalter eine medizinisch-therapeutische Leistung erhalten. Offenbar besteht ein Bedarf im Zuge (ärztlich diagnostizierter) Entwicklungsstörungen, der weitaus höher ist. Aus wissenschaftlicher Sicht stellt sich hierbei die Frage nach den Indikationen und den Möglichkeiten, durch frühe fachliche Interventionen einem (späteren) Therapiebedarf entgegenzuwirken. Befriedigende Antworten hierzu können nur systemübergreifend erfolgen.

Die Shell-Studie (Kinder- und Jugendbericht) hat bereits im Jahr 2000 festgestellt, dass sich 50 % der deutschen Eltern „unsicher (sind), woran sie sich bei ihrer Erziehung halten sollen.“ Die Tatsache, dass im gesamten Saarland nur etwa 1.500 offener Beratungsgespräche stattfinden, zeigt eindeutig, dass die Frühförderung in ihrer Außenwahrnehmung nach wie vor mit dem Stigma einer „Behinderteneinrichtung“ lebt. Damit findet eine Vorselektion statt, bei der vorwiegend die Eltern eine Frühförderstelle aufsuchen, bei denen bereits eine manifeste Störung bei ihrem Kind offensichtlich ist oder die gemäß ihrem Bildungsstandes daran gewöhnt sind, sich professionelle Hilfe zu organisieren. In Regionen, in denen der Frühförderung ein präventives Arbeiten ermöglicht wird (z.B. in Nordfriesland, wo nur noch 50 % der Arbeit der Frühförderstellen sogenannte „fallspezifische Arbeit“ ausmacht, der Rest sind präventive „fallunspezifische Leistungen“), zeigt sich jedoch, dass hier die Steigerungsraten bei den Kosten der Jugendhilfe weit hinter denen vergleichbarer Nachbarkreise zurückbleiben.

Dies scheint jedoch für das Landessozialamt nicht von Interesse zu sein. Hier wird auf die Steigerungsrate von 41% bei den Aufwendungen zur Frühförderung seit 2008 (in 6 Jahren zwischen 2008-2014) verwiesen. Die Steigerungsraten bei der Jugendhilfe betrugen zuletzt bundesweit *jährlich* etwa 10-15% und sind damit wesentlich höher. Es erscheint daher fraglich, ob die Steigerungsraten tatsächlich auf eine veränderte Struktur der Frühförderung zurückzuführen sind. Aus fachlicher Sicht sind hohe Steigerungsraten gerade in diesem Bereich dringend notwendig, da gerade im frühen Lebensalter die wirksamsten Interventionsmöglichkeiten bestehen, die jedoch zum großen Teil nicht genutzt werden. Damit ist die Problematik der Früherkennung im Bereich der Frühförderung für erhebliche Folgekosten für die gesamte Gesellschaft bis weit ins Erwachsenenalter hinein verantwortlich.

Diagnostikverfahren

Auf S.6 schildert die Studie die Planungen des MSGFF im Saarland, „Richtlinien und Kriterien für die Entscheidung zu entwickeln, ob das Kind eines aufwendigen Diagnostikverfahrens bedarf oder nicht.“ Nochmals verstärkend wird auf S.8 von einer „übereilten Einleitung einer (zeit- und kostenintensiven) Eingangsdiagnostik“ gesprochen (indirektes Zitat des Landesrechnungshofes). Dabei bleibt unklar, ob das ISG bei diesen bewertenden Beschreibungen eine eigene Positionierung vornimmt oder lediglich die Position des Auftraggebers darstellt.

Die interdisziplinäre Diagnostik ist das Kernstück einer gelingenden Früherkennung. Eine fundierte umfassende Diagnostik ist die Voraussetzung für passgenaue und wirkungsvolle Hilfen, die gleichzeitig i.S. einer präventiven Früherkennung frühzeitig Belastungsfaktoren erkennen hilft. Das Zusammenführen der Erkenntnisse verschiedener Systeme und Disziplinen ist Grundlage der Weiterentwicklung eines multidisziplinären Arbeitens, bei dem vielfältige Leistungen zum großen Teil unabgestimmt nebeneinander erfolgen, hin zu einer interdisziplinären oder gar transdisziplinären Arbeitsweise. Sie dient der systemübergreifenden Bündelung verschiedener Erkenntnisse und damit letztendlich einer höheren Effektivität und auch wirtschaftlichen Effizienz der Frühförderung. Eine qualifizierte interdisziplinäre Diagnostik rechnet sich.

Die Vorab-Bewertung dieser Diagnostikverfahren als „aufwendig“ bzw. „zeit- und kostenintensiv“ erscheint in diesem Zusammenhang als tendenziöse Abwertung mit dem Ziel, weiteren Zugangsvoraussetzungen zur Diagnostik den Weg zu bereiten (S.8) und damit diese elementare Arbeitsphase aus dem Gesamtzusammenhang der Komplexleistung Frühförderung durch die Frühfördereinrichtungen herauszureißen und zu einem restriktiven Kontrollinstrument zu machen. Dies würde einen Rückschritt der Struktur einer gelingenden Früherkennung um Jahrzehnte bedeuten.

Als Ziel einer Diagnostik wird unhinterfragt die „Feststellung einer Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand (nach §2 Abs. 1 SGB IX)“ in den Mittelpunkt gestellt (S. 54), die in der Regel durch standardisierte Testverfahren erfolgt. Damit wird die Sichtweise des Rehabilitationsträgers offenbar, der erst eine Zuständigkeit und ein Handlungsbedarf sieht, wenn die bestehenden Entwicklungsrisiken beim Kind und seiner Familie so wirksam geworden sind, dass eine Schädigung bereits eingetreten und durch diagnostische Verfahren feststellbar sein muss. Mit diesem

Hinausschieben von ressourcenstärkenden Hilfen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese Schädigungen zu lang andauernden Problemfeldern manifestieren. Auch bei einer „heilpädagogischen“ Diagnostik stehen bislang standardisierte Verfahren im Vordergrund, an erster Stelle die „Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik“ (S. 54). Andere Diagnostikbereiche, deren Fokus über die feststellbare Funktions- und Leistungsfähigkeit des Kindes hinausgeht und Überlastungssituationen und Unsicherheiten der Familie erfassen könnten, die ihrerseits wiederum gravierende Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben, werden im Rahmen dieser Studie an keiner Stelle thematisiert. Damit werden die zentralen Inhalte einer modernen Frühförderung zugunsten eines antiquierten störungsorientierten Verständnisses eines Sozialhilfeträgers ausgeklammert. Insofern ist es auch nicht verwunderlich, dass bei der Überprüfung der Eingangsdiagnostiken („Doppelbegutachtung“, Kap. 9) bei 20% der Fälle nach Ansicht des LSA im Gegensatz zu den Frühförderstellen (noch) „gar kein Förderbedarf“ besteht (S. 64) und Entwicklungsrückstände in der sozio-emotionalen Entwicklung bei den Frühförderstellen häufiger gesehen werden, während das LAS bei einem störungsorientierten Symptom wie der Sprachentwicklung häufiger Hilfebedarf sieht als die Frühförderstellen (S. 66). Dabei bleibt die Frage offen, warum sich eine solche Diskrepanz zwischen Frühförderstellen und LAS zeigt, wenn im Fachausschuss ausdrücklich auch eine (psychologische) Fachperson des LAS die dortigen Entscheidungen im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanung mitgetragen hat.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den Diagnostiken der Frühförderstellen und der Doppelbegutachtung durch das LSA liegt darin, „dass in elf der 30 begutachteten Fälle Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Hilfen zur Erziehung auch infrage gekommen wären“ (S. 64). Dabei stellt sich die Frage, inwieweit sich die diagnostizierenden Fachpersonen und der Fachausschuss zur Aufgabe gemacht haben, eine umfassende systemübergreifende Diagnostik aller Hilfebedarfe durchzuführen. Aus Sicht des Fachverbandes VIFF wäre dies im Interesse eines effektiven und effizienten Arbeitsansatzes wünschenswert. Für die Frühförderstellen im Saarland ist dieses Mandat jedoch bislang nicht erkennbar. Im Gegenteil scheinen künstlich geförderte Konkurrenzsysteme, die von der konkurrenz- und abgrenzungsorientierten Denkweise der Rehabilitationsträger (s.o.) in die Einrichtungen übertragen werden, befürchtete Hemmschwellen bei den Familien gegenüber einer Vermittlung „zum Jugendamt“ (gerade bei sozial benachteiligtem Milieu) sowie einer Ausrichtung der Diagnostik auf primär medizinische und heilpädagogische Fragestellungen einer solchen systemübergreifenden Sichtweise entgegenzuwirken. Entsprechend kritisch (64%!) werden auch die Kooperationsstrukturen zur Jugendhilfe bewertet (S. 57). Wenn diese Bereiche jedoch nicht in einem sozialräumlichen Gesamtsystem mitgedacht werden (können), erscheint es folgerichtig, wenn in der Frühförderung für das eigene System ein höherer Hilfebedarf gesehen wird als vom LAS (S. 65).

Die Frühförderstellen, die im vergangenen Jahrzehnt die Möglichkeit hatten, mit einem offenen Beratungsangebot die Früherkennung von kindlichen Entwicklungsrisiken etwas zu verbessern und weitere Bedarfe gemeinsam mit dem Rehabilitationsträger in den Fachausschüssen zu reflektieren, sehen sich in jüngster Zeit mit einer veränderten politischen und fachlichen Haltung konfrontiert, die in die Zeit einer isolierten Behandlungen von Einzelsymptomen in Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger zurückfällt: Dass die Frühförderstellen sich deswegen scheuen, Kriterien zu benennen, die ganzheitlich über diese isolierte störungsorientierte Sichtweise hinausgehen, wird von der „LAG IFF so begründet, dass keines der Kriterien ausreicht, um eine Fördermaßnahme einzuleiten, wenn keine Entwicklungsverzögerung oder eine drohende bzw. bestehende Behinderung vorliegt: Dass das

Kind eine Frühgeburt sei, einer sozial belasteten Familie entstamme, die Sprachentwicklung verzögert sei oder die Familie des Kindes durch das Jugendamt betreut werde, sei nicht ausreichend, um eine entsprechende Fördermaßnahme einzuleiten“ (S. 55). Damit bleibt den Einrichtungen lediglich das einheitliche Zurückziehen auf allgemeine gesetzliche Formulierungen. Sie müssen davon ausgehen, dass bei anderen Indikationen, die von ihnen ebenfalls benannt werden (z.B. „Erschwerte Umweltbedingungen, die sich nachhaltig auf die Gesamtentwicklung auswirken“, „Multimodales Verursachungsmodell unter Berücksichtigung sozialer, medizinischer und psychologischer Faktoren“ oder „Frühe Störung der Mutter-Kind-Bindung“, ebd.), solange keine Hilfe zugelassen wird, bis die Belastungsfaktoren sich zu nachhaltigen und messbar gestörten Entwicklungsprozessen des Kindes fortentwickelt haben.

Wenn der Landesrechnungshof eine regelmäßige Einbindung von Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (als „neutrale“ Kontrollinstanz) auch in das Diagnostikverfahren anregt (S. 9), verkennt diese Vorgabe einer medizinischen Institution die seit 2001 bestehende Rechtsgrundlage: Nach §14 SGB IX müssen den Eltern - „falls ein Gutachten erforderlich sein sollte“ - drei wohnortnahe Gutachter zur Auswahl gestellt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bei einer übergroßen Mehrheit der Kinder bereits verschiedene diagnostische Untersuchungen durchlaufen wurden, die eine erneute (gar obligatorische) Diagnostik als unsinnige Doppelleistung erscheinen lassen nur das Ziel haben, mit zusätzlichen Hemmschwellen für die Familien die Inanspruchnahme und damit die Kosten der Frühförderung für den Träger der Eingliederungshilfe kurzfristig zu reduzieren.

Erstellung des Förder- und Behandlungsplans

Auf S. 21 wird es als Aufgabe für den Fachausschuss beschrieben, festzulegen, „durch welche Einrichtungen (interdisziplinäre Frühförderstellen oder Sozialpädiatrisches Zentrum) die Maßnahme durchgeführt werden soll.“ Dies impliziert ein entweder – oder, bei dem sich eine ergänzende Betreuung ausschließt. De facto arbeiten jedoch bundesweit Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentrum sehr gewinnbringend miteinander. Entsprechend fordert §43a des SGB V auch: „Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren sollen eng zusammenarbeiten“. Dies würde durch ein solch starres Konkurrenzprinzip unterlaufen. Daher sollten hier auch formal offenere Regelungen gefunden werden. Unklar bleibt auch, warum bei der Diagnose „Autismus“ von Seiten der Ärzte und der interdisziplinären Frühförderstellen grundsätzlich an das Sozialpädiatrische Zentrum weiterverwiesen werden muss (S. 23). Damit werden diese Kinder und ihre Familien von der Möglichkeit einer mobilen, familienorientierten Hausfrühförderung abgeschnitten, ohne dass hierfür eine fachliche Erklärung erkennbar wäre. Bundesweit gibt es - außerhalb des Saarlandes - ein breit ausgebautes Netz an spezifischen Frühförderstellen mit dem Schwerpunkt Autismus. Warum die regionalen Frühförderstellen im Saarland ausgerechnet für deren Diagnostik als nicht zuständig erklärt werden, erscheint willkürlich und benachteiligt die betroffenen Familien.

Die Studie zitiert Sohns (2010), der die „ärztliche Verantwortung“ bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans kritisch dahingehend hinterfragt, ob diese von außen kommenden Fachpersonen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer engen Zeitbudgets neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit für eine solche Leitungstätigkeit geeignet seien (S. 25). Als „Ergänzung hierzu“ (ebd.) werden Bedenken des Rechnungshofes zitiert, der die „Neutralität“ der Kooperationsärzte der Frühförderstellen infrage

stellt und stattdessen „die regelmäßige Einbindung erfahrener Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes flächendeckend“ prüfen will. Hier besteht die Gefahr, dass die kritische Analyse von Sohns gegenüber der leitenden Tätigkeit der Vertragsärzte im Fachausschuss (als Entgegenkommen gegenüber dem hierarchischen Verständnis der Krankenkassen) im Sinne der Intention des Auftraggebers der Studie instrumentalisiert wird. Die beschriebene Kritik von Sohns richtet sich jedoch an keiner Stelle gegen eine fehlende Qualifikation als diagnostizierende Ärzte. Sie bezieht sich ausdrücklich nur auf „eine hierarchische Struktur zugunsten der Ärzte“ (Sohns 2010, S. 167).

Bewilligungsverfahren

Die Tatsache, dass in der Studie ein geplantes „Teilhabeplanverfahren“ als eigenes Kapitel (6.4) hervorgehoben wird mit dem Ziel, dass dieses Verfahren „durch das Landesamt für Soziales, ggf. unter Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger, umzusetzen“ sei (S. 44), legt die Vermutung nahe, dass die Auftraggeber der Studie eigene Kontroll- und Steuerungsinteressen über die Intention und Inhalte des Bundesgesetzgebers im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) stellen. Zwar sieht das BTHG eine solche Teilhabeplanung beim zuständigen Rehabilitationsträger vor. Hiervon ausgenommen ist jedoch ausdrücklich der Bereich der Frühförderung, da hier unterschiedliche Gesetze miteinander kollidieren. Hierzu hat das zuständige Bundessozialministerium eindeutig klargestellt (BMAS 2019): „Es bleibt bei der Regelung in § 7 Frühförderungsverordnung, dass die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen im interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten zusammengestellt werden. Insofern ist im Kontext Frühförderung der Förder- und Behandlungsplan als Teilhabeplan zu verstehen.“ Dies bestärkt die bisherige saarländische Verfahrensweise einschließlich der Einrichtung der Fachausschüsse (andernorts: Interdisziplinäre Teams) als seinerzeit durchaus weitsichtig. Daher ist es verwunderlich, wenn die Autoren der Studie resümieren (S. 75f): „Dass das Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren, in dem die Bedarfsermittlung stattfindet und die Leistung festgestellt und besprochen wird, künftig beim Träger der Eingliederungshilfe liegen soll, lässt sich aus entsprechenden Regelungen des BTHG ableiten.“ Wie kann etwas aus den Regelungen des BTHG abgeleitet werden, wenn das Bundessozialministerium als Verantwortliche für diese Regelungen das Gegenteil verlauten lässt?

Entsprechend ist es unverständlich, zusätzliche Kontrollinstrumente dazwischen schalten zu wollen. Auch die weiteren Darstellungen der Autoren der Studie in ihrem Fazit zum Fachausschuss, wonach das „Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren immer beim Leistungsträger anzusiedeln (sei)“ (S. 72), entbehren der rechtlichen Grundlagen. Dies ist im Bereich der Frühförderung ausdrücklich nicht der Fall. Insofern trifft es auch nicht zu, wenn die Studie resümiert (S. 73): „Die Umstellung auf das BTHG zum 01.01.2020 erfordert eine Neustrukturierung des Leistungszugangs. Das BTHG gibt vor, dass das Gesamtplanverfahren zukünftig dem Träger der Eingliederungshilfe unterliegt, weswegen auch die Zugangssteuerung ab diesem Zeitpunkt durch den Träger der Eingliederungshilfe erfolgen muss. Im Saarland ist dies bereits in allen anderen Bereichen der Eingliederungshilfe der Fall, lediglich die Frühförderung bildet zum jetzigen Zeitpunkt noch eine Ausnahme hiervon.“ Eben genau diese Ausnahme hat der Bundesgesetzgeber für den Bereich der Frühförderung erneut bestätigt.

Im Rahmen der Anhörung wird von den Vertretern des Ministeriums geltend gemacht, dass ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen gesetzlich vorgeschrieben sei. Ein Antrag auf Frühförderleistungen müsse daher zunächst vom LAS geprüft werden (S. 43). Das Anliegen der „Leistungserbringung wie aus einer Hand“ wird „von den Vertreterinnen und Vertretern des MSGFF nicht für stichhaltig“ gehalten (ebd.). Dagegen sprechen der völlige Verzicht eines Antrags bei einer Vielzahl von Rehabilitationsträgern in anderen Regionen und die Tatsache, dass genau dieser Antrag Bestandteil des gesetzlich vorgegebenen interdisziplinären Förder- und Behandlungsplans (FuB) sein kann (z.B. in Sachsen, wo für den FuB neben ärztlicher und pädagogischer Unterschrift auch die Unterschrift der Eltern verbindlich ist, der damit zugleich die Funktion des Antrags erfüllt. Dies führt zu einer höheren Verbindlichkeit und macht ein weiteres Verwaltungsverfahren unnötig). Das Verständnis der saarländischen Landesverwaltung, wonach zunächst festgestellt werden könne, ob eine Person „zum leistungsberechtigten Personenkreis gehöre“ und „erst daran anschließend ... die Bedarfsermittlung sowie die Zuweisung zur entsprechenden Maßnahme erfolge“ (ebd.), erweckt den Eindruck, dass es primäres Bedürfnis des Diagnostikverfahrens ist, eine Kategorisierung in Zuständigkeitsbereiche vorzunehmen mit dem Ziel, möglichst viele bedürftige Kinder einem anderen (öffentlichen) Rehabilitationsträger zuordnen zu können. Aus fachlicher Sicht ist dies unmöglich, da die Bedarfsfeststellung eine Voraussetzung für eine mögliche Kategorisierung ist und sowohl die Indikationen als auch die angemessenen Hilfeleistungen sich selten auf *ein* Sub-System eingrenzen lassen. Genau deswegen hat der Gesetzgeber mit der Komplexleistung ja ein übergreifendes Gesamtsystem vorgegeben (s.o.). Das künstliche Aufsplitten der Diagnostiken in verschiedene Zuständigkeitsbereiche führt zu einer erhöhten Belastung für Kind und Familie, häufigeren Doppeldiagnostiken innerhalb der einzelnen Subsysteme, zu Spannungen und Reibungsverlusten (bis hin zu juristischen Auseinandersetzungen verschiedener Bereiche der öffentlichen Hand gegeneinander) und zu zeitlichen Verzögerungen der Hilfeleistung - auf jeden Fall zu einer enormen Aufblähung von fachlichen und administrativen Tätigkeitsfeldern.

Auf die Regelung des § 14 SGB IX, wonach im Bereich der Diagnostik die Eltern im Bedarfsfall aus verschiedenen wohnortnahen Gutachtern wählen dürfen, wurde bereits hingewiesen. Ebenfalls § 14 SGB IX legt auch eine Höchstdauer der Bearbeitungszeit eines Antrages durch die bewilligende Behörde von maximal fünf Wochen fest (wiederum: „falls ein Gutachten erforderlich sein sollte“). Die Frühförderstellen geben laut Studie eine durchschnittliche (!) Bearbeitungszeit von 65 Tagen an. Dem wird die Angabe des Sozialhilfeträgers gegenübergestellt, wonach „es von der Sitzung des Fachausschusses bis zur Leistungsbewilligung nur 14 Tage dauere“ (S. 56). Dies suggeriert, dass auch der Sozialhilfeträger vor Beantwortung der Frage eine genaue Überprüfung und Auswertung seiner Datenlage vorgenommen hat. Hingegen wird in Kapitel 7 (S. 46) das Landesamt mit der Einschätzung zitiert, wonach die Bearbeitungszeit „etwa 14 Tage“ benötige, demnach keine genaue Auswertung vorgenommen hat. Dies lässt die Darstellung der Einrichtungen zunächst plausibler erscheinen. Dafür spräche auch, dass nach Aussage von Frühförderstellen im Saarland der Staatssekretär im Sozialministerium, nachdem er diesbezüglich mit Klagen der Frühförderstellen über zu lange Bearbeitungszeiten durch das Amt konfrontiert wurde, auf §88 Sozialgerichtsgesetz verwiesen habe, wonach den Eltern erst nach einem halben Jahr ein Klagerecht zustünde und daher zuvor kein zwingender Handlungsbedarf bestünde. Die Frühförderstellen hatten diese Aussage seinerzeit zum Anlass genommen, sich bei der VIFF zu erkundigen, ob diese Einschätzung richtig sei. Auf eine entsprechende Anfrage der VIFF an Prof. Torsten Schaumberg, Professor für Sozialrecht an der Hochschule Nordhausen, stellte dieser fest: „Blödsinn! Natürlich gilt der § 14 SGB IX auch für die

Frühförderung (s. Anlage). Allerdings ist er für die JH nicht sanktionsbewehrt (z.B. durch die Genehmigungsfiktion). Rein faktisch können die Eltern tatsächlich über § 88 SGG erst nach 6 Monaten Untätigkeitsklage erheben. Das sind aber zwei Paar Schuhe. Eigentlich müssen sich die Reha-Träger auch bei der FF an die Fristen der §§ 14, 15 SGB IX halten“ (Schaumberg 2018). Wenn die Darstellung der Frühförderstellen richtig ist, dann versucht das LSA offensichtlich auch dadurch Gelder auf Kosten von betroffenen Familien einzusparen, dass die durchschnittliche Bearbeitungszeit aller Anträge länger ist als die vom Gesetzgeber jeweils zugelassene Höchstdauer.

Wie durch die Studie bekannt wurde (S. 46) ist es der Regelfall (76%), dass die durch den Fachausschuss beschlossenen und im Förder- und Behandlungsplan festgelegten Bedarfe von Kind und Familie im Nachhinein durch die Verwaltung des Landessozialamtes „reduziert wurden“. Dabei stellt sich die Frage, auf welcher fachlichen Grundlage Mitarbeiter der Verwaltung die im Rahmen eines gesetzlich vorgegebenen interdisziplinären Verfahrens festgestellten Bedarfe nachträglich zu Ungunsten der betroffenen Familien einschränken. Im Gegensatz zu anderen Kategorien (z.B. die Nichtinanspruchnahme von bewilligten Leistungen in 18%) werden hierfür jedoch in der Studie keinerlei Gründe angeführt. Somit erscheint die Praxis durch die Verwaltung willkürlich, politisch motiviert und rechtlich fragwürdig.

Rolle der »Elternarbeit«

Die Position des Landesrechnungshofes, wonach die Rolle der Eltern und ihre Beteiligung an der Frühförderung zu stärken sei, ist aus wissenschaftlicher Sicht zu begrüßen. In vielen Fällen liegt die Ursache kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten eben nicht bei einer physischen Schädigung, sondern in einem komplizierten Wechselspiel von Unsicherheit, Überforderung und fehlendem Wissen im Umfeld des Kindes mit psychosozialen Belastungsfaktoren, die sich in einer auffälligen Symptomatik des Kindes widerspiegelt. Wenn die Ursachen kindlicher Entwicklungsrisiken und -störungen erkannt und verringert werden sollen, muss die Rolle der Frühförderung gerade in den Bereichen Diagnostik und ressourcenorientierter Begleitung der Eltern gestärkt werden. Bislang verdienen die Einrichtungen der Frühförderung jedoch ihr Geld an einer symptomorientierten Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen. Dieser Ansatz greift häufig viel zu spät und zu kurz. Insofern erscheint die Forderung des Landesrechnungshofes, „Elternarbeit als direkte Leistung zu vereinbaren“ (S. 44) als selbstverständliche Notwendigkeit.

Wenn es im Folgenden (ebd.) unter dem Stichwort „Elternarbeit“ lediglich um die Frage geht, „wie die Eltern aus Sicht der Teilnehmenden in die Förderung des Kindes einbezogen werden“, offenbart dies ein seit den 1980er Jahren („Paradigmenwechsel“) als überholt erkanntes eingeschränktes Verständnis von Elternarbeit (Kotherapeuten-Ansatz). Die Effizienzforschung im Bereich der Frühförderung hat in den letzten Jahrzehnten eindeutig herausgearbeitet, wie wichtig das Lebensumfeld des Kindes für seine Explorationsmöglichkeiten ist und dass genau diese im frühkindlichen Alter wesentlich für seine Entwicklung sind. Als entscheidend für die Wirkung dieser Explorationshilfen werden die Quantität und Qualität von Stimulationen gesehen (Mahoney 2016). Diese finden überwiegend im Elternhaus statt (Mahoney & MacDonald 2007).

Auffallend ist hierbei als sehr interessantes Ergebnis der Studie, dass „in allen Frühförderstellen ... Mitarbeitende beschäftigt (sind), die eine Weiterbildung in systemischer Beratung abgeschlossen

haben“ und in „knapp jeder zweiten“ eine Zusatzausbildung in Familientherapie vorhanden ist (S. 48). Dies zeugt vom hohen Engagement der Frühförderung im Saarland und zeigt ein großes Potenzial für eine Ausweitung der Tätigkeitsfelder hin zu einer (präventiven) Frühförderung mit der Aufwertung einer ressourcenstärkenden Elternarbeit. Dem steht die nachvollziehbare (s.u.) Einschätzung der Frühförderstellen gegenüber, dass das offene Beratungsangebot und die räumliche bzw. Sachmittelausstattung „einfach bzw. sehr einfach“ umgesetzt werden können, während „die Umsetzung der alltagsunterstützenden Zusammenarbeit mit den Familien und Bezugspersonen der Kinder ... sowie... der Kooperation zwischen den beteiligten Fachkräften“ „aufgrund des momentan stark reduzierten Stundenumfangs“ „lediglich mit teils/teils oder schlechter bewertet wurden“ (S. 50). Insofern ist die überwiegend positive Bewertung der eigenen Elternarbeit durch die Frühförderstellen (S. 61) kritisch zu hinterfragen, andererseits scheinen die Frühförderstellen gerade beim „verbesserten Beziehungsaufbau zu den Eltern und Kindern“ den zentralen inhaltlichen Verbesserungsbedarf zu sehen (S. 62). Dies bietet ein gutes Fundament für eine Stärkung von Elternarbeit i.S. eines familienorientierten ressourcenstärkenden Ansatzes.

Die Studie weist entsprechend (wiederum mit Verweis auf Sohns, 2010) auf den Widerspruch hin zwischen hohen fachlichen Ansprüchen in der Landesrahmenempfehlung, die sich „ausdrücklich von denen in den meisten anderen Bundesländern abheben“ (S. 24) und den geringen Möglichkeiten (lediglich ein „Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen“), mit denen die Frühförderstellen hierzu ausgestattet sind. Umso verwunderlicher ist es, dass die Studie sich bezüglich der o.g. Begründung der Frühförderstellen einer infolge eingeschränkter Ressourcen nur eingeschränkten Umsetzung eines familienorientierten Ansatzes einseitig positioniert: „Dagegen lässt sich jedoch einwenden, dass im Saarland eine 90-minütige Behandlungseinheit neben der 45-minütigen direkten Leistung am Kind auch 45 Minuten für indirekte Leistungen in Form von Vor- und Nachbereitung, Fahrzeit, Netzwerkarbeit, Elternarbeit usw. vorsieht“ (S. 50). Die Anerkennung von ausschließlich „Leistungen am Kind“ unter „direkte Leistungen“ widerspricht allen o.g. wissenschaftlichen Erkenntnissen und zeugt von einem antiquierten einseitigen Verständnis eines Rehabilitationsträgers und wird vom Landesrechnungshof zu Recht moniert (s.o.). Angesichts der Vielfalt der benannten Aufgabenfelder mit 12 verschiedenen Tätigkeitsbereichen (incl. Fahrtzeiten und der gesamten Elternarbeit) (vgl. Tabelle 20, S. 59) stehen für die einzelnen indirekten Leistungen nur geringe zeitliche Ressourcen zur Verfügung und machen ein fachlich fundiertes Ausfüllen dieser Tätigkeiten fragwürdig. Zum Vergleich: In Hessen werden 1/3 der Zeit von i.d.R. 150 Minuten pro FE (dort, wo keine Pauschalfinanzierung besteht) für direkte Leistungen, hingegen 2/3 für indirekte Leistungen zur Verfügung gestellt. Insofern erscheint dieser „Einwand“ der Autoren innerhalb des Teils der Darstellung der Frühförderer als einseitige Übernahme einer fachlich überholten Positionierung der Auftraggeber.

Die Darstellung der Frühförderung innerhalb der Studie konzentriert sich entsprechend auch nur auf eine kind- und behandlungsorientierte Ausrichtung: Im Mittelpunkt steht die Darstellung von „Behandlungseinheiten“ (S. 36f), die eine deutliche inhaltliche Zuordnung auf dem Bereich der Übungsbehandlung und Therapie erkennen lässt. Mehr erscheint auch angesichts der hierfür zu geringen zeitlichen Budgets gerade für pädagogische Hilfen (S. 50f) nicht zu erwarten.

Interdisziplinäre Kooperation

Die Autoren der Studie äußern die „Erwartung, dass alle Frühförderstellen mit medizinischen Fachkräften kooperieren“ (S. 47). Bei genauerer Untersuchung der Struktur im Saarland erscheint dies vermessen: Angesichts einer grundsätzlich fehlenden Finanzierung des Aufwandes für die ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Fachpersonen für eine solche Kooperation jenseits des Fachausschusses (im Gegensatz beispielsweise zu Hessen, wo seit fast 30 Jahren alle Frühförderstellen aus kommunalisierten Landesmitteln den kooperierenden ärztlichen und therapeutischen Fachpersonen hierfür Honorare zahlen können) sowie der obligatorischen Vorgabe, eigenes medizinisch-therapeutisches Personal im Team vorzuhalten, das damit in Konkurrenz zu den niedergelassenen Kolleg*innen steht, werden solche Kooperationen verhindert bzw. stark belastet. Es erscheint v.a. dem hohen persönlichen Engagement der beteiligten Fachpersonen in freier Praxis und in den Frühfördereinrichtungen zu verdanken, dass trotzdem umfangreiche Kooperationsstrukturen entstanden und in der Studie dokumentiert sind. Die im Zuge des Bundesteilhabegesetzes modifizierte Frühförderungsverordnung stärkt nochmals ausdrücklich solche obligatorische Kooperationsstrukturen. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass auch im Saarland hierzu die Frühförderstellen mit finanziellen Mitteln ausgestattet werden, um solche Strukturen mit externen Kooperationspartnern zu gewährleisten. Dies betrifft Fachpersonen des medizinischen Bereiches ebenso wie beispielsweise aus Kindertagesstätten oder den Hilfen zur Erziehung. Ziel muss es sein, die jeweiligen Einzelleistungen besser zu einem abgestimmten Gesamtsystem zu vernetzen, anstatt sie konfrontativ gegeneinander auszuspielen.

Schlussfolgerungen der Studie

Die wesentlichen Handlungsempfehlungen der Studie beruhen auf der Behauptung, dass das Teilhabeverfahren aufgrund der neuen gesetzlichen Grundlagen künftig durch den Leistungsträger durchzuführen sei - eine Behauptung, der vom für das Gesetz verantwortlichen Ministerium selbst widersprochen wird. Dennoch wird aus dieser Behauptung abgeleitet, dass bereits vor Einführung einer Diagnostik eine Kontrollüberprüfung durch das Landesamt durchgeführt werden müsse (deren Kriterien völlig unklar sind, da es ja noch keine „Diagnostik“ sein darf - diese Intention erscheint vielmehr als künstlich herbeigeführte zusätzliche Hemmschwelle für eine Inanspruchnahme von Hilfen), die Diagnostik selbst soll jedoch künftig auch dem Leistungsträger obliegen (S. 77). Der bisherige Fachausschuss soll durch ein neues Teilhabeplanverfahren abgelöst werden, das ebenfalls dem Leistungsträger obliegt. Es ist augenscheinlich, wie gesetzliche Neuerungen, die die Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen der Leistungserbringer und die niedrigschwelligen Zugänge erheblich aufwerten, dazu benutzt werden sollen, um genau das Gegenteil in die Wege zu leiten. Es ist bedauerlich, dass die Autoren der Studie versuchen, eine solche Intention wissenschaftlich zu legitimieren.

Auf die zum Teil unzulässig bewertenden Formulierungen der Studie wurde bereits hingewiesen. Sie dienen offensichtlich der Vorbereitung von politisch gesetzten Veränderungen, die mithilfe der Studie legitimiert werden sollen. Dies beginnt bereits beim offenen Beratungsangebot, das vom Gesetzgeber her eindeutig definiert ist als für „alle Eltern, die bei ihrem Kind ein Entwicklungsrisiko vermuten“ (§6a FrühV). Diese subjektive Sorge der Eltern lässt sich von einer Verwaltung nicht

administrativ kontrollieren. Unabhängig davon, dass diese gesetzliche Regelung aus fachlicher Sicht im Interesse von besorgten Eltern wie auch aus fiskalischer Sicht als präventives Angebot sinnvoll ist, bemüht sich die Studie, bereits ein solches Angebot zu diskreditieren: „Das äußerst niedrigschwellige Beratungsangebot führt zu erheblichem Kostenaufwand für das Land“ (S. 71). Entsprechend werden im Anschluss politisch-administrative Reglementierungen in Form von zusätzlichen Kontrolluntersuchungen und Hemmschwellen für die betroffenen Familien durch die Studie als „notwendig“ eingeordnet:

„Ein alternatives Instrument zur zukünftigen Umsetzung des Leistungszugangs wurde im Rahmen eines Workshops diskutiert. Hierbei soll nach dem Beratungsangebot der Frühförderstellen ein Antrag an das LAS gestellt werden, wenn die Vermutung einer notwendigen Leistung besteht. Dieser Schritt ist notwendig, um die Zugehörigkeit zum Personenkreis prüfen zu können. Weiterhin ist er insofern als sinnvoll zu erachten, als künftig mit der Umstellung auf das BTHG ohnehin alle Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen sind und es dann nicht mehr ausreicht, dem Träger lediglich den Bedarf mit-zuteilen“ (S. 71).

Diese „Notwendigkeit“ zur Feststellung der „Zugehörigkeit zum Personenkreis“ (die von den Autoren nicht in indirekter Darstellung des LAS als „sei notwendig“ referiert, sondern als vermeintlich wissenschaftliche Tatsache beschrieben wird) bleibt ihren wissenschaftlichen Beleg gänzlich schuldig, wissenschaftliche Erkenntnisse, die das Gegenteil nachweisen, werden außer Acht gelassen. Im Gegenteil werden solche restriktiven Verfahrenspraktiken mit Bezug auf den Workshop als Konsens suggeriert („... wurde im Rahmen eines Workshops diskutiert. Hierbei soll ...“, S. 71), der keineswegs bestanden hat. Es wird zu keinem Zeitpunkt auf das Anliegen des Gesetzgebers mit der Einführung einer Komplexleistung und entsprechende moderne Konzepte verwiesen, die die verschiedenen Systeme zu einem Gesamtsystem zusammenführen wollen, vielmehr wird die Notwendigkeit damit begründet, dass die „Zugehörigkeit zum Personenkreis“ zu prüfen sei und künftig ohnehin „alle Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen seien“ (ebd.). Auch hier wird der Wille des Gesetzgebers (BMAS 2019) vorenthalten, wonach der interdisziplinär erstellte Förder- und Behandlungsplan nicht nur Vorrang vor der Teilhabepflicht im Amt habe, sondern diesen im Bereich der Frühförderung gänzlich ersetzen soll.

Als bedenklich und als unlautere Stimmungsmache im Sinne des Auftraggebers erscheint es auch, wenn die Studie im Zusammenhang mit Neuregelungen des BTHG einen angeblichen neuen Sachverhalt beschreibt, bei dem „es dann nicht mehr ausreicht, dem Träger lediglich den Bedarf mitzuteilen“ (S. 71). Dies suggeriert die Frühförderung als einen Selbstbedienungsladen, der sich selbst willkürlich Gelder bewilligen könne. Das Gegenteil ist der Fall. Das Konzept der letzten zehn Jahre zielt ausdrücklich darauf ab, den Leistungsträger bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in die Feststellung möglicher Hilfebedarfe unmittelbar und fallbezogen einzubeziehen: Er war stets aktiv Beteiligter bei den Absprachen der Förder- und Behandlungspläne im Fachausschuss und hat dort ein ausdrückliches Vetorecht. Ohne die Zustimmung der Fachpersonen des Landesamtes konnte also kein Förder- und Behandlungsplan verabschiedet werden. Insofern stellt dies mitnichten eine Praxis dar, bei der dem LSA der Bedarf lediglich mitgeteilt wurde.

Auch bei der Phase „Diagnostik“ unterstellt die Studie eine „übliche Vorgehensweise beim Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe“, bei der zunächst festgestellt werde, ob das Kind zum leistungsberechtigten Personenkreis gehört, bevor diagnostische Verfahren und Bedarfsermittlung eingeleitet werden (S. 71). Dies ist schlichtweg Unsinn und fachlich gar nicht möglich. Wie kann

entschieden werden, ob die auffällige Entwicklungsverzögerung bei einem Kind organische Ursachen (z.B. eine geistige Behinderung) hat oder aufgrund von seelischen Einflussfaktoren herrührt, wenn zuvor keine Diagnostik durchgeführt werden darf? Erst durch eine interdisziplinäre Diagnostik lässt sich der Hilfebedarf und seine Hintergründe solide feststellen, und erst danach kann entschieden werden, welchem Leistungsträger die entsprechenden Hilfebedarfe zugeordnet werden können.

Das bisherige Verfahren auch deswegen als problematisch zu bezeichnen, da der Leistungsträger künftig für ein Gesamtplanverfahren verantwortlich sei, ergibt auch kein stichhaltiges Argument. Auf die entsprechende Position des Gesetzgebers zugunsten der vor Ort erstellten Förder- und Behandlungsplanung wurde bereits hingewiesen. Eine rechtsgutachterliche Überprüfung des Diagnostikverfahrens im Auftrag der LAG Frühförderung im Saarland ergab hierzu ein eindeutiges Ergebnis: „Somit ergibt sich, dass auch die Leistung in Form der Diagnostik von den Leistungserbringern der Frühförderung zu erbringen ist, mithin u.a. von den (interdisziplinären) Frühförderstellen. Der Leistungsrahmen der Früherkennung und Frühförderung umfasst mithin die Diagnostik in jedem Stadium der Frühförderung“ (Curacon 2018, 4), und später: „Wiederum lässt sich daher festhalten, dass die Diagnostik nicht losgelöst von der Leistungserbringung der Früherkennung und Frühförderung (§46 SGB IX) erfolgen darf und deren Erbringer die Interdisziplinären Frühförderstellen sind“ (ebd., S. 6).

In den meisten Regionen werden ein Erstgespräch und eine darauf erfolgende interdisziplinäre Diagnostik entsprechend als gemeinsamer Arbeitsschritt bewertet. Es gibt allerdings noch zahlreiche Regionen, bei denen die Diagnostik der Frühförderung *anschließend* noch einmal amtsärztlich überprüft wird und damit eine aufwändige systematische Doppeldiagnostik praktizieren. Dies erfolgt jedoch zumeist unabhängig von einer späteren Zuordnung zu einem leistungsbezogenen Personenkreis (die in den meisten deutschen Regionen nicht praktiziert wird). Die hier angestrebte Verfahrensweise erscheint willkürlich und wird die oben beschriebenen aufwendigen juristischen Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Gebietskörperschaften im Saarland auf Kosten des Steuerzahlers verstärken, ohne dass damit irgendeine Hilfeleistung einhergeht.

Darüber hinaus versucht die Studie, die Praxis der Frühförderstellen, externe Fachkräfte von außerhalb in die interdisziplinäre Diagnostik einzubeziehen, gegen die Frühförderstellen zu richten, indem ihre Argumentation, die Diagnostik soll als zusammenhängender Prozess „in der Einrichtung erfolgen“ darauf begrenzt wird, dass sie „in den Räumen der Frühförderung“ zu verorten sei, was durch die eigene Praxis widerlegt werde (S. 71f). Aus fachlicher Sicht geht es jedoch nicht darum, die Prozesse der Frühförderung an einem Ort zusammenzuführen. Das ist eine antiquierte Sichtweise eines funktions- und therapieorientierten Ansatzes, der auf Behandlungen in Therapieräumen abzielt. Es geht um Wohnortnähe, Lebensweltorientierung und um verschiedene Settings, die für das Kind und seine Familie geringe Zugangsschwellen suggerieren. Solche Zugangsschwellen stellen häufig auch fremde Therapieräume einer Frühförderstelle verbunden mit einer aufwendigen Anfahrt dar. Insofern ist es ein hoher Gewinn, wenn die Frühförderstellen ein umfangreiches diagnostisches Netzwerk aufbauen können, in das die Fachkräfte, die bereits ein Vertrauensverhältnis zu der Familie besitzen und niedrigere Zugangsschwellen haben (v.a. Kindertagesstätten, Kinderärzte oder wohnortnahe medizinische Therapeuten) als fester Bestandteil eingebunden werden. Die Bezugsperson der Frühförderung vermeidet hierbei zusätzliche Doppeldiagnostiken, sondern bündelt in Abstimmung mit der Familie die bereits vorausgegangenen Untersuchungen. Dies schlägt sich in der empirischen Erhebung der Studie nieder. In diesem Sinne dürfte das Bündeln der Diagnostik „in

der Einrichtung“ nicht – wie von den Autoren der Studie unterstellt – isoliert auf die Räumlichkeiten abzielen, sondern auf die Zuständigkeit einer begleitenden Einrichtung und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und Zugangs zur Familie. Dies nun dahingehend zu interpretieren, dass die Diagnostik entsprechend ohne eine Verschlechterung des Angebotes an den Leistungsträger überführt werden könne, widerspricht diesen fachlichen Grundlagen.

Die Studie behauptet ferner, es gebe „die Zusammensetzung und die Aufgaben des Fachausschusses ... In dieser Form lediglich im Saarland“ (S. 72). Dies erkennt, dass ähnliche Praktiken, bei denen Fachvertreter der Frühförderung mit externen Einrichtungen, die Kind und Familie kennen, und Vertretern der Leistungsträger gemeinsam an der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans beteiligt sind, durchaus üblich sind. Allerdings läuft dies ausschließlich im Saarland unter der Bezeichnung „Fachausschuss“. Bedenklich erscheint hier, wie unhinterfragt die „stichprobenartigen Doppelbegutachtungen“ „bestätigen“, „dass für manche Kinder auch andere Leistungen als Frühförderleistungen angebracht wären“ (ebd.). Wenn Bedenken des Rechnungshofes an einer Neutralität der Vertragsärzte geäußert werden (ebd.), müssten gleichermaßen Bedenken an der Neutralität der Durchführung dieser nachträglichen Begutachtungen (überwiegend auf Basis einer Aktenlage) durch das in das Verfahren als Kostenträger involvierte LSA bestehen. Die Tatsache der vielfältigen o.a. Klageverfahren, bei denen eine andere Gebietskörperschaft (Regionalverband der Jugendhilfe) die amtlichen Feststellungen des LSA gerichtlich überprüfen lässt, verstärkt den Verdacht, dass deren eigene Begutachtungen nicht primär aus einer fachlichen Kompetenz, sondern aus dem politischen Willen, damit verbundene Kosten abzulehnen oder auf andere Rehabilitationsträger abzuwälzen, motiviert scheint. Insofern stellt die Studie der Objektivität dieser zweiten Begutachtung einen Blankoschein aus, der sich nicht rechtfertigen lässt.

Es bleibt auch zu hinterfragen, wieso der Fachausschuss durch ein Teilhabeplanverfahren nach §19 SGB IX abzulösen sei (das im Übrigen ja im Bereich der Frühförderung durch die interdisziplinäre Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans gem. §7 FrühV gewährleistet wird, s.o.), um eine Teilnahme mehrerer Kostenträger zu gewährleisten (Empfehlung der Autoren, S. 77f). Genau dies ist bereits Bestandteil der bisherigen Konzeption der Fachausschüsse, die die verschiedenen Rehabilitationsträger regelmäßig hierzu einladen. Auch hier scheint es lediglich darum zu gehen, die Frühförderinstitution als federführende Institution mit niedrigschwelligem Zugang zugunsten des Ausbaus einer überregionalen Verwaltung abzuwerten. Es muss dabei kritisch gefragt werden, wieso andere Rehabilitationsträger, die bislang nicht an den Fachausschüssen mit den Praktikern und dem Landessozialamt teilnehmen, künftig im Landesamt daran teilnehmen sollten. V.a. aber ist anzuzweifeln, ob die Teilnahme aller Rehabilitationsträger an allen Verfahren angesichts der enormen damit verbundenen Ressourcen tatsächlich sinnvoll ist. In anderen Regionen (z.B. den Modellregionen in NRW) wurde über Pauschalen die finanzielle Beteiligung der jeweiligen Rehabilitationsträger vorab geklärt, sodass nur noch ein federführender Rehabilitationsträger die Gesamtverantwortung trug. Ein ähnliches Verfahren wird derzeit zum Beispiel im Zuge der Verhandlungen zu Landesrahmenvereinbarungen in Schleswig-Holstein diskutiert. Es ist auffällig, dass die enormen Kosten einer regelmäßigen Beteiligung von Verwaltungspersonen aller beteiligter Rehabilitationsträger an allen künftigen Fallbesprechungen dann kein relevanter Kostenfaktor darstellen soll, wenn es nicht um die unmittelbaren Hilfen für Kinder und Familien, sondern um eine personelle Aufwertung der jeweiligen Verwaltungen geht.

In der Folge weisen die Autoren im Zuge ihrer „Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen“ auf die ungeklärte Ausgestaltung der Elternarbeit (Kap. 10.3) hin, bei der sich jedoch „alle beteiligten Institutionen dahingehend einig sind, dass die Elternarbeit in Zukunft intensiviert werden soll“ (S. 74), ohne dass hierbei Konsens in dem Verfahren besteht (S. 74f). Im folgenden Abschnitt (Kap. 10.4) wird die Kritik der Frühförderstellen dargelegt, wonach für interdisziplinäre Zusammenarbeit (nur 2%) und Netzwerkarbeit (1%) zu geringe Zeitbudgets zur Verfügung stehen. Die Autoren der Studie widersprechen dieser Darstellung: „An dieser Stelle sei jedoch noch einmal darauf hingewiesen, dass im Saarland bereits ein Anteil von 50 % der Behandlungseinheiten für indirekte Leistungen, wie z. B. Vor- und Nachbereitung, Fahrtzeit, Netzwerkarbeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit, vorgesehen ist. Aus diesem Grund ist nicht nachvollziehbar, wieso aus Sicht der Frühförderstellen für diese Aspekte nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht“ (S. 75). Interessant ist, dass bei dieser klaren Positionierung der Autoren gegen die Aussagen der Frühförderstellen nicht darauf hingewiesen wird, dass in die Berechnung der indirekten Leistungen neben den aufgeführten Parametern auch die gesamte - nach einheitlicher Meinung viel zu kurz kommende - Elternarbeit zu gewährleisten ist. Unabhängig davon, dass diese willkürliche Subsummierung von Elternarbeit unter „indirekte Leistungen“ fachlich längst überholt ist und auch vom Landesrechnungshof moniert wurde, erscheint diese Positionierung der Autoren sehr fragwürdig - auf entsprechende Details und beispielsweise die Praxis in Hessen, wo wesentlich höhere Ressourcen (90 Minuten pro Fördereinheit ausschließlich für indirekte Leistungen) zur Verfügung stehen, wurde bereits in Kapitel „Elternarbeit“ hingewiesen.

Die Studie bringt (ohne Quelle) schließlich nochmals den Willen ihres Auftraggebers zum Ausdruck und nimmt eine zukünftige Beschlussfassung bereits vorweg: „Das Teilhabepflanverfahren wird die Fachausschusssitzungen ablösen“ (S. 76), wobei außer beim beschriebenen Leistungszugang keine Veränderung geplant seien (ebd.). Es bleibt die Vermutung, dass einziges Motiv die Aufwertung von Entscheidungs- und Kontrollbefugnissen „im Amt“ zu sein scheint. Eine Beteiligung des Amtes mit einem Vetorecht scheint künftig nicht mehr auszureichen. Aus den niedrigschwelligen Abstimmungen der beteiligten Fachkräfte vor Ort gemeinsam mit Fachvertretern aus dem Landessozialamt soll ein Verfahren entwickelt werden, bei dem das Amt die alleinige Federführung hat, die mit einer (fachlich nicht erklärbaren) Vorab- Prüfung einer „Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis“ beginnen soll. Es bleibt unklar, auf welcher Grundlage eine solche Prüfung erfolgen soll und wie sich die gesetzlich vorgegebenen niedrigschwelligen Zugangswege zum System der Frühförderung verändern werden. Wenn nach einem offenen Beratungsangebot verwaltungstechnische Hürden für den Zugang zu einer weiteren Diagnostik eingeführt werden, bleibt unklar, wie das damit restriktiv ausgerichtete frühzeitige Kontrollsystem des Landesamtes mit den Systemen der Krankenkassen, die die offenen Zugänge zu Diagnostik weiter beibehalten und als präventiv wirksame Instrumente ansehen, zu einem gemeinsamen System harmonisiert werden. Es erscheint bedauerlich, dass die Rehabilitationsträger hieran kein Interesse zu zeigen scheinen.

Schlussbemerkung:

Mit dem Beschluss des Bundesteilhabegesetzes ergibt sich die Möglichkeit, Hilfesysteme im Bereich der frühen Entwicklungsförderung zu verbessern. Insbesondere besteht die Chance eines präventiv

ausgerichteten Angebots, bei dem kindliche Entwicklungsrisiken sehr frühzeitig erfasst und durch gezielte Hilfen gemildert werden können. Damit können Frühe Hilfen einen wesentlichen Beitrag zur Chancengleichheit leisten, indem sie das Fundament einer kindlichen Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren, insbesondere im ersten Lebensjahr, stärken.

Die Frühförderung als zentraler Bestandteil der Frühen Hilfen wäre als mobiles und familienorientiertes System mit einer Tradition von über 40 Jahren ideal geeignet, eine wesentliche Funktion solcher präventiven und nachhaltigen Hilfen zu übernehmen. Nach den vorliegenden Konzepten für die Reformierung der Frühförderung im Saarland werden diese Möglichkeiten nicht genutzt. Stattdessen wird im letzten Jahrzehnt unter Federführung der Jugendhilfe ein paralleles System aufwendig neu aufgebaut, das unter dem Fokus „Kinderschutz“ die gleichen präventiven und Familien stärkenden Ziele verfolgt. Dabei hat sich das Saarland im Bereich der Frühförderung im letzten Jahrzehnt gerade durch ein offenes System und eine frühe Abstimmung zwischen fachlichen Leistungserbringern und Leistungsträgern bundesweit profiliert. Damit ist es offenbar gelungen, das durchgängige Problem einer guten Früherkennung im Vergleich zu zahlreichen anderen Regionen etwas abzumildern. Umso bedauerlicher ist es, wenn eine Reform der Frühförderung zum Anlass genommen wird, diese positiven Ansätze wieder zu zerschlagen und die Folgekosten auf andere Rehabilitationsträger abzuwälzen. Dies kann nur als elementarer Rückschritt für ein gesamtes Versorgungssystem für Kinder mit Entwicklungsrisiken und ihre Familie gesehen werden.

Gelnhausen, den 26 Oktober 2019

Prof. Dr. Armin Sohns

Literatur

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2019): Schreiben an den Berufsverband für Heilpädagogik (BHP) vom 21. Mai 2019

Curacon, Rechtsanwaltsgesellschaft mbH (2018): Gutachterliche Stellungnahme zum Diagnostischen Prozess gemäß der Bundesverordnung Frühförderung (FrühV) und dem Entwurf der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der FrühV für das Saarland. Rendsburg, 5.10.2018

ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Köln 2008

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014): Frühe Hilfen - Begriffsbestimmung und Leitbild. In: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/>

Mahoney, Gerald (Übersetzung aus dem Englischen): Das Elternmodell in der Frühförderung, in: Steffens, Markus / Borbe, Cordula / Jendricke, Victoria: Familie psychische Gesundheit - Anspruch und Wirklichkeit, Referenz-Verlag, Frankfurt, 109-132

Mahoney, G., & MacDonald, J. (2007). Autism and developmental delays in young children: The responsive teaching curriculum for parents and professionals. Austin, TX: PRO-ED.

Prognos (2014): Weiterentwicklungsbedarf der Hilfen zur Erziehung im Fall der „Großen Lösung im SGB VIII“. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vertiefungsstudien durch das Ministerium im Jahr 2015 freigegeben. Berlin 2014

Rahmenvereinbarung für Schleswig-Holstein nach § 46 Abs. 4 SGB IX zur Erbringung von Leistungen der Frühförderung als Komplexleistung: Unveröffentlichter Entwurf, die Unterschrift ist für Dezember 2019 geplant

Schaumburg, Torsten: Schreiben an die VIFF Südwest vom 24.09.2018 auf eine Anfrage vom gleichen Tag bzgl. der Bewilligungsfristen für Anträge auf Frühförderung

Sohns, Armin (2001): "Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförder- und Beratungsstellen in Mecklenburg-Vorpommern - eine Bestandsaufnahme". Wissenschaftliche Evaluationsstudie der "Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung - Ländervereinigung Nord e.V." in Kooperation mit der Fachhochschule Neubrandenburg im Auftrag der Software-AG-Stiftung Darmstadt, Neubrandenburg 2001

Sohns, Armin (2010): Frühförderung - ein Hilfesystem im Wandel. Kohlhammer (Stuttgart) 2010

Sohns, Armin / Hartung, Annette / Urbanek, Jana / Ederer, Friedrich / Lamschus, Kirsten (2015): Rahmendaten und Qualitätsstandards der Frühförderstellen im Freistaat Thüringen, in: König, Lilith / Weiß, Hans: Anerkennung und Teilhabe in der Interdisziplinären Frühförderung, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2015, 222-237

Sohns, Armin (2016): Die Komplexleistung Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 35. Jg. 180-185, Ernst Reinhardt Verlag, München

TMASGFF (2019): Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Thüringer Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention, Version 2.0; Erfurt 2019