

Statement zur Fachtagung zum Thema „Drei Jahre Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn ich jetzt durch die kommunale Brille, namentlich für den Städtetag NRW und den Landkreistag NRW auf 3 Jahres Landesrahmenvereinbarung Frühförderung zurückblicke, lassen sie mich zunächst folgendes feststellen: Unabhängig von der in unseren Mitgliedskommunen im einzelnen differenzierten Bewertung der Rahmenvereinbarung, der FrühförderVO und ihrer Instrumente hat das Thema für die Kommunen nicht weniger Aktualität als zu dem Zeitpunkt, als wir über die Rahmenvereinbarung diskutierten. Im Gegenteil: Der Grundgedanke der Teilhabe, der alle Gesellschaftsbereich immer stärker durchdringt, und die Erkenntnisse der Wissenschaft haben die Bedeutung eher steigen lassen. Es wird immer deutlicher wie wichtig eine optimale Frühförderung für die Lebens- und Entwicklungschancen der Kinder ist. Und gerade die Kommunen fühlen sich gegenüber diesen Kindern und ihren Familien verpflichtet, sie bei der Realisierung ihrer Lebenschancen zu unterstützen. Und die Kommunen wissen auch um das gesamtwirtschaftlich, letztlich auch finanzielle Interesse an einer gelingenden Frühförderung. Schließlich können durch sie oft noch Entwicklungspotentiale genutzt werden, deren Verstreichen lassen zu einem ausgeprägteren und damit für den Sozialstaat teurerer lebenslangen Unterstützungsbedarf führen würde.

Nun werden sicher einige direkt sagen: na typisch, die Kommunen machen nur was, wenn es um ihr Geld geht. Und genau darum habe ich zuerst darauf verwiesen, dass sich die Kommunen aufgrund der engen Lebensbezüge zu den Betroffenen zuerst auch als deren Sachwalter verantwortlich fühlen. bei Kindern und Menschen mit Behinderungen ebenso wie bei vielen anderen unterstützungsbedürftigen Menschen. Zum anderen darf man aber auch und gerade bei dem gesamten Komplex der Teilhabeleistungen wirtschaftliche und finanzielle Erwägungen nicht außer acht lassen. Gerade in diesem Bereich explodieren in den letzten Jahren die kommunalen Ausgaben. Und das betrifft in vielen Kommunen- wie auch in der Untersuchung des ISG belegt – auch den Bereich Frühförderung. Nun ist sicher jeder Euro für eine Förderung von Kindern und Menschen mit Behinderungen gut angelegt und niemals ein verschenkter Euro. Das ist richtig. Aber richtig ist auch, dass wir auch im Sozialbereich jeden Euro nur

einmal ausgeben können. Und die immer noch zum Teil bittere und sich wieder verschärfende finanzielle Not der Kommunen sowie die inzwischen gemeinsame Überzeugung, dass wir endlich aufhören müssen, auf Kosten kommender Generationen zu leben, muss uns auch im Sozialbereich dazu bringen, jede Ausgabe und erst recht massive Ausgabensteigerungen kritisch zu hinterfragen. Dabei ist der Bereich Frühförderung sicher von besonderer Sensibilität. Denn es geht um ganz konkrete Lebenschancen von Kindern mit Behinderungen. Es ist aber zugleich ein Bereich, in dem – und das zeigen durchaus auch die ersten Jahre der Rahmenvereinbarung- Fehlsteuerungen nicht ausgeschlossen sind. Natürlich muss jedes Kind mit einer entsprechenden Behinderung eine angemessene Förderung erhalten. Und wenn es sie anders nicht bekommt, muss im Zweifel der Staat eingreifen. Aber die Konkurrenz zweier möglicher Kostenträger, die Frage, wie weit geht eigentlich auch eine vorrangig Förderverpflichtung von Eltern und auch die sorgsame Beobachtung, warum und in welchen Bereichen neue Angebote ganz offensichtlich erst Bedarfe schaffen – all das muss sorgsam beobachtet werden.

Die Kommunen tun das und dass die Komplexleistung Frühförderung nicht überall mit demselben Nachdruck gefördert wird, zeugt davon, dass die Ergebnisse ihrer Beobachtung sie nicht immer überzeugen.

Wie ist nun aktuell die kommunale Einschätzung?

Dabei muss vorab gesagt werden, dass den Kommunalen Spitzenverbänden hierzu kein fundiertes Zahlenmaterial vorliegt. Vielmehr kann nur auf Einzeleindrücke aus Stellungnahmen der örtlichen Sozialhilfeträger zurückgegriffen werden.

Zunächst: Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass Frühförderung auch interdisziplinär verfügbar sein soll. Die Einführung der Komplexleistung ist ein richtiger Schritt zu einer besseren, individuell zugeschnittenen und abgestimmteren Versorgung von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Eltern können hierdurch alle Frühförderleistungen aus einer Hand erhalten.

Die Kommunen widmen sich der Frühförderung im Allgemeinen und der Komplexleistung im Besonderen mit großem Engagement. Insbesondere geht es ihnen darum, die bekannten rechtlichen und tatsächlichen Schwierigkeiten nicht auf dem Rücken der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder auszutragen. Entscheidend sind

neben dem individuellen Hilfebedarf aber auch die örtlichen Gegebenheiten und Möglichkeiten. Diese sind zwangsläufig von Kommune zu Kommune unterschiedlich. Dies ist vor allem bedingt durch die gewachsenen Frühförderstrukturen aber auch die Haushaltslage vor Ort. Es bleibt festzuhalten, dass die Rahmenvereinbarung vor drei Jahren eben nicht auf eine „grüne Wiese“ traf, sondern zum Teil auf gewachsene und bewährte Strukturen.

Die grundgesetzlich verankerte kommunale Selbstverwaltung ermöglicht und schützt diese örtlich individuelle Ausgestaltung der Daseinsvorsorge. So haben die Gesetz- und Ordnungsgeber die Leistung und ihre Vergütung lediglich in Grundzügen vorgegeben, die konkrete Ausgestaltung aber der Landesrahmenempfehlung und den diese flankierenden Vereinbarungen vor Ort überlassen.

Die Studie des ISG bestätigt die unter anderem hierdurch bedingte Vielfalt der Frühförderlandschaft in NRW.

Umsetzungsstand der Rahmenempfehlung

In Nordrhein-Westfalen ist im Frühjahr 2005 die bundesweit erste Landesrahmenempfehlung nach § 2 FrühV in Kraft getreten. Sicherlich ist unstrittig, dass sich der Umsetzungsprozess schwierig gestaltet und nur zögerlich vorangeht. Dies ist aus kommunaler Sicht auch begründbar.

Die Neugestaltung der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in den Vorschriften des SGB IX, der Frühförderverordnung NRW und der Landesrahmenempfehlung traf auf bereits bestehende Strukturen der Frühförderung; so gibt es bereits zahlreiche interdisziplinär besetzte Frühförderstellen.

Ein Teil der Kommunen Nordrhein-Westfalens strebt eine Weiterentwicklung der vorhandenen Frühförderung zur interdisziplinären Frühförderung zunächst deswegen nicht an, weil die vorhandene solitäre Versorgung qualitativ so gut und ausreichend vernetzt ist (z.B. im Hinblick auf die i.d.R. nicht berücksichtigte ärztliche Komponente, die aber durch eine gut vernetzte Zusammenarbeit mit den Kinderärzten sichergestellt werden kann), dass die Komplexleistung aus Sicht dieser örtlichen Sozialhilfeträger zumindest keine Verbesserung darstellt.

Vor allem im Hinblick auf die zu erwartende Kostenentwicklung sind viele Kommunen sehr zurückhaltend. Die Erfahrungen der Kommunen und auch der Abschlussbericht

des ISG zeigen, dass mit der Einführung der Komplexleistung die Kosten für den örtlichen Sozialhilfeträger erheblich gestiegen sind. Der Bericht des ISG führt insoweit aus, dass für die von den Sozialhilfeträgern zu zahlenden heilpädagogischen Leistungen im Jahr 2006 878 Mio. Euro ausgegeben wurden. Im Vergleich zum Jahr 2000 sind die Ausgaben um 36 % gestiegen. Dies liegt leicht über dem Durchschnitt der Ausgabenentwicklung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen insgesamt.

Hinsichtlich der Kostenteilung lassen die Verhandlungen mit den Krankenkassen wenig Spielraum für den örtlichen Sozialhilfeträger. Die Krankenkassen bestehen auf einem Übergewicht der heilpädagogischen Leistung, für die die örtlichen Sozialhilfeträger Kostenträger sind. Sie begründen dies mit der Abgrenzung der IFF zu den Sozialpädagogischen Zentren (SPZ) und dem Verweis auf die §§ 3, 4 FrühV i.V.m. § 9 FrühV. Für die Kostenregelung ist dort festgehalten, dass der auf die heilpädagogischen Leistungen entfallende Anteil der Entgelte für Leistungen in den IFF 80 vom Hundert und in den SPZ 20 vom Hundert nicht übersteigen darf. Sicherlich lässt sich dieser Regelung entnehmen, dass der Gesetzgeber eine vorherrschende Rolle der Heilpädagogik in der IFF erwartet. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese Mindestquote zwischen den Kostenträgern der Realität bei weitem nicht entspricht. Es zeigt sich vielmehr, dass die zwei Leistungsarten häufig nahezu gleichgewichtig sind.

Das Ergebnis der Studie des ISG, dass in 90 % der Fälle die örtlichen Sozialhilfeträger Kostenträger der IFF-Stellen sind, verdeutlicht die geschilderte Verhandlungspraxis der Krankenkassen. Obwohl die von ihnen zu finanzierende Leistungsart einen größeren Prozentsatz ausmacht als die Mindestquote vorsieht, lehnen die Krankenkassen eine weitergehende Kostenträgerschaft offensichtlich ab.

Soweit vor Ort konkrete Verhandlungen zur formalen Anerkennung einer IFF-Stelle mit den Krankenkassen aufgenommen werden, ergeben sich aus kommunaler Sicht erhebliche Schwierigkeiten:

Die Krankenkassen dominieren den Verhandlungsprozess. Ein Gespräch auf Augenhöhe erscheint vielen Kommunen hierdurch erschwert. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen oftmals darauf zu bestehen scheinen, den standardisierten Mustervertrag abzuschließen. Örtliche Gegebenheiten finden hierdurch – trotz einer ausdrücklichen Regelung in der Landesrahmenempfehlung - keine Berücksichtigung. Schließlich wird ein Beitritt zu der Landesrahmenempfehlung deswegen oftmals nicht in Betracht

gezogen, weil diese zu starr ausgelegt und angewandt wird und in örtlichen Verhandlungen bessere Ergebnisse erzielt werden können.

Erfahrungen mit der Rahmenempfehlung in der Praxis

Die Kommunen, die der Rahmenempfehlung beigetreten sind oder diese gegen sich gelten lassen, berichten von sowohl durchaus positiven als auch – leider nach wie vor überwiegend –negativen Erfahrungen.

Mit den IFF wird ein großer Anteil an Kindern erreicht. Es zeigt sich, dass die angebotenen Fördermaßnahmen von den betroffenen Familien sehr gut angenommen werden.

Auch Rückmeldungen aus der Ärzteschaft belegen, dass diese mit der Qualität der Interdisziplinären Diagnostik sehr zufrieden sind.

Insgesamt aber führt die Einführung der Komplexleistung zu einer erheblichen Kostensteigerung für die Kommunen.

Es ist der Eindruck entstanden, dass - wohl aufgrund der fehlenden Budgetierung - Bedarfe geweckt wurden, die vorher entweder nicht gesehen oder andersartig versorgt wurden. Jedenfalls hat die Anzahl der bekannten Kinder mit sowohl heilpädagogischen als auch medizinisch-therapeutischen Bedarfen erheblich zugenommen. Ursache hierfür könnte sein, dass Ärzte die Möglichkeiten der Überweisung in eine interdisziplinäre Frühförderung sehr intensiv nutzen, um das eigene Budget und damit das Leistungssystem SGB V zu entlasten. Es besteht daher die Sorge, dass die alle Erwartungen übertreffenden Bedarfszahlen zu einem Teil auf überwiesenen Kindern, die eigentlich aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht in die IFF-Leistungen gehören würden, beruhen.

Neben der relativ hohen Anzahl an betreuten Kindern fällt auch eine hohe durchschnittliche Förderintensität je Kind auf. Auch bei der Zugangssteuerung gibt es erhebliche Probleme. Eine Abgrenzung zu anderen alternativen Versorgungsarten fällt schwer. Der Kostenträger kann die Frage, ob ein Kind schon in eine IFF oder nicht mehr in eine IFF gehört vor allem im Hinblick auf die Ausrichtung der SPZ nur schwer beantworten. Insoweit fehlen Indikationen.

Die genannten Faktoren, die die Kostenentwicklung für die örtlichen Sozialhilfeträger schwer kontrollierbar erscheinen lassen, rechtfertigen zumindest eine gewisse Zurückhaltung im Hinblick auf die Umsetzung der Rahmenempfehlung.

Bei der praktischen Umsetzung der Komplexleistung schließlich bereitet die Tatsache Schwierigkeiten, dass die Komplexleistung im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen nicht enthalten ist. Privat versicherte Kinder können daher nicht gleichermaßen versorgt werden. Einem Beitritt zu den jeweiligen Vertragswerken sind die privaten Krankenkassen jedoch nicht zugeneigt, so dass diese Ungleichbehandlung immer im Raum steht.

Auch fällt auf, dass das Alter der Kinder, die die IFF erreichten, relativ hoch (durchschnittlich 4 Jahre) ist. Der Intention des Gesetzgebers, gerade in der frühen Phase der Entwicklung dem Betroffenen zur Seite zu stehen, kann daher noch nicht entsprochen werden.

Es besteht daher insgesamt erheblicher Nachbesserungsbedarf sowohl in der Zusammenarbeit der Kostenträger untereinander als auch im Umgang mit den gesetzlichen Grundlagen und deren Auslegung.

Alle Beteiligten müssen noch ihren Teil dazu beitragen, dass die Komplexleistung, wie sie sich der Gesetzgeber und alle Beteiligten im Sinne einer besseren Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder vorstellen und wünschen, realisierbar wird. In diesem Bewusstsein möchten wir ausdrücklich unsere Kooperationsbereitschaft signalisieren, denn obwohl wir nicht davon überzeugt sind, dass das durch die Einführung der Komplexleistung in das Neunte Sozialgesetzbuch ermöglichte Fürsorgeangebot das beste für die Betroffenen ist, ist uns an einer bestmöglichen Versorgung dieser Personengruppe sehr gelegen.