

Kurzstatement für den 25.01.2013 – Evaluation der IFF – Leistungen

- Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrter Herr Minister Schneider,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

Ich bedanke mich für die Gelegenheit, die Perspektive der kommunalen Spitzenverbände und damit der Städte und Kreise in die heutige Diskussion der Evaluationsergebnisse einbringen zu können. Die Kreise und kreisfreien Städte als Sozialhilfeträger sind neben den Krankenkassen die Rehabilitationsträger für die Leistungen der interdisziplinären Frühförderung iSd §§ 30, 65 SGB IX iVm der FrühFVO. Das Konstrukt der interdisziplinären Leistung ist letztlich der Entwicklung unseres differenzierten Sozialleistungssystems geschuldet, denn wie so oft lassen sich individuelle Bedarfslagen auch hier nicht ausschließlich dem Verantwortungsbereich eines einzigen Sozialleistungsträgers zuweisen. Es ist damit weniger ein innovativer Ansatz, sondern vielmehr eine Reparaturmaßnahme im Sozialleistungssystem, ähnlich dem Gesamtplan im SGB XII.

Für die Kreise und kreisfreien Städte sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung. Zunächst geht es den zuständigen Aufgabenträgern um eine bestmögliche fachliche und frühzeitige Versorgung. Denn die Leistungen der kommunalen Eingliederungshilfe gemäß SGB XII sind gesetzlich auch darauf ausgerichtet, Behinderungen zu verhindern, verfolgen also – um in der Diktion der Landesregierung zu bleiben – seit jeher einen präventiven Ansatz. Zum anderen gilt es, einen verantwortungsvollen Umgang mit kommunalen Ressourcen und die Berücksichtigung der örtlichen Strukturen zu sichern.

Unterschiedliche Konzepte, nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der beiden Landesteile sind die natürliche und häufig auch notwendige Folge. An dieser Stelle sei auf die in vielen Kreisen nach wie vor praktizierte institutionelle Förderung von Angeboten verwiesen.

Damit komme ich gleich zu Beginn in der Tendenz zu einer etwas anderen Bewertung der Evaluationsergebnisse als dies in den Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zum Evaluationsbericht der Fall ist.

Die Schlussfolgerungen beinhalten insbesondere drei wesentliche Punkte, die für die kommunalen Aufgabenträger von Bedeutung sind:

1. Heterogene Versorgungssituation:

Die Versorgung mit Leistungen der Frühförderung erfolgt in NRW auf unterschiedliche Weise. Nicht überall wird die Durchführung der IFF als Komplexleistung umgesetzt.

2. Unterschiedlichkeit der Komplexleistung:

Die Durchführung der Komplexleistung erfolgt nicht überall zu gleichen Bedingungen. Es wird empfohlen, auf Unterschiede in der Durchführung der Komplexleistung mit verbindlichen Mindeststandards zu reagieren

3. Uneinheitliche Bewertung des Bewilligungsverfahrens:

Die Zugangssteuerung wird nicht von allen Kommunen als optimal bewertet und teilweise als Hemmnis für eine flächendeckende Umsetzung der Komplexleistung gesehen.

Als übergeordnetes Ziel soll die möglichst flächendeckende gleichwertige Leistungsgewährung als Komplexleistung und damit die Gewährleistung gleicher Lebensverhältnisse in diesem Bereich mit verschiedenen Maßnahmen erreicht werden.

Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen sollte folgendes nicht aus dem Blick geraten:

In NRW bestehen keine Versorgungslücken in der Weise, dass Kinder mangels Anwendung der Komplexleistung nicht die notwendigen Leistungen erhalten. Auch wenn insbesondere in Westfalen-Lippe die Komplexleistung nicht flächendeckend angeboten wird, bedeutet dies im Ergebnis nicht, dass Kinder dort keine Frühförderleistungen erhalten. Insoweit halte ich auch den Begriff „prekär“ bei der Bewertung der Versorgungslage in diesem Landesteil für deplaziert.

Die Anerkennung als IFF iSd FrühV fällt bundesweit nicht einheitlich aus. NRW nimmt dabei eine Sonderstellung ein, indem besondere Anforderungen an eine IFF mit einem entsprechenden Konzept gestellt werden. (was in NRW nicht als IFF anerkannt ist, kann in anderen Ländern durchaus als IFF gelten) Es gilt dem Eindruck entgegenzutreten, dass eine Leistungserbringung, die sich nicht im Rahmen der Komplexleistung innerhalb einer Frühförderstelle vollzieht, automatisch defizitär wäre und anspruchsberechtigte Kinder keine angemessene Leistung erhalten. So werden beispielsweise heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen auch in Frühförderstellen und in niedergelassenen Praxen erbracht, wobei die Kommune jeweils verbindliche Vereinbarungen mit den Praxen getroffen hat und die Bewilligung und Koordination auf dieser Grundlage durchführt. Im ebenfalls vom ISG vorgelegten bundesweiten Forschungsbericht zu strukturellen und finanziellen Hindernissen bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung heißt es

zudem, dass die Frage, ob Kinder in den Regionen besser versorgt sind, in denen Komplexleistung angeboten wird, nicht beantwortet werden kann, ein Nachweis der besseren Versorgung also nicht gelingt.

Festgehalten werden muss aber andererseits, dass der Gesetzgeber mit den §§ 30, 56 iVm FrühFVO die Leistungserbringung **als Komplexleistung** vorgesehen hat. Interesse aller Beteiligten muss damit eine flächendeckende Umsetzung der Komplexleistung sein, und zwar in der Weise, dass sie sich für alle Beteiligten möglichst positiv bewährt. In NRW hatten die kommunalen Spitzenverbände auf der einen Seite und die Krankenkassen auf der anderen Seite bereits im Jahr 2005 die Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV mit dem Ziel die Komplexleistung in NRW weiter voran zu bringen verabschiedet, und damit den Willen, die Umsetzung der Komplexleistung zu befördern, dokumentiert.

Wie die Vorgaben der Landesrahmenempfehlungen ausgefüllt werden, welche Wirkungen die Empfehlungen auf das konkrete Leistungsgeschehen zeitigen und wo Nachjustierungen mit dem Ziel einer bestmöglichen Aufgabenerfüllung nötig und sinnvoll sind, war Aufgabe der Evaluation. Nunmehr wird es darum gehen, die Ergebnisse des Berichtes weiter auszuwerten und Verbesserungen auf den Weg zu bringen.

Die Festlegung von Mindeststandards zur Leistungsgewährung als Komplexleistung als Mittel zur Schaffung einer gleichwertigen Umsetzung ist dabei nach Auffassung der Kommunen kein Automatismus für eine Qualitätssteigerung.

Den Rahmen für eine Leistungsgewährung gibt das Gesetz bereits vor. Darüber hinausgehende verbindliche Festlegungen zur Ausgestaltung und Durchführung können angesichts der höchst unterschiedlichen Ausgangslagen im Vereinbarungswege nur schwerlich erreicht werden. Denn es wird auch künftig nicht in allen Fällen zwischen Krankenkassen und örtlichen Sozialhilfeträgern eine Einigung über die Finanzierungsanteile gelingen. Auch verbindliche Mindeststandards werden diesen Dissens nicht überbrücken.

Die Kommunen erlangen bei der Durchführung der IFF an zweierlei Stellen Bedeutung. Dies sind die Schnittstellen, an denen Verbesserungen erzielt werden können und die Kommunen einen Beitrag in diese Richtung zu leisten haben:

Die auf Einrichtungsebene auszuhandelnden Verträge beinhalten Regelungen zur Konzeption, Qualität, Struktur und Preis sowie das Verhältnis der Kostenübernahme zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträger. Gerade an dieser Stelle ist es von Bedeutung, individuelle örtliche Besonderheiten im vertraglichen Konstrukt berücksichtigen zu können. Empfehlungen auf der Basis von Erfahrungen und guten Beispielen können und

sollten helfen, das für die örtliche Situation beste Konzept zu realisieren. Das muss nicht zwingend das Mehrheitskonzept im Land sein.

Des Weiteren ist der Sozialhilfeträger am Bewilligungsverfahren beteiligt. Die Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik im Rahmen der Komplexleistung bedarf einer ärztlichen Verordnung und wird nach § 7 Abs. 1 FrühFVO von einer IFF oder einem SPZ durchgeführt. Das Ergebnis der Interdisziplinären Eingangsdiagnostik wird im Förder- und Behandlungsplan festgehalten und dem Sozialhilfeträger einschließlich des Antrags auf Leistungsbewilligung zugesandt. Die Kommune hat an dieser Stelle im Verfahren erstmals ihre Verantwortung als Sozialhilfeträger im Bewilligungsverfahren wahrzunehmen. Die Beurteilung durch den Sozialhilfeträger und damit die Entscheidung über den individuellen Eingliederungshilfebedarf erfolgt im Vergleich zu anderen sozialhilferechtlichen Verfahren recht spät. Es wundert daher nicht, dass der Evaluationsbericht die fehlende oder geringe Möglichkeit der Zugangssteuerung als ein Hemmnis für das Einführen der IFF als Komplexleistung aus Sicht der Sozialhilfeträger nennt. Die Überprüfung des Förder- und Behandlungsplanes aus dem Blickwinkel der Eingliederungshilfe darf nicht zur reinen Formalie degradiert werden.

Gute Beispiele eines sachgerechten Ablaufs im Verfahren, der auch aus Sicht der Leistungserbringer und der berechtigten Familien keine unzumutbaren Leistungsverzögerungen mit sich bringt, sollten gerade hier als Modelle für andere Kommunen im Wege eines Austauschs nutzbar gemacht werden.

Die vielen positiven Beispiele zeigen, dass die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine gesetzeskonforme Wahrnehmung im Grundsatz gegeben sind. Die Ergebnisse der Evaluation sollten genutzt werden, um im Austausch eine flächendeckende hochwertige Umsetzung der IFF weiter zu befördern.

Der Evaluationsbericht beleuchtet weitere Aspekte der Frühförderung, mit denen sich die fachliche Auseinandersetzung lohnt. Hierzu zählt die Verbesserung der Elterninformation, die Untersuchung der Relation zwischen einem Frühförderbedarf und familiären und sozialen Belastungssituationen sowie die Kooperation mit Kindertagesbetreuungsangeboten und der Jugendhilfe. Das vor einem Jahr in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz weist nicht von ungefähr den Kooperations- und Vernetzungserfordernissen aller Beteiligten eine zentrale Bedeutung zu. Schließlich darf der Übergang aus der Frühförderung in weitere Maßnahmen im Schulkindalter nicht zu einem Abriss und damit zu einer Gefährdung der Rehabilitationserfolge führen.

Eine letzte Anmerkung aus der Perspektive der Eingliederungshilfeträger: Wenn auf Bundesebene ein neues Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen eingeführt

werden soll, können die Förderleistungen für Kinder mit Behinderungen nicht ohne fachlich-systematische Friktionen in einem anderen Sozialgesetzbuch geregelt werden. Daher plädieren wir für eine Regelung der Eingliederungshilfeleistungen für Kinder im Kontext der Sozialhilfe und nicht der Jugendhilfe.