

„Was wäre für das Kind das Beste?“

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) zieht sich aus der Finanzierung von Therapien in integrativen Kitas zurück. Die Kosten der Therapien, die voraussichtlich überwiegend von externen LogopädInnen erbracht werden, sollen die Krankenkassen übernehmen. Über die Qualität der Versorgung von Kindern mit Behinderungen wird gestritten. – Von Matthias Geusen

Im Therapieraum einer integrativen Kita im Rhein-Sieg-Kreis berührt die Logopädin Christiane Rejek vorsichtig mit einer Feder das Gesicht eines kleinen Mädchens. Es hat die Augen vertrauensvoll geschlossen. „Wo habe ich dich gerade berührt?“, fragt die

vieler Arztbesuche nicht planmäßig therapiert werden konnte. „In Zukunft wird das so wohl nicht mehr gehen, wenn der LVR an seinen Plänen festhält“, befürchtet die Logopädin.

So wie Christiane Rejek geht es vielen angestellten LogopädInnen im Rheinland. Der für diese Region zuständige LVR hat im Dezember 2013 beschlossen, fest angestellte TherapeutInnen in integrativen Kitas für Kinder mit und ohne Behinderungen nicht mehr zu finanzieren. Nach Ablauf einer Übergangsregelung wird er ab August 2016 die Kosten für LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen nicht mehr übernehmen. Dafür wurde zum 1. August 2014 die sogenannte Kindpauschale eingeführt. Der LVR fördert damit den Kita-Besuch von Kindern mit Behinderung mit einer jährlichen Pauschale in Höhe von 5000 Euro pro Kind. Diese Kindpauschale kann von den Trägern der Einrichtungen für Fachkraftstunden, die Qualifizierung des Personals und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen verwendet werden.

Kehrtwende des LVR

In den 80er Jahren hatte der LVR die gemeinsame Betreuung und Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in integrativen Einrichtungen eingeführt. Nun vollzieht er eine Kehrtwende und begründet dies auf seiner Website wie folgt: „Der LVR verlagert seine Förderung von einer gruppenbezogenen Denkweise auf ein inklusives Konzept, das das einzelne Kind und seinen Förderbedarf in den Mittelpunkt stellt“. Denn bei allem Erfolg der integrativen Gruppen müsse doch festgestellt werden, dass die meisten Kitas im Rheinland für Kinder mit Behinderung bisher verschlossen sind. In Zahlen bedeutet das: Laut LVR werden im Rheinland in rund 640 Kitas Kinder mit Behinderungen betreut. In Westfalen, wo der Fokus der Förderung auf der Einzel-Inklusion liegt, bieten fast 3000 Einrichtungen diese Möglichkeit. „Unser Ziel

ist, dass perspektivisch jedes Kind jede Kita besuchen kann – unabhängig davon, ob es mit einer Behinderung lebt, oder nicht“, erklärt Landrat Lorenz Bahr, Leiter des LVR-Dezernats Jugend. Der LVR komme mit dem neuen Fördersystem diesem Ziel ein großes Stück näher, meint er.

„Die Argumentation des LVR lässt sich nur teilweise nachvollziehen“, urteilt Martin Künstler, Leiter des Fachbereichs Kindertagesstätten beim Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW. Begreife man Inklusion nur eindimensional – in Form von wohnortnaher Inklusion – sei es richtig. „Aber das greift zu kurz und lässt die Qualität der inklusiven Versorgung außer Acht.“ Es sei ein großer Vorteil der angestellten TherapeutInnen, dass sie im Team integriert sind. So könnten sie angepasst an die Spielsituation der Kinder therapieren.

Auch Jürgen Otto, Leiter des Fachbereichs Bildung und Soziales beim AWO-Bezirksverband Niederrhein, ist nicht überzeugt. „Die Entscheidung des LVR ist nicht der richtige Weg. Wir hatten doch gelebte Inklusion – Eltern, Mitarbeiter und Einrichtungsträger waren sehr zufrieden mit dem bisherigen Konzept“. Er halte es für schwierig, wenn die angestrebte Einzel-Inklusion als Argument für die Umstrukturierung herangezogen wird. „Letztlich wurde diese Entscheidung aufgrund der finanziellen Situation des LVR getroffen“, urteilt er. Seiner Meinung nach wäre es fairer und transparenter gewesen, wenn die Entscheidungsträger von Anfang

Auflegung um LVR-Mustervertrag

Ein zwischen Krankenkassen und LVR abgestimmter Mustervertrag über die Heilmittelabgabe in Kindertageseinrichtungen hat für Auflegung gesorgt. Danach erhalten die Einrichtungen die Zulassung, auch wenn der Bedarf nur geringfügigen Umfang hat. Zudem hieß es, dass freie Mitarbeiter in Kooperation tätig werden können. Entsprechend war unklar, wer Zielgruppe dieses Vertrages sein sollte – Angestellte oder freie Mitarbeiter. Außerdem sieht die Vereinbarung bis zu 26 Prozent niedrigere Vergütungssätze vor als in der ambulanten Heilmittelversorgung. Die AOK Rheinland/Hamburg stellte jüngst klar, dass Sinn und Zweck des Mustervertrages der Bestandschutz sei – für die Kinder und ihre angestellten TherapeutInnen.



In integrativen Einrichtungen angestellte LogopädInnen können sich optimal an die Bedürfnisse der Kinder anpassen (© Monkey Business – Fotolia.com)

Therapeutin. „Hier“, antwortet Nele* und zeigt auf ihr Kinn. Anschließend nimmt sie die Feder selbst in die Hand. „Augen zu“, sagt sie auffordernd zu ihrer Freundin, die heute bei der Therapie mit dabei ist. Eigentlich würde Nele die Berührung im Gesicht gar nicht zulassen. Sie leidet an einer Empfindungsstörung im orofacialen Bereich. Dass sie sich trotzdem dieser Übung nicht entzieht, sondern sogar Spaß hat, liegt an den Rahmenbedingungen dieser Therapie: Sie findet in einer vertrauten Umgebung mit vertrauten Personen statt. Sie kennt bereits ähnliche Übungen aus dem „Zungenzirkus“, der integrativen Kleingruppe zur Förderung der Mundmotorik. Auch der Therapieraum der Kita, kindgerecht und liebevoll „Schneckenhaus“ genannt, ist unter den Kindern sehr beliebt.

Wäre Christiane Rejek nicht in der Kita, sondern in einer externen logopädischen Praxis angestellt, sähe nicht nur das therapeutische Geschehen anders aus. Die Therapie hätte heute gar nicht stattgefunden, weil sie nicht eingeplant war. Nele wurde spontan vorgezogen, da sie in den letzten Wochen wegen

*) Name geändert

an gesagt hätten, wie viel eingespart werden muss. „Wir hätten uns gemeinsam an einen Tisch setzen können, um zu ermitteln, welchen Weg man beschreiten kann.“

Krankenkassen sollen zahlen

Der LVR verweist hier auf die Anpassung der Heilmittel-Richtlinie im Jahr 2011. Laut dieser ist eine therapeutische Behandlung auch in der Kita möglich, die Kosten sind von den Krankenkassen zu tragen. Und weil die finanziellen Handlungsmöglichkeiten seiner Mitgliedskörperschaften weitgehend erschöpft seien, könne der LVR keine Leistungen tragen, für die eigentlich die Krankenkassen zuständig sind, erklärt der Landschaftsverband.

Wie sollen nun Kinder mit Behinderungen in Zukunft in Einrichtungen therapiert werden? Der LVR beschreibt hierfür vier Möglichkeiten: Seinen Plänen zufolge sollen Kitas dort erbrachte Therapieleistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen können, wenn sie eine Kassenzulassung als Leistungserbringer beantragen. Dann bestehe die Möglichkeit, LogopädInnen als Angestellte zu beschäftigen. „Das Gros der Träger wird jedoch kaum in der Lage sein, weiter mit angestellten Therapeuten zu arbeiten“, merkt Martin Künstler hierzu an.

Und einen Kindergarten, der von einer Elterninitiative getragen wird, überfordere dieser bürokratische Aufwand, konstatiert Kirsten Schwarz-Thönes. Sie hat bis Herbst dieses Jahres 16 Jahre in einer integrativen Kita in Leichlingen gearbeitet. Inzwischen hat sie ihre eigene Praxis gegründet. „Ich habe das ganze Hin und Her nicht mehr ertragen und bin ausgestiegen, bevor ich selbst nicht mehr frei entscheiden kann“, erklärt sie ihren Entschluss für die Freiberuflichkeit.

Als zweite Variante besteht laut LVR die Option, Kompetenzzentren zu gründen. Träger mehrerer Einrichtungen könnten in einer Kita ein solches Zentrum bilden und das dort angestellte Personal in ihre verschiedenen Einrichtungen entsenden. Bemerkenswert ist, dass nur das Kompetenzzentrum über die räumlichen und sachlichen Voraussetzungen verfügen muss.

Als dritte und vierte Option präsentiert der LVR die Kooperationen zwischen Einrichtungsträgern mit Frühförderzentren oder externen Praxen. Letzteres scheint sich durchzusetzen. Das sieht auch Martin Künstler so. „Wie in Westfalen-Lippe werden die meisten Einrichtungen wohl mit externen Therapeuten zusammenarbeiten“, prophezeit er. Das erhöhe aber für alle Beteiligten den Aufwand, weil diese TherapeutInnen nicht Teil des Teams seien.

Auch die Logopädin Christiane Rejek blickt nicht optimistisch auf die Therapie durch externe Kräfte. „Manche Kinder können zum Beispiel aufgrund einer Verhaltensstörung nicht auf Abruf therapiert werden“, sagt sie. Angestellte Therapeuten könnten sich einfach besser in den Alltag der Kinder integrieren. „Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit, einen Spielkameraden des therapierten Kindes mit in die Therapie zu nehmen“, erzählt sie. So lasse sich die Mitarbeit des Therapiekindes deutlich verbessern, vor allem, wenn das Kind ein Störungsbewusstsein aufgebaut hat. „Immer wieder überraschen mich Kinder damit, mit welcher Leichtigkeit und Natürlichkeit sie sich gegenseitig unterstützen können, wenn man ihnen die richtigen Rahmenbedingungen bietet“, stellt Rejek fest.

Auch für Kirsten Schwarz-Thönes spielt der Faktor Vertrauen eine zentrale Rolle. „Die Therapeutin benötigt drei bis vier Termine, um ein vertrautes Verhältnis zu dem Kind aufzubauen.“ Und das sei die Basis erfolgreicher logopädischer Arbeit. Hier tue sich eine angestellte Logopädin leichter.

Laut LVR habe man nach 30 Jahren institutioneller Förderung erkannt, dass das Therapiesetting mit der Festanstellung von TherapeutInnen den gewandelten Behindereungsprofilen nicht mehr gerecht werde. Und die wachsende Zahl der Frühförderstellen habe bewiesen, dass sie mit einer umfangreichen Diagnostik und darauf aufbauender Therapie dem Unterstützungsbedarf der Kinder am besten helfen.

„Schwierig ist, dass nach diesem Konzept die Kinder stets nur ausschnittsweise betrachtet werden können“, stellt Kirsten Schwarz-Thönes hierzu fest. Den Erzieherinnen fehle kontinuierliche Unterstützung, weil die Heilpädagogin bzw. Logopädin der Frühförderstelle nach einer Stunde wieder weg sei. Parallel zur Anstellung in der Kita hat Schwarz-Thönes für eine interdisziplinäre Frühförderstelle gearbeitet. Ihr Urteil fällt aber klar aus: „Effektiver für die Kinder ist eindeutig angestelltes therapeutisches Personal, das die Kinder auch im Alltag begleitet und die ErzieherInnen mit einbeziehen kann.“

Monitoring in der Übergangsphase

Wie sieht die Perspektive aus? Der LVR hat für die Übergangsphase bis 2016 ein Monitoring angekündigt. Im Mai 2014 wurde zu diesem Zweck eine Arbeitsgruppe gegründet. Diese setzt sich zusammen aus dem LVR-Landesjugendamt, den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege NRW, den kommunalen Spitzenverbänden und von diesen benannten Jugendämtern. Ziel sei es, „die Wirkung beziehungsweise die Wirksamkeit der neu-

en Förderstrukturen zu betrachten, zu analysieren und zu bewerten“, sagt Landrat Lorenz Bahr. In Bezug auf die Heilmittelerbringung sei es bisher um Organisationsmodelle, Verordnungen, Abrechnungsverfahren und die Übergangsregelung gegangen. Nun komme es darauf an, während der Übergangsphase mögliche Probleme in der Praxis zu identifizieren und zu beseitigen. „Sollten sich im Rahmen des Monitoringprozesses Anpassungsbedarfe bei den Förderrichtlinien ergeben, werden diese nach einem angemessenen Erfahrungszeitraum der politischen Vertretung zur Entscheidung vorgelegt“, kündigt Lorenz Bahr an.

Für Martin Künstler vom Paritätischen Wohlfahrtsverband stehen beim Monitoring zwei Dinge im Vordergrund: „Unter den angestellten Therapeuten sind viele Menschen, die zehn Jahre und länger für die Träger gearbeitet haben. Hier sind wir in der Verantwortung und müssen darüber nachdenken, welche Möglichkeiten es gibt, um vernünftige Lösungen für das Personal zu finden.“ Von ebenso großer Bedeutung sei aber die Frage, wie sich unter dem neuen Konzept die Qualität der Versorgung von Kindern mit Behinderungen entwickelt. „Unsere These ist: Es wird nicht reibungslos funktionieren, dass die Eltern die Verordnungen beschaffen. Das muss beobachtet werden, weil diese Kinder sonst unterversorgt bleiben“, fordert er.

Jürgen Otto von der AWO sieht das Monitoring in der Übergangsphase als Chance. „Die integrativen Einrichtungen sind ein Modell, das neben anderen bestehen bleiben sollte.“ Es sei nicht eine Frage des „entweder oder“ sondern des „sowohl als auch“ – also ein Nebeneinander von inklusiven Regeleinrichtungen und integrativen Einrichtungen. „Wichtig ist, vom Kind aus zu denken: Welche Notwendigkeiten gibt es? Was wäre für das Kind das Beste?“

Für die Logopädin Kirsten Schwarz-Thönes fällt das Fazit jedenfalls eindeutig aus: „Die Entscheidung des LVR ist schlichtweg falsch! Ja, die Übernahme der Kosten durch den LVR ist freiwillig und – soweit ich weiß – in Deutschland einmalig.“ Einmalig sei aber auch die Qualität der integrativen Betreuung. „Das hat der LVR lange als Aushängeschild genutzt und nun scheint das keine Rolle mehr zu spielen“, meint sie. Für die Logopädin ist das „Sparen am falschen Ende“. „So werden Problemchen, die wir bisher noch gut erkennen und behandeln konnten, zu großen Problemen.“ Dieser Schuss werde auf Kosten der Kinder nach hinten losgehen, befürchtet sie.

Inklusion auf dbl-Kongress 2015

Das Thema Inklusion wird beim 44. dbl-Jahreskongress vom 4. bis 6. Juni 2015 in Düsseldorf einen Schwerpunkt bilden. Zu einer Podiumsdiskussion im berufspolitischen Block wird auch ein LVR-Vertreter eingeladen.