

1. Fachliche Grundlagen

Die Arbeit der Fachpersonen der Frühförderung fußt auf zentralen fachlichen Konzepten. Hierzu werden eine Vielzahl an fachlichen Kompetenzen benötigt. Im Mittelpunkt steht das Empowerment-Konzept und eine ressourcenorientierte Arbeit.

2. Aufgabenfelder der Frühförderung

Frühförderung muss verschiedene Aufgabenfelder ausfüllen. An alle sind fachliche Ansprüche gebunden sowie spezifische Arbeitsweisen und verbindliche Handlungskonzepte.

3. Diagnostikmodelle

Eine interdisziplinäre Diagnostik eines Kindes und seiner Lebensbedingungen bedarf der Kooperation verschiedener Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen und Institutionen. Hierzu gibt es unterschiedliche Praxismodelle, wie diese Kooperationen innerhalb oder außerhalb von Frühförderereinrichtungen ausgestaltet werden können.

4. Historische Entstehung und Rechtsgrundlagen

Frühförderung ist im Spannungsfeld von pädagogischen und medizinischen Arbeitskonzepten entstanden. Bis sich hieraus eigene Arbeitssysteme entwickeln konnten, gab es zwischen diesen zunächst heftige Konkurrenzen und Konflikte.

5. Rechtsgrundlagen der Frühförderung

Sowohl für die pädagogische als auch für die medizinisch-therapeutische Frühförderung sind unterschiedliche Rechtsgrundlagen in unterschiedlichen Gesetzen entstanden. Hierdurch konnten die verschiedenen Systeme unkoordiniert nebeneinander arbeiten.

6. Rechtsgrundlagen der Komplexeleistung

Der Gesetzgeber hat zur besseren Koordination der Frühförderleistungen einen Anspruch auf Komplexeleistung geschaffen, nachdem sich die unterschiedlichen Systeme und Disziplinen miteinander verbindlich zu koordinieren haben.

7. Rechtsgrundlagen der Frühförderungsverordnung

Die Frühförderungsverordnung gilt heute als zentrale gesetzliche Grundlage, nach der sich die verschiedenen Angebote ausrichten haben. Sie regelt das Zusammenwirken der unterschiedlichen Disziplinen und ihre Finanzierung.

8. Übersicht über die 16 Bundesländer

Als eine föderative Republik hat Deutschland in ihren Staaten unterschiedliche Strukturen der Frühförderung ermöglicht. Daher sind auch für die Frühförderung in allen 16 Bundesländern unterschiedliche Strukturen entstanden.

9. Kritische Analyse

Die gesellschaftlichen Veränderungen bewirkten auch veränderte Lebensbedingungen für Kinder. Frühförderung muss ihre fachlichen und strukturellen Angebote an diese veränderten Lebensbedingungen anpassen.

10. Eltern- und umfeldorientierte Frühförderung

Für die verschiedenen Berufsgruppen der Frühförderung mussten mit der Veränderung der Diagnosen von Kindern neue Arbeitsansätze gefunden werden. Diese gehen über die Förderung des Kindes hinaus und widmen sich gleichermaßen den Hilfebedürfnissen der kindlichen Bezugspersonen, insbesondere der Eltern.

1. Subject specific basics

The work of the professionals in early intervention is based on central subject specific concepts, for which a multitude of professional skills are required. The focus is on the concept of empowerment and on resource-orientated work.

2. Scope of duties in early intervention

Early intervention has to fulfill various scopes of duties. All are attached to professional requirements as well as specific working methods and binding concepts of action.

3. Models of diagnostic investigation

An interdisciplinary diagnostics of a child and its living conditions needs the co-operation of professionals from various disciplines and institutions. For this there are a variety of different models of practice, which show the organization of co-operations within and beyond early intervention centers.

4. Historic development

Early intervention originates from the area of conflict between pedagogic and medical working concepts. After intense competitions and conflicts in the beginning, separate working systems were developed from this rivalry.

5. Legal basis in early intervention

Various legal basis have developed in different laws, for the pedagogic as well as the medical-therapeutic early intervention. Due to which the different systems could work parallel without intervening with one another.

6. Legal basis in complex aid

The legislator ordered an entitlement to complex aid, which helps to create a better coordination in early intervention services, according to which the different systems and disciplines now have to coordinate themselves bindingly.

7. Legal basis in the *act of early intervention*

Today, the act of early intervention is said to be the central legal foundation, according to which the various offers in early intervention have to apply to. It controls the co-operation of the different disciplines and its funding.

8. Overview regarding the 16 federal states of Germany

Being a federal republic, Germany has enabled in its different federal states a variety of structures in early intervention. Consequently different structures of early intervention have been developed in all 16 federal states.

9. Critical analysis

The social changes also resulted in altered living conditions for children. Early intervention has to adapt its professional and structural offers to these altered living conditions.

10. Parents- and environment orientated early intervention

New working approaches for the various occupational groups in the field of early intervention had to be found along with the changes in the diagnostics of children. These exceed the child's early intervention and attend equally the needs of the child's close relations, particularly its parents.

Fachliche Grundlagen

einer familienorientierten sozialen
Arbeit

Rolle der Frühförderer:

Vermittler

Übersetzer

Entdecker

Inhaltliche Ansprüche

- **Ganzheitlichkeit**
- Familienorientierung
- Interdisziplinarität
- Netzwerkorientierung
- Soziale Integration und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

⇒ Sozial-ökologischer Ansatz

Praktikabilität

Fachliche Zweckorientierung
Zielgerichtetheit
methodische Systematik

Kommunikativität

non-direktiver Ansatz:
offener Verständigungs-
prozeß mit fortlaufender
gegenseitiger Rückmeldung

Personalität

Beachtung der Selbstorganisation und Autonomie
(Eigenaktivität und Selbstbestimmung) von Kind
und Eltern

Ganzheitlichkeit

Integration personeller Techniken und sozialer
Verständigung in den Lebensalltag des Kindes

Professionalität

technisches Können und Wissen:
Praktisches Handwerkszeug
soziale Kompetenz:
Einfühlungsvermögen, Takt
reflexive Kompetenz:
Team, Supervision

Ethische Verantwortlichkeit

Grundprinzip der Achtung
vor dem Wert-Sein des
anderen

Wissenschaftlichkeit

theoretische Grundlagen für
praktisches Handeln

Früh-
förderung

Fachliche Ansprüche

- Abkehr von Defizitorientierung
(präventive Konzepte statt Reparatur)
- Abkehr vom Fürsorgecharakter
- Partnerschaftlichkeit

Konsequenzen für moderne Fachliche Ansprüche

- *3 Zentrale Ansätze*

Ressourcenorientierung

*individuelle Ressourcen beim Kind,
aber auch besonders in seinem
sozialen Umfeld, insbesondere im
Elternhaus*

*Respekt vor der **Autonomie** von
Kind und Familie*

*Verschiebung des Fokus vom Objekt
der Experteninterventionen zur
Anerkennung als eigenständiges
Subjekt*

Wissenschaft:

Empowerment!

Strukturelle Ressourcen

ökonomisches Kapital

ökologisches Kapital

kulturelles Kapital

symbolisches Kapital

Personale Ressourcen

-Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz -

-Veränderungsoptimismus -

-Problemlösungskompetenzen,

-emotionale Intelligenz,

- Beziehungsfähigkeit

- Flexibilität

Transparenz

Soziale Ressourcen

- Integration in (verschiedene) soziale Netzwerke:
 - Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen,
 - Interessengemeinschaften, Vereine, Freizeitgemeinschaften
- ⇒ Orte eines sozialen Austauschs
- ⇒ einer pragmatischen Unterstützung
- ⇒ stärken auch die kommunikativen Kompetenzen
- ⇒ sättigen die Bedürftigkeit an sozialer Wärme und Zuwendung.
- ⇒ Ressource an Unter-Stützung bei der Bewältigung belastender und konfliktreicher Lebensphasen.

Ziel von Empowerment

grundsätzlich vorhandene Fähigkeiten
der Menschen zu kräftigen und
Ressourcen aufzubauen, zu stärken
und freizusetzen, die für ein selbst
bestimmtes Ausgestalten eigener
individueller Lebenswege und
Lebensräume förderlich sind

Eigenverantwortung?

- Autonomie? Wie weit?
- Partizipation? Woran?
- Lebensweltorientierung?

Fachliche Stärkung

- Berufsbezogene Selbsterfahrung
- Supervision
- Fort- und Weiterbildungen
- Transdisziplinäre Arbeitsweise

Kooperation

- Multidisziplinarität
- Interdisziplinarität
- Transdisziplinarität

Perspektive

Prävention

Resilienz

Fachübergreifende Konzepte

Ressourcenorientierte
gesamtgesellschaftliche Lern- und
Lebensstrukturen

Aufgabenfelder der Frühförderung

- Früherkennung
- Interdisziplinäre Diagnostik
- Interdisziplinäre Förderplanerstellung
- Behandlung und Förderung
- Beratung und Begleitung der Eltern
- Netzwerkorientierte Arbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Responsivitätsorientierte Ansätze

Handlungsbezogene Konzepte

Interaktive Frühförderung

Was ist eine interdisziplinäre Frühförderstelle?

Kooperation verschiedener
Berufsgruppen:

Arzt - Pädagoge - Therapeut

Arbeitsabläufe

- **Offene Anlaufstelle**, Anmeldung
 - durch Eigeninitiative
 - ärztliche Vermittlung
 - sonstige Vermittlung (z.B. Kindertagesstätte)
- Sofortige Terminierung eines Erstkontaktes (ambulant oder mobil)

Ärztliche Veranlassung

- durch ärztliche Überweisung
- durch Hinzuziehung eines
behandelnden Arztes
- durch Einbeziehen eines Arztes
der Frühförderereinrichtung

Erstkontakt

In **SPZ**: ambulant

In **Frühförderstellen**: je nach
Bedarf ambulant oder mobil
(Hausbesuch oder **Kita**)

Interdisziplinäre Eingangsdagnostik

**Ärztliche Untersuchungen und
Befunde**

Kindliche Beobachtung

Anamnesegespräch mit den Eltern

**Zusammenstellen fachlicher
Stellungnahmen**

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanerstellung

Bedarfsermittlung

**Zusammenstellung von
Hilfemaßnahmen**

**Absprache von Zielsetzungen,
fachlichen Ansätzen und
Zuständigkeiten**

Beteiligung

Vorab betreuende
Fachpersonen

Bezugsperson der Eltern

Fachkräfte unterschiedlicher
Disziplinen

Eltern ??

Kooperation

- Multidisziplinarität
- Interdisziplinarität
- Transdisziplinarität

Weiterleitung des
abgestimmten Förder- und
Behandlungsplans an den
federführenden
Rehabilitationsträger

Interdisziplinäre Eingangsdagnostik

**Ärztliche Untersuchungen und
Befunde**

Kindliche Beobachtung

Anamnesegespräch mit den Eltern

**Zusammenstellen fachlicher
Stellungnahmen**

Diagnostik – die Beteiligten

Sozial-/
Jugend-
amt

Ärztin
ÖGD

Bundes-
-land

Psycho-
login

Päda-
gogin

FFST

IFF

FET

SPZ

Eltern/
Kind

FöBP

Kranken-
Kasse

Ärztin
SPZ

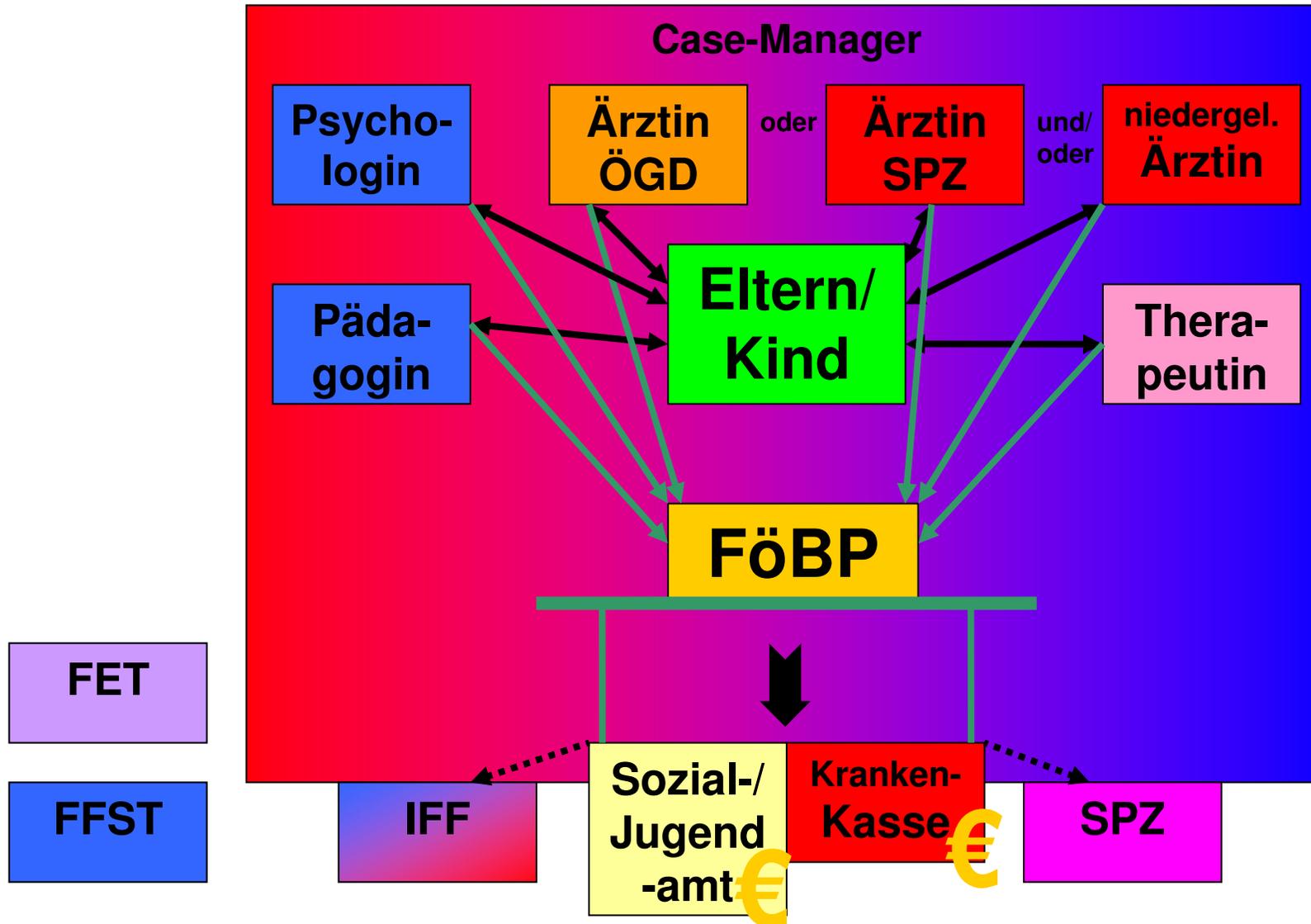
niedergel.
Ärztin

Thera-
peutin

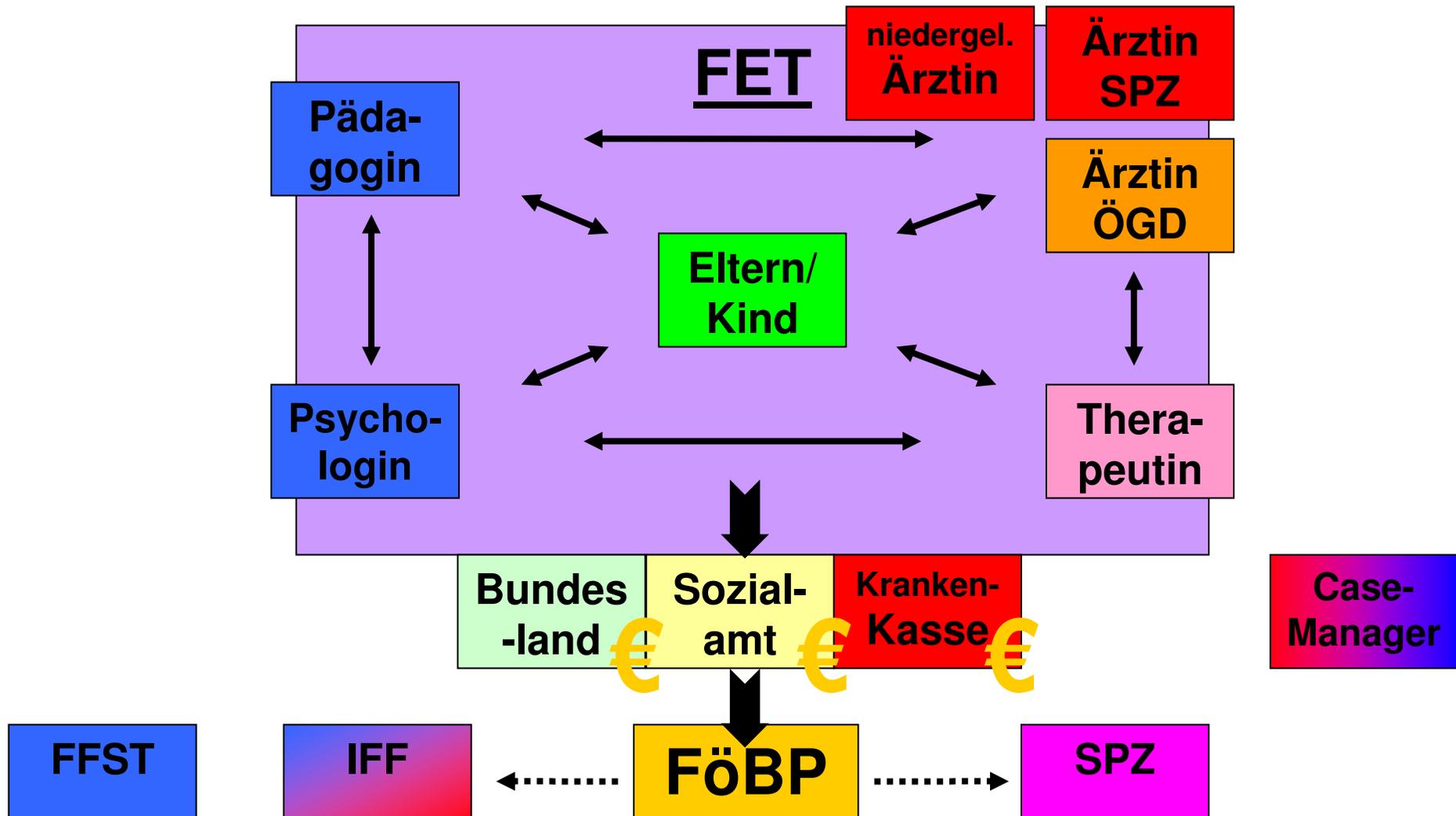
Case-
Manager



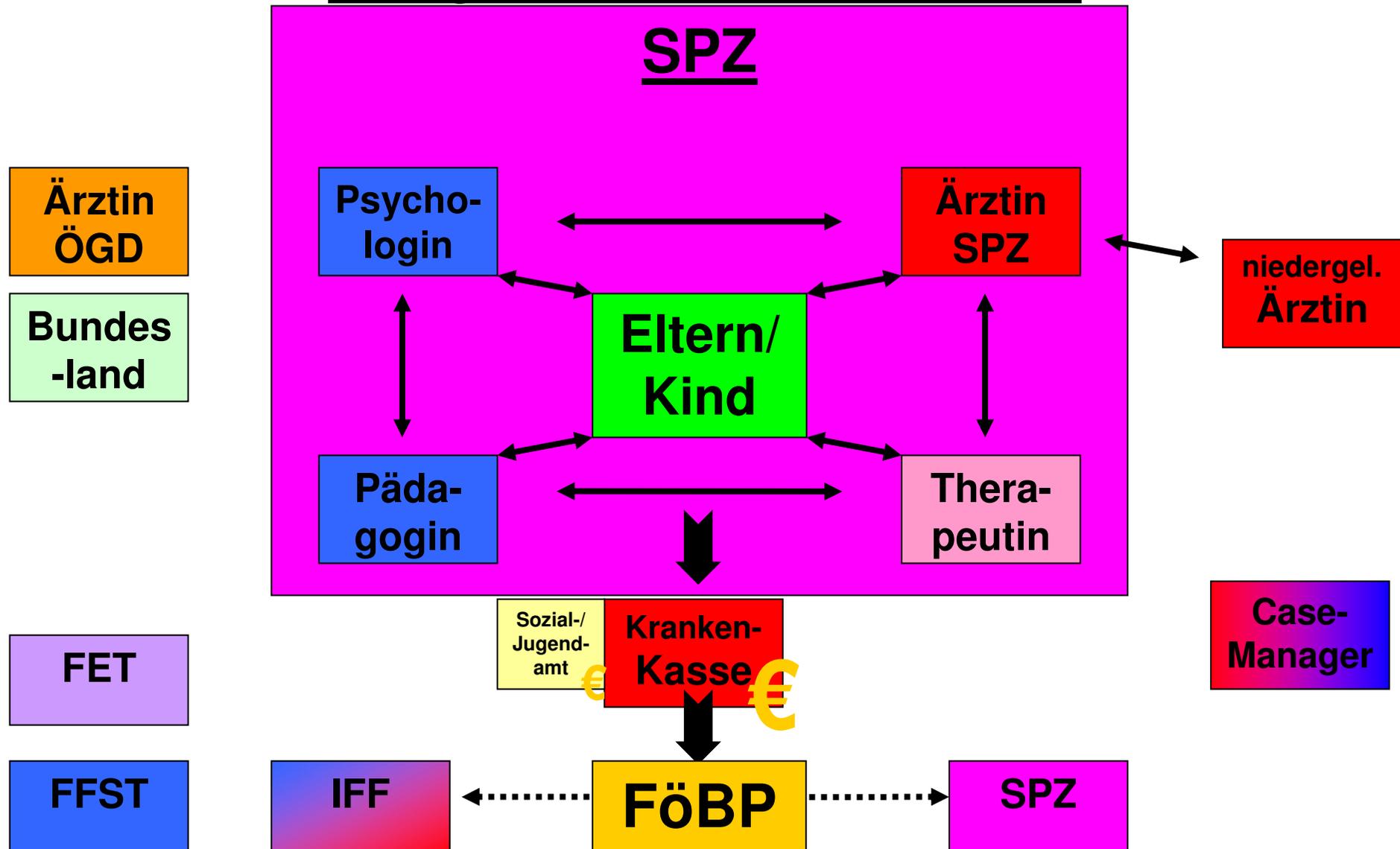
additives Diagnostikmodell



Diagnostik-Modell FET-NS

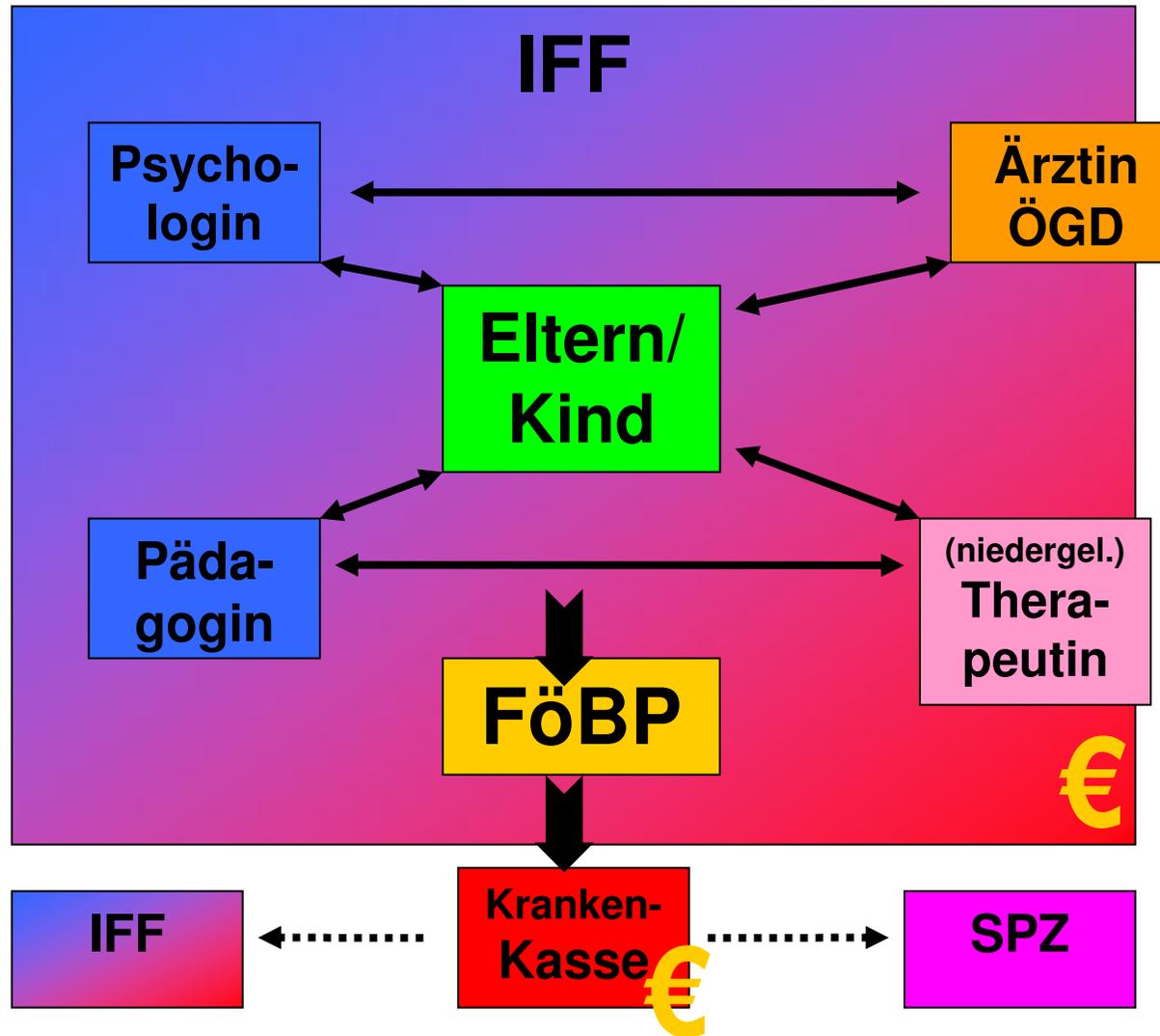


Diagnostikmodell SPZ



Diagnostikmodell BB

Sozial-/
Jugend-
amt €



Ärztin
SPZ
niedergel.
Ärztin

Case-
Manager

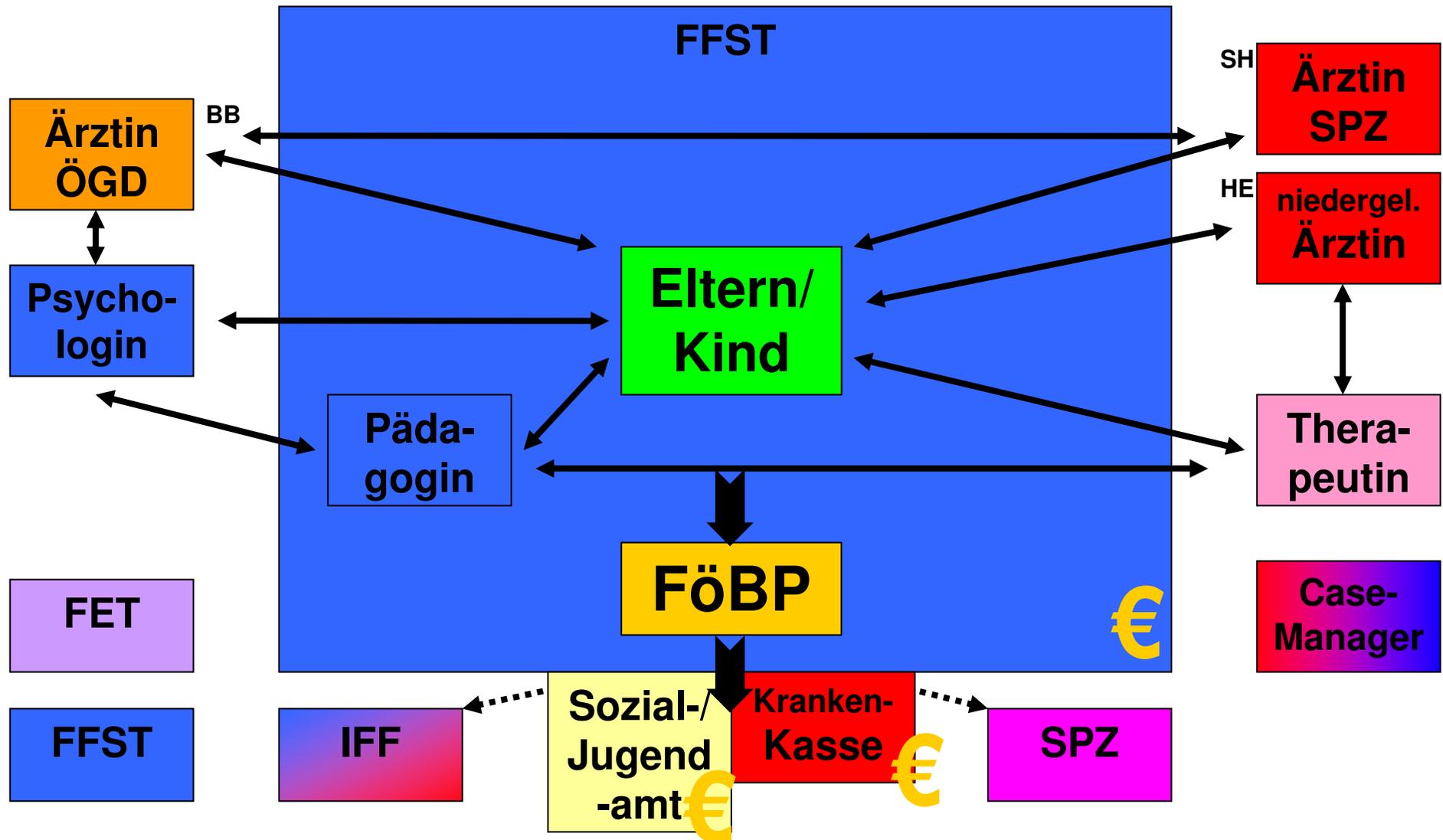
FET

FFST

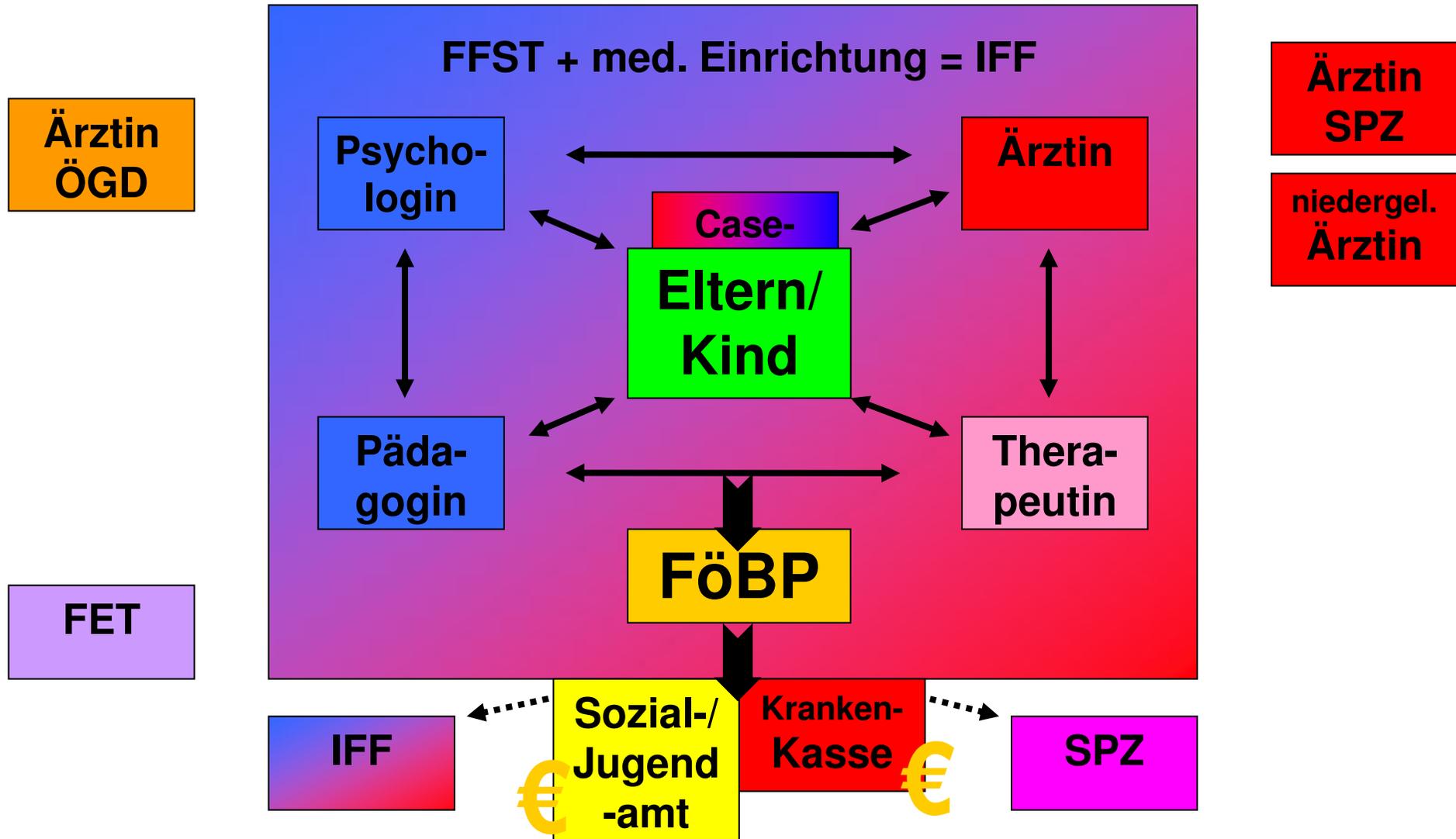
IFF

SPZ

Externes Diagnostikmodell



Verschmelzungsmodell



Der Gesetzgeber definiert zwei Einrichtungsformen der Frühförderung :

- **Sozialpädiatrische Modell**
(Hellbrügge) (ab 1968)
- **Frühförderstellen** i.S. des
deutschen Bildungsrates (1973)

Auf dem Weg zur Komplexleistung Frühförderung:

- **Der Begriff „Frühförderung“ wird – je nach Fachkraft oder Region – völlig unterschiedlich ausgestaltet**
- **Entsprechend sind unterschiedliche Einrichtungstypen und –strukturen entstanden, die die Regionen mit Angeboten der „Frühförderung“ versorgen**

Bei dem Versuch, das Verständnis von „Frühförderung“ im einzelnen abzugrenzen und die Umsetzung in der Praxis zu beschreiben, zeigen sich je nach Region, Einrichtungsträger und Berufsgruppen unterschiedliche Angebote und qualitative Rahmenbedingungen.

Historische Terminologie

Frühförderung als ursprünglich
pädagogischer Begriff

vs.

Entwicklungs-Rehabilitation als
Terminus der Sozialpädiatrie

Ausgangspunkt der Hilfen waren zum damaligen Zeitpunkt, auch über die Sozialpädiatrischen Zentren hinaus, zunächst medizinisch-naturwissenschaftliche Sichtweisen. Ziel war die positive Beeinflussung der Funktionstüchtigkeit des Kindes mit medizinisch-therapeutischen Mitteln. Neuhäuser sieht das Entstehen von Frühförderung als „notwendige Konsequenz im Bemühen um Kinder mit Entwicklungsstörungen und behindernden Funktionseinschränkungen“ (1992, 106). Zur „Beeinflussung von Entwicklungsvorgängen“ wurden zunächst physiotherapeutische Methoden entwickelt (ebda., 107). „Bald wurde bei diesem medizinisch orientierten Bemühen deutlich, daß eine neurologische und physiotherapeutische Sichtweise nicht ausreicht. Es fehlte eine Möglichkeit, umfassendere Hilfe für Kind und Familie anzubieten. Deshalb wurden Psychologen und Pädagogen einbezogen, es entstand interdisziplinäre Zusammenarbeit“ (ebda.).

Änderung der
Reichsversicherungsordnung (RVO)
(als medizinisches Screening-
Verfahren 1971):

Einführung der (kinder-)
ärztlichen
Vorsorgeuntersuchungen

Deutscher Bildungsrat (1973): „Empfehlungen zur **pädagogischen** Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“

-flächendeckende Etablierung von „Zentren für pädagogische Frühförderung“ mit einem Einzugsbereich von etwa 200.000 Einwohnern pro Einrichtung, Aufgaben:

- Früherkennung, Diagnose, Beratung und Förderung

-interdisziplinäre Zusammenarbeit: Frühfördersystem, „das medizinische, pädagogische und soziale Aktivitäten einschließt“

-mobile „Hausfrüherziehung“, alternativ zur ambulanten Förderung

-Besondere Betreuungsbedürfnisse aufgrund der „unzureichenden Lebens- und Erziehungsbedingungen in sozialen Brennpunkten“, die „pädagogisch vorbeugende Maßnahmen“ erforderlich machen

-Elternberatung als zentrale Aufgabe

-Anliegen der sozialen Integration

3. Änderungsgesetz des Bundessozialhilfegesetzes 1974

Allgemein wird für die „Eingliederungshilfe für Behinderte“ in §10 des SGB I, festgelegt (letzte Fassung vom 24.7.1986):

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern“.

**Neu aufgenommen: Rechtsanspruch
auf „heilpädagogische Maßnahmen“**

„Maßnahmen der Eingliederungshilfe
sind vor allem ...

2a. heilpädagogische Maßnahmen für
Kinder, die noch nicht im
schulpflichtigen Alter sind“.

(§40 Abs. 1 Nr. 2a, BSHG)

Grundlage für die Entstehung flächendeckender Frühförderstellen

- Deutscher Bildungsrat und
- 3. ÄndG des BSHG:

Pädagogische Frühförderung für „behinderte oder von Behinderung bedrohte“ Kinder im Vorschulalter

⇒ Inhaltlicher Schwerpunkt:
Heilpädagogische Übungsbehandlung

Ablehnung der Frühförderstellen durch die deutsche Ärzteschaft:

Resolution des Deutschen Ärztetages 1976

„Der Deutsche Ärztetag bittet die Bundesländer, die durch die Vorsorgeprogramme für Säuglinge und Kinder eingeleitete Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder weiter auszubauen. Im Gegensatz zu der vom Deutschen Bildungsrat empfohlenen Errichtung neuer Zentren mit pädagogischem Schwerpunkt empfiehlt der Deutsche Ärztetag die organisatorische Erweiterung bestehender medizinischer Einrichtungen. Damit wird eine zu einseitige Orientierung der Frühförderung vermieden und bei geringerem Kostenaufwand eine höhere Effektivität erzielt.“ (Der Kinderarzt 7, 1976, 846)

Parallelsystem

- Medizinische System der Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen:
 - Kliniken
 - SPZ
 - Niedergelassene Ärzte
(Pädiatrie, Neonatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Päd-Audiologie, Klinik für Augenheilkunde, Humangenetik u.v.a.)

Frühförderung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)

§10 Abs. 2 Satz 2: Jugendhilfe zuständig für **seelisch** bedingte Auffälligkeiten

§27 Abs. 4: Betreuung im Rahmen der „**Hilfe zur Erziehung**“ (§§27-40)

§35: Frühförderung als „**intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung**“

§35a: „(1) Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall ... in ambulanter Form ... geleistet“.

§35a (2): Für die „Aufgaben und Ziele der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Maßnahmen“ finden die für die übrige Frühförderung geltenden §§ des BSHG und die EVO gemäß §47 Anwendung, „soweit diese auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden“

Mit der Einführung des KJHG wurde für seelisch behinderte Kinder die Einschränkung der „*wesentlichen*“ Behinderung als Anspruchskriterium aufgehoben, die Zugangsvoraussetzungen zur Hilfeleistung also herabgesetzt.

Abgrenzung zum BSHG

Mögliche Landesregelungen (§10, Abs. 2, Satz) bei ambulanter Betreuung

Definition:

Unter Frühförderung verstehen wir spezielle Hilfeangebote für Kinder vorwiegend im Vorschulalter mit körperlichen, geistigen oder seelischen Auffälligkeiten und ihre Bezugspersonen mit dem Ziel, eine kindliche Entwicklungsgefährdung möglichst früh zu erkennen und mittels fachlicher und menschlicher Hilfen dazu beizutragen, dem Kind die bestmöglichen Bedingungen zum Aufbau seiner Persönlichkeit und zur Entwicklung seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung zu schaffen. Die Hilfeangebote dienen der Kompetenzsteigerung des Kindes, werden jedoch nicht vom Leistungsstand des einzelnen Kindes oder dessen vermuteten Perspektiven abhängig gemacht. Die Eckpfeiler Früher Hilfen, Prävention, Förderung und Kooperation mit den Bezugspersonen, können in vielfältiger Art und durch verschiedene Berufsgruppen in der Praxis begründet und entwickelt werden; sie sind dabei stets den Grundsätzen Interdisziplinarität, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Hilfe zur Selbsthilfe und sozialer Integration verpflichtet und beziehen das

Rechtsgrundlagen

Artikel 28 Abs. 1 des Grundgesetzes definiert die Bundesrepublik Deutschland als föderativen Staat mit weitgehender *kommunaler Selbstverwaltung*. Bestandteil dieser Selbstverwaltung sind u.a. die kommunale Kostenträgerschaft für die *Jugendhilfe* und die *Eingliederungshilfe* für Menschen mit (drohender) Behinderung.

Die medizinische und therapeutische Frühförderung

- Rechtsgrundlage:

SGB V

§ 73 Abs. 1 Punkt 4 SGB V, sieht „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ als eine der ärztlichen Hauptaufgaben vor

§124 SGB V

- „(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden“.

Diagnostik

- *ärztliche Vorsorgeuntersuchungen*

Sozialpädiatrische Zentren

- Nach § 119 Abs. 2 SGB V ist „die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten“.

Zulassung von SPZ

- Genehmigung durch einen eigenen Zulassungsausschuss. In diesem sind nur zwei Organisationen vertreten: „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk)“ (§96 Abs. 1 SGB V). In diesem Zulassungsausschuss sind „Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl“ stimmberechtigt (§96 Abs. 2 SGB V).

Grundsatzkriterien

- Der Gesetzgeber hat einen Rechtsanspruch verankert, wonach zur Umsetzung der gesetzlichen Ansprüche auf Hilfeleistung eine „ausreichende Zahl“ von Einrichtungen „rechtzeitig“ zur Verfügung stehen (SGB I, §1, Abs. 2).

Tätigkeit und Finanzierungsbeginn

- „Die Sozialhilfe ... setzt ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen“ (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Auch ab diesem Zeitpunkt besteht ein Anspruch auf Leistungen (§ 18 SGB XII Abs. 2).

Überführen des Rechtsanspruchs

- auf „heilpädagogische Maßnahmen“ vom §40 BSHG in den §55 Abs. 2 Punkt 2 SGB IX als „heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind“.
- Frühförderung wird unter die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ subsumiert ist damit Bestandteil der Sozialhilfe (§8 Pkt. 4 SGB XII).

Fachliche Ansprüche im SGB IX

- §53 SGB XII stellt in Abs. 4 klar:
- „Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.“

§53 SGB XII: Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme der Leistungen:

- „(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.“

SGB IX

Erstmaliger Versuch, die traditionell
völlig unterschiedlich organisierten
Systeme der Frühförderung zu einem
System zusammen zu fassen

Personenkreis

- Von den bisherigen Zugangskriterien Schwere und Dauer einer Auffälligkeit wird die Dauer weiterhin mit "mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate" definiert (§2, Abs. 1 Satz 1).
- **Wesentliches neues Kriterium ist jedoch, dass die "körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit ... von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist" (ebda.)**

- „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (§53 Abs. 3 SGB XII).

Ziele und Aufgaben

- §4 Abs. 1 Punkt 1 setzt das zentrale Ziel,
 - **“die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern”.**

Prävention

- Weiter gestärkt wird der Vorrang von präventiven Maßnahmen. Die Rehabilitationsträger werden in einem eigenen Paragraphen aufgefordert (§3), den *Eintritt* einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung zu vermeiden.

Prävention?

Fehlende Tradition der
Rehabilitationsträger

Hilfen abhängig von amtlich festgestelltem
Bedarf

Defizitorientierter Ansatz öffentlicher Angebote
statt Ressourcenstärkender Hilfen

Fast alle Effektivitätsstudien belegen weltweit,
wie gering der Effekt von Einzelförderung ist,
wird diese nicht in ein integriertes
Gesamtkonzept eingebettet
(Schlack 1994, Peterander 2002)

Integration

- Gestärkt hat der Gesetzgeber nochmals das Grundprinzip der "Sozialen Integration", besonders für Kinder. §4 Abs. 3 schreibt vor:
- "Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können".

Ganzheitlichkeit

- Satz 4 des §4 Abs. 1 beschreibt als Aufgabe,
- “die persönliche Entwicklung *ganzheitlich* zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern”.

Familienorientierte Frühförderung

- §16 macht die Vorgabe von „Familiengerechten Leistungen“: „Bei Leistungen der Sozialhilfe sollen die besonderen Verhältnisse in der Familie der Leistungsberechtigten berücksichtigt werden. Die Sozialhilfe soll die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anregen und den Zusammenhalt der Familie festigen“.

Individualisierungsprinzip

- Im SGB IX §9 (1): „Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen, den eigenen Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts bei der Hilfe zum Lebensunterhalt“.

FrühV

- Der Gesetzgeber hat den Anspruch des Individualisierungs- und Bedarfsdeckungsprinzips für die Frühförderung durch die Frühförderungsverordnung (FrühV) dahingehend gestärkt, dass die interdisziplinäre Erstellung eines *individuellen* Förder- und Behandlungsplans unter Beteiligung und mit der Unterschrift verschiedener Berufsgruppen obligatorisch geworden ist (§10, FrühV).

SGB VIII

- §10 Abs. 4 Satz 1 SGB VIII) lautet:
- „(4) Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen nach dem Zwölften Buch vor. Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, gehen Leistungen nach diesem Buch vor.“

Landeszuständigkeit

- Damit bleiben Kinder mit einer seelisch bedingten Entwicklungsgefährdung zunächst unter dem Vorrang des KJHG. Es wird jedoch den einzelnen Bundesländern überlassen, diese Zuordnung umzugestalten:
- „Landesrecht kann regeln, dass Leistungen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden“ (§10 Abs. 4 Satz 2, SGB VIII).

„Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung
des Personenkreises sowie die Art der
Leistungen ...

- richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden“
(§35a, Abs. 3, SGB VIII).

Federführung und Koordinierung

- „Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.“ (SGB IX §14 Abs. 1)

In Abs. 2 wird hierzu konkretisiert: „

- Kann der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach den Sätzen 2 und 4 entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.“

Koordinierung möglicher Einzelleistungen zu einer Gesamtleistung

- „(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.“
(§10 Abs. 1)

Trägerschaften

- Mit der Einführung des SGB XII und entsprechenden Anpassungen im Zuge einer Novellierung des SGB IX wurde das Primat von gemeinnützigen Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege vor öffentlichen oder privaten Einrichtungen vollends aufgehoben: §17 Abs. 1 des SGB IX legt hierzu fest:
- „(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe
- 1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
- 2. durch andere Leistungsträger oder
- 3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19)
- ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.“

Finanzierung

- *Notwendig zur Vergütung von Leistungen ist „eine Vereinbarung über*
- *1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),*
- *2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und*
- *3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)“ (§ 75 Abs. 3 SGB XII).*

Persönliches Budget

- Im §17 SGB IX wird ein 2004 eingeführtes (bis einschließlich 2007 probeweise) „persönliches Budget“ geregelt. Hiernach haben Leistungsberechtigte das Recht, auf Antrag sich die Hilfen selbst zusammenzustellen. Diese werden „von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht“ und („in der Regel“, Abs. 3) als Geldleistung oder durch Gutscheine (in begründeten Fällen) ausgezahlt.

Komplexleistung

- Frühförderung wird im §26 Abs. 2 SGB IX unter die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ subsumiert: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere...“
- 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.“ Damit gelten auch für die Frühförderung die sonstigen für die medizinische Rehabilitation festgelegten Ziele.

Leistungen der med. Rehabilitation

- Hierzu bestimmt Abs. 3 wesentliche Inhalte der Leistungen, „insbesondere
- 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
- 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten,
- 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“.

FF im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation

- Dem Aufgabenfeld der „Früherkennung und Frühförderung“ gilt ein eigener Paragraph (§ 30), allerdings mit der Einschränkung „die *medizinischen* Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach §26 Abs. 2, Nr.2“.

Weitere Differenzierung

- §30 differenziert die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (nach § 26 Abs. 2 Nr. 2) in Abs. 1 weiter in
- „1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
- 2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen“.

Frühförderung wird

- unter das Dach der medizinischen ffgn auch Leistungen nicht ärztlicher Berufsgruppen subsumiert, „wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.“ Die *Komplexleistung Frühförderung* definiert der Gesetzgeber allerdings darüber hinausgehend: „Leistungen nach Satz 1 werden als *Komplexleistung* in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§56) erbracht.“

Frühförderung im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe

- Dieser §56 findet sich im Unterabschnitt „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (§55ff.). Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ legt §55 fest (Abs. 2):
- „Leistungen nach Abs. 1 sind insbesondere.... 2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind.“

Gleichwertigkeit

- Dass die heilpädagogischen Leistungen den Frühförderleistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gleichwertig gegenüberstehen, dokumentiert das SGB IX ebenfalls im §56 Abs. 2: „In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.“

Schulträger

- Dieser - erst 2004 eingefügte zusätzliche Passus - kollidiert jedoch mit dem §30 Abs. 3, wonach „Landesrecht vorsehen (kann), dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben“. Wer in einem Bundesgesetz in §56 die Schulträger verbindlich auffordert, ihre Leistungen als kplx abzustimmen, kann deren Einbeziehung nicht in §30 in das Ermessen der Länder stellen.

eher klassisch durch Frühförderstellen erbrachte Leistungen

- Der §30 führt in Abs. 2 zu einer weiteren Unklarheit. Dort führt das Gesetz zusätzlich zu den „medizinischen Leistungen“ nach §30 Abs. 1 weitere „Leistungen zur Früherkennung und ffgn“ auf, die als „nicht ärztliche, therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen“ konkretisiert sind.

ViFF

- *„Das Gesetz gibt in seiner wenig präzisen Form eher Anlass zu Konkurrenz zwischen den Leistungsträgern sowie zwischen den Disziplinen, anstatt klare Wegweisungen für eine gedeihliche Zusammenarbeit zu geben“ (Kühl 2004b, 8).*

§30, Abs. 2 und 3

- „nicht ärztliche sozial-pädiatrische Leistungen“
- Vieldeutigkeit, wissenschaftlich nicht haltbar
- Den hiermit einhergehenden erheblichen Verunsicherungen versuchte der Gesetzgeber dadurch entgegen zu wirken, dass er im §30 Abs. 3 ausführte:
„Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; § 13 Abs. 3, 4 und 6 gilt entsprechend.“

Die BAR-Arbeitsgruppe

- Die Bundesgesetzgeber hatten dabei offenbar Zweifel daran, ob die verschiedenen Rehabilitationsträger unter sich in der Lage seien, diese gemeinsame Ausgestaltung mit dem primären Ziel einer hohen Fachlichkeit und Effektivität der Leistungen durchzuführen. Sie bestimmen daher in § 13 Abs. 7 ausdrücklich, dass solche Rahmenempfehlungen unter der Moderation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durchgeführt werden:
- „Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt. Hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu einem Vorschlag aufgefordert, legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Vorschlag innerhalb von sechs Monaten vor. Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte Interessen eines Rehabilitationsträgers nicht entgegenstehen.“

Ebenso: §20

- „Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereitet die Empfehlungen nach Absatz 1 vor. Sie beteiligt die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen“. Dabei soll zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern Verhandlungspartnern Einvernehmen geschaffen werden (Abs. 3).

Die Frühförderungsverordnung (FrühV)

- Nach dem Scheitern wurde §32 SGB IX relevant, der im Falle einer Nichteinigung der Rehabilitationsträger für die Bundesregierung eine Verordnungsermächtigung vorsieht:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
- 1. Näheres zur Abgrenzung der in § 30 Abs. 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung zu regeln, wenn gemeinsame Empfehlungen nach § 30 Abs. 3 nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung dazu aufgefordert haben, vereinbart oder unzureichend gewordene Empfehlungen nicht innerhalb dieser Frist geändert worden sind“.

Lediglich drei zentrale Anliegen

- Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
 - - die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie
 - - die Vereinbarung der Entgelte

„fachlich geeignet“

- Die Frühförderleistungen beinhalten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (geregelt in § 5) und heilpädagogische Leistungen (geregelt in § 6), die „unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten **interdisziplinären** Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt (werden)“ (§2 FrühV).

Definition der Frühförderstellen

- „Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer **Zusammenarbeit** von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht“ (§ 3 FrühV).

Begründung zum §3

- Führt aus, „ein loser Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten und Heilmittelerbringern („virtuelle Frühförderstelle“) (bildet) keine interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der Verordnung, das gleiche gilt auch für Tagesstätten und Sonderkindergärten“. Es stellt sich hierbei die Frage, wie verbindlich eine Kooperation sein muss, damit sie nicht nur einen „losen Zusammenschluss“ darstellt. Die FrühV sieht „Kooperationen mit nicht in der Einrichtung beschäftigten Fachkräften“ nach der gleichen Begründung zum §3 als möglich an. Es wird also nicht vorgegeben, dass die externen Fachpersonen (z.B. Ärzte und Therapeuten) in einem festen Anstellungsverhältnis stehen müssen. Hier wird viel Spielraum für die Ausgestaltung vor Ort gelassen.

Definition der Komplexleistung

Komplexleistung ist ein interdisziplinäres abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen, die sowohl ambulant als auch mobil stattfindet und eine Beratung beinhaltet.

(Bundestagsdrucksache 14/50/74, 204f.)

Weitere Disziplinen

(jenseits der Pädagogik und Therapie)?

- §2 Satz 3 FrühV:

„Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.“

Komplexleistung

- *Werden diese Hilfeleistungen der verschiedenen Berufsgruppen als eine fachliche Einheit erbracht oder additiv nacheinander zusammengesetzt?*

Die Zwei-Kreuze-Regelung

- „ Abs. 1 Satz 2, SGB IX 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 Komplexleistungen zu erbringen sind“.

(Begründung zum §30 SGB IX)

Enger Funktionszusammenhang?

- ISG-Studie: Zwei Interpretationen:
 1. *additive* Form der Leistungserbringung
(zeitlich parallel oder nacheinander)
 2. *integrativ bzw. ganzheitlich* erbrachtes
Leistungspaket
*(abgestimmte Gesamtleistung für jedes
Kind mit Leistungsanspruch)*

Umsetzung der additiven Definition

- „... wenn für eine prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) **sowohl** medizinisch-therapeutische **als auch** heilpädagogische Leistungen notwendig sind und durch eine interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden, um ein übergreifendes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen“
(Bundesministerium für Arbeit & Sozialordnung / Bundesministerium für Gesundheit 2009, Konsenspapier der Bundesländer 2008, ViFF-Stellungnahme 2009)

Administrative Aufspaltung?

- *§56 SGB IX weist ausdrücklich aus, dass die heilpädagogischen Leistungen eben in Verbindung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (verbindlich) zu erbringen sind. Dies setzt eine obligatorische (kontinuierliche) Abstimmungsmöglichkeit der beiden Systeme voraus unabhängig davon, ob nach der Abstimmung auch separate Leistungen aus den beiden Systemen („am Klientel“) notwendig sind.*

Integratives Leistungspaket

- Komplexleistung als *ein* System unterschiedlicher Kompetenzen beinhaltet, dass je nach Bedarf die notwendigen Leistungen angeboten werden unabhängig davon, ob medizinische und pädagogische (oder andere) Leistungen notwendig sind.
- verbindliches disziplinübergreifendes Diagnostiksystem, bei dem je nach Bedarf in interdisziplinärer Abstimmung entschieden werden kann, welche Disziplinen in allen Arbeitsphasen der Frühförderung notwendig sind

Begründung des Gesetzgebers zu §30

- „**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.“

Offene Anlaufstelle

- „Der Frühförderstelle obliegt die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes“.
(Begründung zum § 3 der FrühV)

Umfassende Aufgabenfelder für die Frühförderung

1. Das Erstgespräch,
2. Anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen,
3. Die Vermittlung der Diagnose,
4. Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans,
5. Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen
6. **Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags,**
7. Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung,
8. Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
9. Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten (§ 5 und 6 FrühV)

Der Förder- und Behandlungsplan

- ist interdisziplinär zu entwickeln. Verantwortlich für die Entwicklung ist die interdisziplinäre Frühförderstelle (§7 FrühV)
- die erfolgreiche Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans wird durch eine obligatorische Unterzeichnung „von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach §5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft“ dokumentiert (§7 Abs. 1).
- Der Förder- und Behandlungsplan ist Bestandteil des Antrages auf Frühförderleistungen, der bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden kann (§8, Abs. 1, Satz 2)

Koordinierungsgebot zwischen den Rehabilitationsträgern

- „Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung“ (§8 Abs. 1 Satz 4).
- Sie können jedoch auch auf eine Abstimmung verzichten, wenn sich auf einen zuständigen Rehabilitationsträger für die jeweilige Einrichtungsform verständigt wurde. Dann kann dieser alleine über die Genehmigung entscheiden.
- Eine nachträgliche Veränderung der Komplexleistung ist jedoch nicht zulässig, sie wird „auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht“ (§8 Abs. 1 Satz 1 FrühV).

Verbindlichkeit der ärztlichen Stellungnahme

- *„die ‚ärztliche Verantwortung‘ wird dadurch sichergestellt, dass der für die Diagnose nach §5 Abs. 1 FrühV verantwortliche Arzt den Förder- und Behandlungsplan (FuB) unterzeichnet“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2008, 6).*
- *Damit wird auch klargestellt, dass die „ärztliche Verantwortung“ sich nicht auch auf die Durchführung der Förder- und Behandlungsplanerstellung beziehen muss.*

Finanzierung „aus einer Hand“

- „Vorteile für die Eltern betroffener Kinder und die Einrichtungen wird auch §8 der Verordnung bringen, der das Erfordernis der Leistungserbringung ‚aus einer Hand‘ sicher stellen soll. Die Vorschrift bestimmt im Wesentlichen, dass die Komplexleistung Frühförderung gegenüber den Familien nur durch *einen* Rehabilitationsträger erbracht wird. Mit der Frage von Zuständigkeiten und etwaigen anschließenden Kostenstreitigkeiten der beteiligten Rehabilitationsträger werden die Eltern nicht belastet. Es müssen streng genommen auch nicht für verschiedene Leistungen, die im Rahmen der Komplexleistung erforderlich sind, mehrere Leistungsanträge bei verschiedenen Leistungsträgern gestellt werden, sondern nur ein Antrag auf die Komplexleistung, und dieser kann bei jedem beliebigen Rehabilitationsträger gestellt werden“ (Bundessozialministerium 2003, 3).
- „In der Praxis führt dies dazu, dass die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich für alle medizinischen / medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig sind, des Weiteren für heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Früherkennung bis zur Aufstellung eines Förder- und/oder Behandlungsplans. Für heilpädagogische Leistungen zur Förderung und Behandlung sind grundsätzlich die Sozialhilfeträger zuständig“ (Begründung zum §8 FrühV)

Aufteilung der Entgelte zwischen den Rehabilitationsträgern

- Vergütet wird die erbrachte Leistung entweder als Fördereinheit oder als Kostenpauschale. Hierzu bedarf es einer Vergütungsvereinbarung zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern.
- §9 Abs. 3 der Frühförderungsverordnung ausdrücklich sieht vor, dass diese pauschaliert werden können. Allerdings werden die Ausgaben der Kommunen auf höchstens 80% für interdisziplinäre Frühförderstellen und 20% für SPZ begrenzt.
- Dadurch, dass sich die Krankenkassen in der Regel mit mindestens 20% an der Gesamtfinanzierung in Frühförderstellen beteiligen, will der Gesetzgeber eine Mischfinanzierung der primär zuständigen Kostenträger erreichen. Die traditionelle – und noch weitgehend praktizierte - ausschließliche Zuständigkeit der Kommunen für die Frühförderstellen und der Krankenkassen für die SPZ wird somit durch die Frühförderungsverordnung ausgeschlossen.
- Bezüglich der Finanzierungsmodalitäten betont das Konsenspapier die besondere Bedeutung von *Pauschalen*, die der Regelfall sein sollen (ebd.). Mit Bezug auf Bayern wird der dort praktizierte Rahmenvertrag mit einzeln vereinbarten Leistungssätzen in Folge des „erheblichen bürokratischen Aufwandes“ kritisch gesehen

Konsequenz

- Die rechtliche Ausgestaltungspflicht in fachlicher und finanzieller Art liegt von Anfang an bei den Kommunen und Krankenkassen – unabhängig von bestehenden Landesrahmenvereinbarungen oder -empfehlungen. Insoweit erhalten Landesrahmenvereinbarungen (LRV) lediglich eine Verbindlichkeit, wenn die jeweiligen Rehabilitationsträger ihr beitreten. Geschieht dies nicht – wie in den überwiegenden Kreisen und kreisfreien Städten – so obliegt den Rehabilitationsträgern vor Ort dennoch die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben des SGB IX und der Frühförderungsverordnung.

Konsens-Papier der Bundes- und Länderministerien

- Ausschluss der Heilmittel-Richtlinien
- Maßnahmen der Komplexleistung müssen nicht obligatorisch gleichzeitig indiziert sein, sondern können auch „nebeneinander oder mit unterschiedlicher und ggf. auch wechselnder Intensität erfolgen“
- die Komplexleistung Frühförderung ist eine „neue und eigenständige Leistung“. Entsprechend ist eine bloße Addition der bisherigen Leistungspflichten der jeweiligen Rehabilitationsträger nicht ausreichend.
- ärztliche Verordnungen für Leistungen im Rahmen der Komplexleistungen sind unmöglich. Stattdessen richtet sich die Komplexleistung nach der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans.

Mobile Frühförderung

- Im Rahmen der verbindlichen Lebensweltorientierung der Komplexleistung Frühförderung wird betont, dass – neben anderen Aufgaben – „der Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen, die Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltages und die Anleitung zur Einbeziehung in die Förderung und Behandlung ein zentrales Element darstellt“.
- Hierbei wird die besondere Bedeutung „mobil aufsuchender Hilfen“ betont – „sowohl in Bezug auf die heilpädagogischen, als auch in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Leistungen“ (BMAS 2008, 5).
- Entsprechend wird die mobile Hausfrühförderung in ihrem Profil der familiennahen und niedrigschwelligen Hilfe besonders hervorgehoben, die „gerade bei sozial benachteiligten Familien ... unverzichtbar (ist), da diese Familien ansonsten gar nicht erreicht werden können“ (ebd.).

Komplexleistung

- Frühförderung wird im §26 Abs. 2 SGB IX unter die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ subsumiert: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere...
- 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.“ Damit gelten auch für die Frühförderung die sonstigen für die medizinische Rehabilitation festgelegten Ziele.

Leistungen der med. Rehabilitation

- Hierzu bestimmt Abs. 3 wesentliche Inhalte der Leistungen, „insbesondere
- 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
- 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten,
- 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“.

FF im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation

- Dem Aufgabenfeld der „Früherkennung und Frühförderung“ gilt ein eigener Paragraph (§ 30), allerdings mit der Einschränkung „die *medizinischen* Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach §26 Abs. 2, Nr.2“.

Weitere Differenzierung

- §30 differenziert die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (nach § 26 Abs. 2 Nr. 2) in Abs. 1 weiter in
- „1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
- 2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen“.

Frühförderung wird

- unter das Dach der medizinischen ffgn auch Leistungen nicht ärztlicher Berufsgruppen subsumiert, „wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.“ Die *Komplexleistung Frühförderung* definiert der Gesetzgeber allerdings darüber hinausgehend: „Leistungen nach Satz 1 werden als *Komplexleistung* in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§56) erbracht.“

Frühförderung im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe

- Dieser §56 findet sich im Unterabschnitt „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (§55ff.). Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ legt §55 fest (Abs. 2):
- „Leistungen nach Abs. 1 sind insbesondere.... 2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind.“

Gleichwertigkeit

- Dass die heilpädagogischen Leistungen den Frühförderleistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gleichwertig gegenüberstehen, dokumentiert das SGB IX ebenfalls im §56 Abs. 2: „In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.“

Schulträger

- Dieser - erst 2004 eingefügte zusätzliche Passus - kollidiert jedoch mit dem §30 Abs. 3, wonach „Landesrecht vorsehen (kann), dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben“. Wer in einem Bundesgesetz in §56 die Schulträger verbindlich auffordert, ihre Leistungen als kplx abzustimmen, kann deren Einbeziehung nicht in §30 in das Ermessen der Länder stellen.

eher klassisch durch Frühförderstellen erbrachte Leistungen

- Der §30 führt in Abs. 2 zu einer weiteren Unklarheit. Dort führt das Gesetz zusätzlich zu den „medizinischen Leistungen“ nach §30 Abs. 1 weitere „Leistungen zur Früherkennung und ffgn“ auf, die als „nicht ärztliche, therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen“ konkretisiert sind.

ViFF

- *„Das Gesetz gibt in seiner wenig präzisen Form eher Anlass zu Konkurrenz zwischen den Leistungsträgern sowie zwischen den Disziplinen, anstatt klare Wegweisungen für eine gedeihliche Zusammenarbeit zu geben“ (Kühl 2004b, 8).*

§30, Abs. 2 und 3

- „nicht ärztliche sozial-pädiatrische Leistungen“
- Vieldeutigkeit, wissenschaftlich nicht haltbar
- Den hiermit einhergehenden erheblichen Verunsicherungen versuchte der Gesetzgeber dadurch entgegen zu wirken, dass er im §30 Abs. 3 ausführte:
„Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; § 13 Abs. 3, 4 und 6 gilt entsprechend.“

Die BAR-Arbeitsgruppe

- Die Bundesgesetzgeber hatten dabei offenbar Zweifel daran, ob die verschiedenen Rehabilitationsträger unter sich in der Lage seien, diese gemeinsame Ausgestaltung mit dem primären Ziel einer hohen Fachlichkeit und Effektivität der Leistungen durchzuführen. Sie bestimmen daher in § 13 Abs. 7 ausdrücklich, dass solche Rahmenempfehlungen unter der Moderation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durchgeführt werden:
- „Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt. Hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu einem Vorschlag aufgefordert, legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Vorschlag innerhalb von sechs Monaten vor. Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte Interessen eines Rehabilitationsträgers nicht entgegenstehen.“

Komplexleistung

- Frühförderung wird im §26 Abs. 2 SGB IX unter die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ subsumiert: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere...“
- 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.“ Damit gelten auch für die Frühförderung die sonstigen für die medizinische Rehabilitation festgelegten Ziele.

Die BAR-Arbeitsgruppe

- Die Bundesgesetzgeber hatten dabei offenbar Zweifel daran, ob die verschiedenen Rehabilitationsträger unter sich in der Lage seien, diese gemeinsame Ausgestaltung mit dem primären Ziel einer hohen Fachlichkeit und Effektivität der Leistungen durchzuführen. Sie bestimmen daher in § 13 Abs. 7 ausdrücklich, dass solche Rahmenempfehlungen unter der Moderation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durchgeführt werden:
- „Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt. Hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu einem Vorschlag aufgefordert, legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den Vorschlag innerhalb von sechs Monaten vor. Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte Interessen eines Rehabilitationsträgers nicht entgegenstehen.“

Ebenso: §20

- „Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereitet die Empfehlungen nach Absatz 1 vor. Sie beteiligt die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen“. Dabei soll zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern Verhandlungspartnern Einvernehmen geschaffen werden (Abs. 3).

Die Frühförderungsverordnung (FrühV)

- Nach dem Scheitern wurde §32 SGB IX relevant, der im Falle einer Nichteinigung der Rehabilitationsträger für die Bundesregierung eine Verordnungsermächtigung vorsieht:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
- 1. Näheres zur Abgrenzung der in § 30 Abs. 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung zu regeln, wenn gemeinsame Empfehlungen nach § 30 Abs. 3 nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung dazu aufgefordert haben, vereinbart oder unzureichend gewordene Empfehlungen nicht innerhalb dieser Frist geändert worden sind“.

Lediglich drei zentrale Anliegen

- Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
 - - die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie
 - - die Vereinbarung der Entgelte

„fachlich geeignet“

- Die Frühförderleistungen beinhalten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (geregelt in § 5) und heilpädagogische Leistungen (geregelt in § 6), die „unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten **interdisziplinären** Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt (werden)“ (§2 FrühV).

Definition der Frühförderstellen

- „Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer **Zusammenarbeit** von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht“ (§ 3 FrühV).

Begründung zum §3

- Führt aus, „ein loser Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten und Heilmittelerbringern („virtuelle Frühförderstelle“) (bildet) keine interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der Verordnung, das gleiche gilt auch für Tagesstätten und Sonderkindergärten“. Es stellt sich hierbei die Frage, wie verbindlich eine Kooperation sein muss, damit sie nicht nur einen „losen Zusammenschluss“ darstellt. Die FrühV sieht „Kooperationen mit nicht in der Einrichtung beschäftigten Fachkräften“ nach der gleichen Begründung zum §3 als möglich an. Es wird also nicht vorgegeben, dass die externen Fachpersonen (z.B. Ärzte und Therapeuten) in einem festen Anstellungsverhältnis stehen müssen. Hier wird viel Spielraum für die Ausgestaltung vor Ort gelassen.

Definition der Komplexleistung

Komplexleistung ist ein interdisziplinäres abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen, die sowohl ambulant als auch mobil stattfindet und eine Beratung beinhaltet.

(Bundestagsdrucksache 14/50/74, 204f.)

Weitere Disziplinen

(jenseits der Pädagogik und Therapie)?

- §2 Satz 3 FrühV:

„Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.“

Komplexleistung

- *Werden diese Hilfeleistungen der verschiedenen Berufsgruppen als eine fachliche Einheit erbracht oder additiv nacheinander zusammengesetzt?*

Die Zwei-Kreuze-Regelung

- „ Abs. 1 Satz 2, SGB IX 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 Komplexleistungen zu erbringen sind“.

(Begründung zum §30 SGB IX)

Enger Funktionszusammenhang?

- ISG-Studie: Zwei Interpretationen:
 1. *additive* Form der Leistungserbringung
(zeitlich parallel oder nacheinander)
 2. *integrativ bzw. ganzheitlich* erbrachtes
Leistungspaket
*(abgestimmte Gesamtleistung für jedes
Kind mit Leistungsanspruch)*

Umsetzung der additiven Definition

- „... wenn für eine prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) **sowohl** medizinisch-therapeutische **als auch** heilpädagogische Leistungen notwendig sind und durch eine interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden, um ein übergreifendes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen“
(Bundesministerium für Arbeit & Sozialordnung / Bundesministerium für Gesundheit 2009, Konsenspapier der Bundesländer 2008, ViFF-Stellungnahme 2009)

Administrative Aufspaltung?

- *§56 SGB IX weist ausdrücklich aus, dass die heilpädagogischen Leistungen eben in Verbindung mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (verbindlich) zu erbringen sind. Dies setzt eine obligatorische (kontinuierliche) Abstimmungsmöglichkeit der beiden Systeme voraus unabhängig davon, ob nach der Abstimmung auch separate Leistungen aus den beiden Systemen („am Klientel“) notwendig sind.*

Integratives Leistungspaket

- Komplexleistung als *ein* System unterschiedlicher Kompetenzen beinhaltet, dass je nach Bedarf die notwendigen Leistungen angeboten werden unabhängig davon, ob medizinische und pädagogische (oder andere) Leistungen notwendig sind.
- verbindliches disziplinübergreifendes Diagnostiksystem, bei dem je nach Bedarf in interdisziplinärer Abstimmung entschieden werden kann, welche Disziplinen in allen Arbeitsphasen der Frühförderung notwendig sind

Begründung des Gesetzgebers zu §30

- „**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.“

Offene Anlaufstelle

- „Der Frühförderstelle obliegt die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes“.
(Begründung zum § 3 der FrühV)

Umfassende Aufgabenfelder für die Frühförderung

1. Das Erstgespräch,
2. Anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen,
3. Die Vermittlung der Diagnose,
4. Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans,
5. Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen
6. **Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags,**
7. Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung,
8. Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
9. Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten (§ 5 und 6 FrühV)

Der Förder- und Behandlungsplan

- ist interdisziplinär zu entwickeln. Verantwortlich für die Entwicklung ist die interdisziplinäre Frühförderstelle (§7 FrühV)
- die erfolgreiche Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans wird durch eine obligatorische Unterzeichnung „von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach §5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft“ dokumentiert (§7 Abs. 1).
- Der Förder- und Behandlungsplan ist Bestandteil des Antrages auf Frühförderleistungen, der bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden kann (§8, Abs. 1, Satz 2)

Koordinierungsgebot zwischen den Rehabilitationsträgern

- „Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung“ (§8 Abs. 1 Satz 4).
- Sie können jedoch auch auf eine Abstimmung verzichten, wenn sich auf einen zuständigen Rehabilitationsträger für die jeweilige Einrichtungsform verständigt wurde. Dann kann dieser alleine über die Genehmigung entscheiden.
- Eine nachträgliche Veränderung der Komplexleistung ist jedoch nicht zulässig, sie wird „auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht“ (§8 Abs. 1 Satz 1 FrühV).

Verbindlichkeit der ärztlichen Stellungnahme

- *„die ‚ärztliche Verantwortung‘ wird dadurch sichergestellt, dass der für die Diagnose nach §5 Abs. 1 FrühV verantwortliche Arzt den Förder- und Behandlungsplan (FuB) unterzeichnet“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2008, 6).*
- *Damit wird auch klargestellt, dass die „ärztliche Verantwortung“ sich nicht auch auf die Durchführung der Förder- und Behandlungsplanerstellung beziehen muss.*

Finanzierung „aus einer Hand“

- „Vorteile für die Eltern betroffener Kinder und die Einrichtungen wird auch §8 der Verordnung bringen, der das Erfordernis der Leistungserbringung ‚aus einer Hand‘ sicher stellen soll. Die Vorschrift bestimmt im Wesentlichen, dass die Komplexleistung Frühförderung gegenüber den Familien nur durch *einen* Rehabilitationsträger erbracht wird. Mit der Frage von Zuständigkeiten und etwaigen anschließenden Kostenstreitigkeiten der beteiligten Rehabilitationsträger werden die Eltern nicht belastet. Es müssen streng genommen auch nicht für verschiedene Leistungen, die im Rahmen der Komplexleistung erforderlich sind, mehrere Leistungsanträge bei verschiedenen Leistungsträgern gestellt werden, sondern nur ein Antrag auf die Komplexleistung, und dieser kann bei jedem beliebigen Rehabilitationsträger gestellt werden“ (Bundessozialministerium 2003, 3).
- „In der Praxis führt dies dazu, dass die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich für alle medizinischen / medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig sind, des Weiteren für heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Früherkennung bis zur Aufstellung eines Förder- und/oder Behandlungsplans. Für heilpädagogische Leistungen zur Förderung und Behandlung sind grundsätzlich die Sozialhilfeträger zuständig“ (Begründung zum §8 FrühV)

Aufteilung der Entgelte zwischen den Rehabilitationsträgern

- Vergütet wird die erbrachte Leistung entweder als Fördereinheit oder als Kostenpauschale. Hierzu bedarf es einer Vergütungsvereinbarung zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern.
- §9 Abs. 3 der Frühförderungsverordnung ausdrücklich sieht vor, dass diese pauschaliert werden können. Allerdings werden die Ausgaben der Kommunen auf höchstens 80% für interdisziplinäre Frühförderstellen und 20% für SPZ begrenzt.
- Dadurch, dass sich die Krankenkassen in der Regel mit mindestens 20% an der Gesamtfinanzierung in Frühförderstellen beteiligen, will der Gesetzgeber eine Mischfinanzierung der primär zuständigen Kostenträger erreichen. Die traditionelle – und noch weitgehend praktizierte - ausschließliche Zuständigkeit der Kommunen für die Frühförderstellen und der Krankenkassen für die SPZ wird somit durch die Frühförderungsverordnung ausgeschlossen.
- Bezüglich der Finanzierungsmodalitäten betont das Konsenspapier die besondere Bedeutung von *Pauschalen*, die der Regelfall sein sollen (ebd.). Mit Bezug auf Bayern wird der dort praktizierte Rahmenvertrag mit einzeln vereinbarten Leistungssätzen in Folge des „erheblichen bürokratischen Aufwandes“ kritisch gesehen

Konsequenz

- Die rechtliche Ausgestaltungspflicht in fachlicher und finanzieller Art liegt von Anfang an bei den Kommunen und Krankenkassen – unabhängig von bestehenden Landesrahmenvereinbarungen oder -empfehlungen. Insoweit erhalten Landesrahmenvereinbarungen (LRV) lediglich eine Verbindlichkeit, wenn die jeweiligen Rehabilitationsträger ihr beitreten. Geschieht dies nicht – wie in den überwiegenden Kreisen und kreisfreien Städten – so obliegt den Rehabilitationsträgern vor Ort dennoch die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben des SGB IX und der Frühförderungsverordnung.

Konsens-Papier der Bundes- und Länderministerien

- Ausschluss der Heilmittel-Richtlinien
- Maßnahmen der Komplexleistung müssen nicht obligatorisch gleichzeitig indiziert sein, sondern können auch „nebeneinander oder mit unterschiedlicher und ggf. auch wechselnder Intensität erfolgen“
- die Komplexleistung Frühförderung ist eine „neue und eigenständige Leistung“. Entsprechend ist eine bloße Addition der bisherigen Leistungspflichten der jeweiligen Rehabilitationsträger nicht ausreichend.
- ärztliche Verordnungen für Leistungen im Rahmen der Komplexleistungen sind unmöglich. Stattdessen richtet sich die Komplexleistung nach der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans.

Mobile Frühförderung

- Im Rahmen der verbindlichen Lebensweltorientierung der Komplexleistung Frühförderung wird betont, dass – neben anderen Aufgaben – „der Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen, die Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltages und die Anleitung zur Einbeziehung in die Förderung und Behandlung ein zentrales Element darstellt“.
- Hierbei wird die besondere Bedeutung „mobil aufsuchender Hilfen“ betont – „sowohl in Bezug auf die heilpädagogischen, als auch in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Leistungen“ (BMAS 2008, 5).
- Entsprechend wird die mobile Hausfrühförderung in ihrem Profil der familiennahen und niedrigschwelligen Hilfe besonders hervorgehoben, die „gerade bei sozial benachteiligten Familien ... unverzichtbar (ist), da diese Familien ansonsten gar nicht erreicht werden können“ (ebd.).