

aktuell

Informationen aus dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf,
Tel: 0211/64004-0, Fax: 0211-64004-20, E-mail: info@bvkm.de, <http://www.bvkm.de>

Arbeitshilfe zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV – vom 24.06.2003)

Am 1. Juli 2003 tritt die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) nach der Veröffentlichung am 30.06.2003 im Bundesgesetzblatt in Kraft. Der Bundesrat hatte am 20.06.2003 der Verordnung mit einer Reihe von Maßgaben zur Änderung zugestimmt. Nachdem die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung die Änderung akzeptiert hat, ist nun ein wichtiger Abschnitt auf dem Weg zu einer interdisziplinären Frühförderung in Deutschland bewältigt.

Seit Inkrafttreten des SGB IX Mitte 2001 ist die Frühförderlandschaft gehörig in Unruhe versetzt worden. Das lange und zähe Ringen um eine gemeinsame Empfehlung und um die Rechtsverordnung hat nicht nur einen Stillstand der fachlichen Weiterentwicklung der Frühförderung hervorgeufen, es hat nicht nur zu einer tiefen Verunsicherung von Eltern, Mitarbeiterinnen und Einrichtungsträgern geführt, sondern auch zu einer Gefährdung von Einrichtungen, weil längst überfällige Entgeltanpassungen verweigert, bewährte Verfahren in Frage gestellt und Kostenzusagen zurückgezogen wurden.

Das hat dazu geführt, dass sich einige das unberührte Nischendasein der Frühförderung zurückwünschten. In der Verklärung der Vergangenheit mit wachsendem Abstand zur Gegenwart erscheint manches besser und gesicherter als es heute ist. Diese Sicht verkennt, dass es erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Frühförderung zwischen den Bundesländern und selbst innerhalb einzelner Bundesländer gibt. Die Behandlung und Förderung behinderter Kinder darf aber nicht überwiegend davon abhängig sein, wo die Eltern leben. Diese Verklärung verkennt auch, dass der Druck, der gerade auf den Sozialleistungsträgern lastet, die für die Frühförderung verantwortlich sind, so groß ist, dass auch als gesichert angesehene Besitzstände in Frage gestellt werden. Der überwiegende Teil der Einschränkungen, Kürzungen und die neuen bürokratischen Hemmnisse rühren daher und haben nichts mit der Ausgestaltung der Komplexleistung nach dem SGB IX zu tun. Sie sind schlicht dem wirtschaftlichen Druck geschuldet, der auf den Sozialleistungsträgern lastet. Und alle ahnen, dass die Entwicklungen, die in anderen Sozialleistungsbereichen

aktuell im Gange sind, auch bei behinderten Menschen ankommen werden. Das Heil in der Entlastung des einen Sozialleistungsträgers zu Lasten des anderen zu suchen muss scheitern.

Der Weg, der vor Ort und in den Ländern, aber auch in den Einrichtungen gegangen werden muss, wird ein schwieriger werden. Die Grenzen, die von den Leistungsträgern überwunden werden müssen, sind nicht die einzigen auf dem Weg zur Komplexleistung. Es müssen auch die Grenzen zwischen den Fachdisziplinen überwunden werden, die es nach wie vor und wider besseres Wissen gibt.

Bei allen Schwierigkeiten und Problemen, die das SGB IX in die Frühförderung gebracht hat, darf nicht vergessen werden, dass ein großer Teil davon bis heute vielerorts von den Eltern und den Kindern gelöst werden muss. Sie haben, um wirksame Hilfe zu erhalten, sich ihre Komplexleistungen bei den Kostenträgern und den Fachdisziplinen zusammensuchen müssen. Wenn wir ihnen jetzt einen Teil dieser Arbeit abnehmen können, so ist das längst überfällig.

In diesem Sinne appelliere ich an Sie, sich konstruktiv mit den Möglichkeiten der Komplexleistungen auseinanderzusetzen und sich dem neuen Standard und der Zusammenarbeit mit den Familien und den anderen beteiligten Fachkräften und Berufsgruppen zu stellen. Die Arbeitshilfe soll die Träger und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen informieren und sie auf die bevorstehenden Verhandlungen vor Ort und auf der Landesebene vorbereiten.

Für den fachlichen Beitrag möchten wir uns herzlich bei der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung bedanken. Wir beabsichtigen, die Arbeitshilfe mit weiteren Materialien aus der Bundes- und Landesebene fortzusetzen. Aktuelle Informationen sind auch auf der Homepage des Bundesverbandes www.bvkm.de zum Thema zu finden.

Düsseldorf, 25.06.2003

Norbert Müller-Fehling

Inhalt

Von der Rechtsverordnung zur Komplexleistung

Zugang und Verlauf der Leistungen zur Früherkennung
Frühförderung

Regelungsbedarf auf der Landes-, Regional- und Ortsebene

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung
behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
(Frühförderungsverordnung – FrühV)

Handreichung der VIFF zu Leistungsvereinbarungen
gem. SGB IX

Auszug auf dem Diskussionsentwurf der Gemeinsamen
Empfehlung der BAR

Von der Rechtsverordnung zur Komplexleistung

Mit dem SGB IX wurde eine eigenständige gesetzliche Grundlage für die interdisziplinäre Frühförderung geschaffen. Medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen sowie die Beratung der Eltern sollen in einem interdisziplinären Prozess unter Berücksichtigung der Familie und des sozialen Umfeldes als Komplexleistung erbracht werden. Die Komplexleistung kommt durch eine integrierte und einheitliche Leistungserbringung der Rehabilitationsträger, in erster Linie der Krankenkassen und der örtlichen Sozialhilfeträger, zustande.

Der Entwurf einer gemeinsamen Empfehlung Früherkennung/Frühförderung, der von einer Fachgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für die Rehabilitation Behinderter (BAR) im Jahre 2001/2002 erarbeitet wurde, erfüllte weitgehend die Zielsetzung des SGB IX. Nach der Ablehnung des Entwurfs durch die Sozialhilfeträger war nun der Gesetzgeber gefordert, die Ziele des SGB IX durch eine Rechtsverordnung durchzusetzen. Die Sozialhilfeträger hatten sich gegen die Nennung von Anteilen bei der Kostenverteilung ausgesprochen, Mindeststandards abgelehnt und unter bestimmten Voraussetzungen die Kostenübernahme von heilpädagogischen Leistungen durch die Krankenkassen gefordert. Nach dem endgültigen Scheitern Anfang Dezember 2002 wurde die Arbeit an einer Rechtsverordnung durch das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aufgenommen.

Nachdem der Bundesrat am 20. Juni mit der Maßgabe einer Reihe von Änderungen der Rechtsverordnung zugestimmt hat, tritt sie nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt zum 01.07.2003 in Kraft.

Die vorliegende Rechtsverordnung macht deutlich, was in einer gemeinsamen Empfehlung Früherkennung/Frühförderung hätte alles geregelt werden können und was nun im Rahmen der Rechtsverordnung ungeregelt bleibt. Das wird unweigerlich insbesondere bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Frühfördereinrichtungen Enttäuschungen hervorrufen. Dieser Mangel war zu erwarten und konnte letztendlich kaum behoben werden, da die Ermächtigungsgrundlage für die Verordnung sich auf die Abgrenzung der Leistungen, die Übernahme oder Teilung der Kosten, die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie die Finanzierung beschränkt. Nicht mehr. Aber auch nicht weniger.

Die Rechtsverordnung folgt in den Grundzügen dem Entwurf der gemeinsamen Empfehlung. Sie übernimmt im Rahmen des ihr zugestandenen Regelungsbereiches im wesentlichen den Verhandlungsstand der gemeinsamen Empfehlung.

Der Anwendungsbereich der Rechtsverordnung (§ 1 FrühV) ist auf die Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen eingegrenzt. Zum Anwendungsbereich gehört ausdrücklich die Vereinbarung von Entgelten für diese Einrichtungen.

§ 2 beschreibt die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung. Sie umfassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen, die durch fachlich geeignete interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Kindes ausgeführt werden. Die medizinischen Leistungen nach § 30 SGB IX und die heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX werden als Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung zusammengefasst und gleichberechtigt nebeneinander gestellt. Damit behebt der Ordnungsgeber den Mangel des Gesetzgebers, die Komplexleistung nicht vor die Klammer der medizinischen und der heilpädagogischen Leistungen gezogen zu haben, sondern sie allein unter die medizinische Rehabilitation eingeordnet zu haben. Die sogenannte „bayerische Rechtsauffassung“, die den Krankenkassen damit die alleinige Kostenverantwortung für die Frühförderung zuwies, ist damit nicht mehr möglich. Satz 2 spricht von der Fachlichkeit der Interdisziplinären Frühförderstelle, ohne dass sie hier näher beschrieben oder Standards definiert werden. Was fachlich geeignet ist, muss also aus dem Gesetz der Rechtsverordnung, ggf. der Begründung abgeleitet werden. Rehabilitationsträger und Leistungsanbieter müssen sich u.U. auf der Landesebene oder in der direkten Verhandlung darauf verständigen, was fachlich geeignet ist.

In der Begründung zum § 2 wird auf die Möglichkeit der Konkretisierung der Anforderung durch **Landesrahmenempfehlungen** hingewiesen. Angesichts des erheblichen Regelungsbedarfes auf der Landes- und der regionalen Ebene haben die Verbände vorgeschlagen, einen Hinweis auf Landesrahmenempfehlungen unmittelbar in den

Verordnungstext aufzunehmen. Landesrahmenempfehlungen können einen wichtigen Beitrag zur Ausgestaltung der Komplexleistung und zur Umsetzung des SGB IX leisten. Die in ihrer regionalen Struktur sehr unterschiedlichen Rehabilitationsträger und die strukturell schwache Verhandlungsposition der einzelnen Einrichtungen erfordern eine Orientierung an Landesrahmenempfehlungen, um vergleichbare Bedingungen in den Ländern für Kinder, Eltern und Mitarbeiter und Einrichtungsträger zu schaffen. Regelungsbedarf besteht insbesondere bei der Ausdifferenzierung von Leistungselementen, der Definition von Standards und bei den Vorgaben zur Ermittlung von Leistungseinheiten und Leistungsentgelten. Der Bundesrat hat den Vorschlag aufgegriffen und die Möglichkeit der Landesrahmenempfehlungen in die Verordnung gebracht.

Im § 3 werden die Interdisziplinären Frühförderstellen in ihrer Aufgabe und Funktion beschrieben. Sie sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitraum erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern sollen. Die Leistungen werden in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht. In der Begründung werden die Aufgabe und Arbeitsweise der interdisziplinären Frühförderstellen auch unter fachlichen Gesichtspunkten beschrieben. Dort ist auch der Hinweis zu finden, dass zur interdisziplinären Frühförderung ein offenes Beratungsangebot gehört. Leider war dies nicht in den Verordnungstext zu bringen. Die Beschreibung der Frühfördereinrichtung konkretisiert, was Frühförderung zu leisten hat und wie dies geschehen soll und wie nicht. Die kooperative Einbeziehung weiterer nicht-hauptamtlicher Mitarbeiter ist möglich. Vorstellbare virtuelle Frühfördereinrichtungen von niedergelassenen Ärzten, Pädagogen und Therapeuten sollen ebenso von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden wie Tageseinrichtungen für Kinder.

Gerade der letzte Punkt schmerzt nicht nur einige Bundesländer. Das SGB IX beschränkt sich ausschließlich auf die Leistungen, die durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren erbracht werden. Sowohl die gemeinsame Empfehlung als auch die Rechtsverordnung schließen Leistungen, die von interdisziplinären Frühförderstellen im Einzelfall in Tageseinrichtungen erbracht werden, nicht aus. Eine Ausweitung darüber hinaus wird auch von den Gesetzesvorgaben nicht gedeckt. Natürlich muss zu Recht eingewendet werden, dass die medizinisch-therapeutischen und die pädagogischen Leistungen, die in der Arbeit mit behinderten Kindern in Tageseinrichtungen für Kinder erbracht werden, sinnvoll nur als Komplexleistung erbracht werden. Es sollte daher auf der Landesebene versucht werden, Regelungen nach dem Vorbild der gemeinsamen Empfehlung und der Rechtsverordnung auch für diesen Bereich zu schaffen. Eine Möglichkeit dazu bietet § 5 Abs.3.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren sind auf die Behandlung

von Kindern ausgerichtet, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. In der Definition und Aufgabenbeschreibung greift die Rechtsverordnung auf die Vorschriften des § 119 SGB V zurück.

In § 5 werden die medizinischen Leistungen beschrieben, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Dazu zählen die ärztliche Behandlung, einschließlich der ärztlichen Diagnostik, und alle anderen Leistungen zur Diagnostik und zur Aufstellung des Förder- und Behandlungsplans, einschließlich der heilpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.

Weiterhin gehören die durch den Förder- und Behandlungsplan veranlassten medizinisch-therapeutischen Leistungen dazu. Absatz 2 der Rechtsverordnung regelt, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch die Beratung der Erziehungsberechtigten umfassen. Die Beschreibung von Inhalt und Umfang der Beratung ist hinreichend. Ein vom Bundesrat eingebrachter Abs. 3 soll dazu beitragen, dass auf der Landesebene bewährte weitergehende Regelungen nicht in Frage gestellt werden.

Die heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX werden in § 6 beschrieben. Sie umfassen alle Maßnahmen, die mit pädagogischen Mitteln der Entwicklung des Kindes und der Entfaltung seiner Persönlichkeit dienen und die im Einzelfall erforderlich sind, soziale und sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten. Die Leistungsbeschreibung ist umfassend und definiert die heilpädagogischen Leistungen als ein Bündel von Hilfen. Daraus ableiten lassen sich auch die beteiligten Disziplinen. Eine Reduzierung auf die Beschäftigung von Heilpädagogen ist damit nicht möglich. Heilpädagogische Maßnahmen sind wie medizinische Leistungen als Sammelbegriff zu verstehen.

§ 7 regelt den Förder- und Behandlungsplan. Dieser erhält eine Schlüsselstellung. Er bestimmt, ob, wie, wo und welche Leistungen wie oft und wie lange erbracht werden. Er bestimmt, ob ein Kind in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer Frühförderstelle gefördert und behandelt werden soll. Der Förder- und Behandlungsplan wird dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst. Nach 12 Monaten ist spätestens ein neuer Plan aufzustellen. § 7 schreibt vor, dass der Förder- und Behandlungsplan interdisziplinär entwickelt wird. Er ist von einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde sowie der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft zu unterzeichnen. Die Unterschrift des Arztes unter den Förder- und Behandlungsplan ist der Schlüssel zu der medizinischen Leistung der Förderung und Behandlung. Die Krankenkassen sehen die Verantwortung des Arztes auch für die medizinisch-therapeutischen Leistungen der Förderung und Behandlung. Es wird zwischen Leitung und Verantwortung unterschieden.

den. Ärztlich Verantwortung realisiert sich nach der Rechtsverordnung durch die Beschreibung der medizinischen und therapeutischen Leistungen im Förder- und Behandlungsplan. Die Beschaffung weiterer Verordnungen, z.B. von Heilmitteln, ist damit überflüssig. Der Referenten-Entwurf sah vor, dass der Förder- und Behandlungsplan in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten zustande kommen soll. In der verabschiedeten Fassung wird jetzt von der Zusammenarbeit mit den Eltern gesprochen. Die Rehabilitationsträger bewilligen die Leistungen auf der fachlichen Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes oder lehnen sie mit einem rechtsfähigen Bescheid ab.

§ 8 regelt die Erbringung der Komplexleistung. Er sieht vor, dass ein Antrag bei allen Rehabilitationsträgern gestellt werden kann. Der Rehaträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten anderen Rehabilitationsträger. Diese stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistungen. Der Sozialhilfeträger entscheidet in der Regel über die Komplexleistung in den interdisziplinären Frühförderstellen und die Krankenkassen in der Regel über die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren. Die beteiligten Rehabilitationsträger können im gegenseitigen Einvernehmen auch andere Zuständigkeiten vereinbaren. Ferner werden hier die Erstattungspflicht und die Möglichkeit von Pauschalierungen geregelt. Alle Beteiligten werden auf die Zusammenarbeit verpflichtet.

Die Teilung der Kosten der Komplexleistung ist im § 9 geregelt. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde auf die Einsetzung einer Schiedsstelle verzichtet. Von Bedeutung ist, dass die Rehaträger gemeinsam Entgelte für die Komplexleistung in interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren vereinbaren. Auf diese Weise ist am ehesten sichergestellt, dass die Leistungen vollständig vergütet werden. Die gemeinsame Empfehlung war hier unklarer. Die gemeinsam vereinbarten Entgelte werden zwischen den Rehaträgern aufgeteilt. Die Teilung der Kosten berücksichtigt die Besonderheiten der Einrichtung. Die Formulierung wurde aus der gemeinsamen Empfehlung übernommen. Die Aufteilung der Entgelte kann pauschal erfolgen. In interdisziplinären Frühförderstellen soll der Anteil der Sozialhilfe 80 %, in sozialpädiatrischen Zentren 20 % nicht überschreiten. Bei der Aufteilung der Kosten werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, berücksichtigt. Die Formulierung stellt sicher, dass nur die Leistungen Dritter berücksichtigt werden, die für die Leistungen nach der Rechtsverordnung gewährt werden. Damit können die Länder weiterhin ergänzende Leistungen gewähren und Investitionshilfen, z.B. der Aktion Mensch, unberücksichtigt bleiben. Vorstellbar ist auch, dass die Zuschüsse der Länder zur Finanzierung des offenen Beratungsangebotes einsetzt werden.

Zugang zu und Verlauf der Leistungen der Früherkennung/Frühförderung nach den Regelungen der Frühförderungsverordnung – FrühV

- 1) Verordnung von interdisziplinärer Diagnostik in SPZ oder IFF durch einen Vertragsarzt
- 2a) Interdisziplinäre Diagnostik durch SPZ unter ärztlicher Leitung
- 2b) Interdisziplinäre Diagnostik durch IFF unter ärztlicher Verantwortung (Kooperationsarzt)
- 3) Ergebnis der Diagnostik: Förder- und Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten und mit der Unterschrift des Arztes und der pädagogischen Fachkraft
 - 3.1 Keine interdisziplinäre Frühförderung, ggf andere Empfehlung
 - 3.2 Wenn interdisziplinäre Frühförderung: Empfehlung für IFF oder SPZ
 - 3.3 Beschreibung der Leistungen zur Behandlung und Förderung (was, wie, wer, wie viel, wie lange)
- 4) Antrag auf Leistungen bei einem Reha-Träger auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes
- 5) Unterrichtung des anderen Reha-Trägers durch den Reha-Träger, bei dem die Leistung beantragt wurde
- 6) Abstimmung der Reha-Träger untereinander und Entscheidung innerhalb von zwei Wochen durch einen Bescheid eines Reha-Trägers mit Bindungswirkung für den anderen. In der Regel: IFF = Sozialhilfe, SPZ = GKV
- 7a) Förderung und Behandlung in SPZ
- 7b) Förderung und Behandlung in IFF
- 8) Bei Bedarf fortlaufende Anpassung des Förder- und Behandlungsplanes
- 9) Erneute Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanerstellung nach spätestens 12 Monaten

Regelungsbedarf auf Landes-, Regional- und Ortsebene:

Alles, was die Rechtsverordnung gegenüber der gemeinsamen Empfehlung offen lässt, sollte nach Möglichkeit durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden. Dies empfiehlt sich auch deshalb, da die Leistungsträger abweichende regionale Strukturen aufweisen. Kommen Landesrahmenempfehlungen nicht oder nicht zu allen Detailfragen zustande, müssen sie zwischen den örtlichen Einrichtungsträgern und den Leistungsträgern vereinbart werden.

Zum Regelungsbedarf gehören insbesondere:

- inhaltliche Füllung der Früherkennung/Frühförderung mit den Elementen der Komplexleistungen (Hierzu kann auf die, auch bei den Leistungsträgern, unstrittige Beschreibung der Leistungsinhalte der Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung des Entwurfs der Gem. Empfehlung Nr. 3 zurückgegriffen werden, s. Anlage.)
 - Vereinbarungen über
 - Mindeststandards
 - Berufsgruppen
 - Personalausstattung
 - Sachliche und räumliche Ausstattung
 - Dokumentation
 - Qualitätssicherung
 - das offene Erstberatungsangebot und der Zugang dazu (ggf. durch Landesfinanzierung)
 - Zulassung der Frühförderstelle zur Leistungserbringung (Zulassung nach SGB V in Verbindung mit SGB IX, Vereinbarung nach § 93 ff. BSHG)
 - Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen mit nicht hauptamtlich beschäftigten Fachkräften (ggf. Mustervereinbarung)
 - Regelungen zur Ermittlung von Leistungsentgelten und zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen unter Berücksichtigung von Rahmen- und Umfeldleistungen (ggf. durch Landesrahmenempfehlung)
 - Umfang und Dauer der Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanerstellung
 - Festlegung von Zeiteinheiten und Umfang von Leistungen
 - Regelungen über die Anpassung von Förder- und Behandlungsplänen
 - Verfahren über die Beantragung und Bewilligung von Leistungen
 - Abrechnungs- und Vorleistungsverfahren zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Verfahren und Regeln für die von der FrühV geforderte Zusammenarbeit von SPZ und Frühförderstelle sowie die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Stellen
 - Durchlässigkeit von SPZ und Frühförderstellen, insbesondere Sicherung der Inanspruchnahme der SPZ für Diagnostik durch Frühförderstellen bei laufender Förderung und Behandlung

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV)

mit der amtlichen Begründung und den Änderungen des Bundesrates
vom 20.06.03

Vom 24.06.2003

Auf Grund des § 32 Nr. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) in Verbindung mit § 1 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4206) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1 Anwendungsbereich

Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 Neuntes Buch 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 richtet sich nach den folgenden Vorschriften.

Zu § 1:

Die Vorschrift begrenzt den Anwendungsbereich der Verordnung auf Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX, soweit sie durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführt werden. Leistungen, die der Früherkennung und Frühförderung dienen, aber auf anderen Rechtsgrundlagen beruhen als § 30 SGB IX oder von anderen fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen oder von anderen Leistungserbringern ausgeführt werden, sind nicht Gegenstand der Verordnung.

Die Leistungen enden mit dem Schuleintritt, weil die im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden heilpädagogischen Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX für Kinder erbracht werden, die noch nicht eingeschult sind. Besteht nach dem Schuleintritt weiterer Bedarf an Leistungen, werden diese von den Rehabilitationsträgern nicht auf Grundlage des § 30 SGB IX und dieser Verordnung erbracht.

§ 2 Früherkennung und Frühförderung

Leistungen nach § 1 umfassen

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5) und
2. heilpädagogische Leistungen (§ 6).

Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt. Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.

Zu § 2:

Satz 1 regelt in Verbindung mit §§ 5 und 6 den Umfang der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung, indem Leistungsgruppen den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern zugeordnet werden.

Satz 2 stellt entsprechend § 21 Abs. 3 SGB IX klar, dass die Rehabilitationsträger nur interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch nehmen, die fachlich geeignet sind. Fachlich nicht geeignet sind solche Dienste und Einrichtungen, die insbesondere nicht in der Lage sind, die erforderlichen Leistungen entsprechend ihrer Zielsetzung und unter Berücksichtigung der Anforderungen dieser Verordnung sowie des Neunten Buches Sozialgesetzbuch auszuführen. Zur Konkretisierung der Anforderungen können Landesrahmenempfehlungen beitragen.

Änderung des Bundesrates zu § 2 Satz 3 - neu –

Dem § 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

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

Begründung:

Die Begründung zu § 2 weist bereits darauf hin, dass zur Konkretisierung der Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren Landesrahmenempfehlungen dienen können. Zur Verdeutlichung, dass solche Konkretisierungen durchaus erwünscht sind, sollte diese Aussage im Verordnungstext selbst verankert werden.

§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstelle

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.

Zu § 3:

Die Vorschrift definiert die interdisziplinären Frühförderstellen, die von den Rehabilitationsträgern grundsätzlich zur Ausführung der Leistungen in Anspruch genommen werden können. Bei den interdisziplinären Frühförderstellen handelt es sich um lebensweltorientierte Einrichtungen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt im Rahmen eines interdisziplinären und ganzheitlichen Konzeptes ambulant und mobil/aufsuchend diagnostizieren, behandeln und fördern. Die regelmäßig im Vordergrund stehende heilpädagogische Förderung steht mit ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Dienste der Entwicklungsförderung des Kindes. Der Frühförderstelle obliegt die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes. Dabei kann der Träger der Frühförderstelle auch Kooperationen mit nicht in der Einrichtung beschäftigten Fachkräften begründen. 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.

Änderung der Bundesrates zu § 3 Satz 1

In § 3 Satz 1 sind die Wörter „oder die Behinderung“ durch die Wörter „und die Behinderung“ zu ersetzen.

Begründung:

Satz 1 definiert interdisziplinäre Frühförderstellen als Einrichtungen und Dienste, „...die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen“. Von dieser Definition ausgehend muss bei der Formulierung der Zielbestimmung für die Frühförderstellen das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt werden. Zielsetzung kann es nicht sein, entweder Behinderungen früh zu erkennen oder Förder- und Behandlungsmaßnahmen zu erbringen.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3) behandelt werden können.

Zu § 4:

Die Vorschrift stellt sicher, dass Leistungen nur von sozialpädiatrischen Zentren ausgeführt werden können, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Änderung des Bundesrates zu § 4 Satz 2

In § 4 Satz 2 sind vor dem Wort „Behandlung“ die Wörter „frühzeitige Erkennung, Diagnostik und“ einzufügen.

Begründung

Die Aufgabenstellung der sozialpädiatrischen Zentren ist nicht auf die Behandlung von Kindern begrenzt; wichtige Elemente sind vielmehr auch die frühzeitige Erkennung und die ordnungsgemäße Diagnostik (§ 43a SGB V).

§ 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden medizinischen Leistungen umfassen insbesondere

1. ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen,
3. Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie

Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans nach § 7 Abs. 1 erforderlich sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 umfassen auch die Beratung der Erziehungsberechtigten, insbesondere

1. das Erstgespräch,
2. anamnestiche 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.

(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf der Landesebene bleiben unberührt.

Zu § 5:

Die Vorschrift ordnet Leistungen des § 30 SGB IX den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu. Die Zuständigkeit für diese Leistungen richtet sich weiterhin nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Für die Leistungen können aufgrund § 6 i.V.m. § 5 Nr. 1 SGB IX zuständig sein

- die Träger der gesetzlichen Krankenkassen,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Sozialhilfe.

Absatz 1 konkretisiert die Leistungen nach § 30 SGB IX nicht abschließend. Absatz 1 Nr.1 stellt sicher, dass die medizinischen Leistungen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IX) immer auch die erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten umfassen. Absatz 1 Nr. 2 entspricht § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX und berücksichtigt durch seine Formulierung, dass je nach Einzelfall aufgrund der Früherkennung und Diagnostik Leistungen sowohl zur Behandlung als auch zur Förderung erforderlich sein können; eine Leistungsausweitung gegenüber § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX ist damit nicht verbunden. Absatz 1 Nr. 3 beschreibt die nichtärztlichen medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nach Feststellung des von einem Arzt und einer pädagogischen Fachkraft nach § 7 Abs. 1 Satz 4 unterzeichneten Förder- und Behandlungsplans zur Förderung und Behandlung erbracht werden können.

Absatz 2 konkretisiert die insbesondere nach § 4 Abs. 3 und § 30 SGB IX geltenden Gestaltungsgrundsätze der intensiven Beteiligung der Sorgeberechtigten.

Änderung des Bundesrates zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs. 1 sind in Nummer 3 den Wörtern „physikalische Therapie“ die Wörter „Heilmittel, insbesondere“ voranzustellen.

Begründung:

Die Formulierung „Heilmittel, insbesondere“ umfasst die im bisherigen Text genannten Therapieformen und lässt im Übrigen Raum für weitere therapeutische Leistungen.

zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs.1 Nr. 3 ist nach den Wörtern „physikalische Therapie,“ das Wort „Physiotherapie,“ einzufügen.

Begründung:

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass auch physiotherapeutische Leistungen mit umfasst sind. Physiotherapie und physikalische Therapie sind nicht identisch. Es bestehen zwar Überschneidungen; die Physiotherapie hat aber ein umfassenderes Konzept und ist für die Frühförderung von großer Bedeutung.

zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs. 1 Nr. 3 ist die Angabe „§ 8 Abs. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 7 Abs. 1“ zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Berichtigung.

zu § 5 Abs. 3 - neu - und § 6

Dem § 5 ist folgender Absatz anzufügen:

„(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf Landesebene bleiben unberührt.“

§ 6 Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen nach § 56 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; § 5 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Zu § 6:

Die Vorschrift beschreibt die von der Verordnung erfassten heilpädagogischen Leistungen.

Änderung des Bundesrates als Folge der Änderung in § 5, Abs 3 (neu)

ist in § 6 der zweite Halbsatz wie folgt zu fassen:

„§ 5 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.“

Begründung:

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein sehr heterogen gewachsenes System von Frühfördereinrichtungen und der zur Förderung und Behandlung zu erbringenden Leistungen. Bewährte landesrechtliche Regelungen und Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern müssen beibehalten werden.

Beispielsweise hat die Interministerielle Kommission Frühförderung in Baden-Württemberg bereits am 14. Februar 1996 zur Thematik „Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten in Interdisziplinären Frühförderstellen freier und kommunaler Träger“ eine Entschließung verabschiedet mit dem Ziel, den Besonderheiten der Interdisziplinären Frühförderstellen Rechnung zu tragen.

Basierend auf dieser Entschließung haben sich die Leistungsträger und Verbände der Leistungserbringer am 11. Januar 2001 auf ein Eckpunktepapier verständigt, welches

- die Dauer der Einzelbehandlung,
- einheitliche Vergütungssätze,
- die Therapieinhalte und deren Auswirkung auf die Vergütungsstruktur regelt.

Diese Vereinbarung ist sowohl für die Leistungsträger als auch die Leistungserbringer eine hilfreiche Grundlage der gegenseitigen Abstimmung und reibungsloseren Zusammenarbeit.

§ 7 Förder- und Behandlungsplan

(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 SGB IX zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.“

(2) Der Förder- und Behandlungsplan kann auch die Förderung und Behandlung in einer anderen Einrichtung, durch einen Kinderarzt oder die Erbringung von Heilmitteln empfehlen.

Zu § 7:

Ein wesentliches Kriterium der Komplexleistung „Frühförderung“ sind die stringent aufeinander abgestimmten Leistungen. Deshalb werden die verschiedenen Leistungen zur Förderung und Behandlung auf Grundlage eines Förder- und Behandlungsplans erbracht (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX). Gleichzeitig ist der Förder- und Behandlungsplan wichtige Voraussetzung zur Umsetzung der Verordnungsermächtigung (§ 32 Nr. 1 SGB IX), indem durch ihn für die Rehabilitationsträger erst die Abgrenzung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen und die Kostenteilung möglich wird.

Absatz 1 Satz 2 berücksichtigt, dass neben dem Förder- und Behandlungsplan bereits auf Grundlage der jeweiligen Leistungsgesetze erstellte „Hilfe-Pläne“ bestehen können. Absatz 1 Satz 3 kommt dem Erfordernis der interdisziplinären Leistungserbringung nach und stellt darüber hinaus die besondere Bedeutung der ärztlichen Verantwortung und die für die Frühförderung erforderliche pädagogische Kompetenz sicher. Absatz 2 stellt klar, dass Leistungen, die der Früherkennung und Frühförderung dienen, auch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 30 SGB IX erbracht und darüber hinaus auch von anderen Leistungserbringern ausgeführt werden; in diesen Fällen erfolgt die Förderung und Behandlung nicht auf Grundlage der Verordnung.

Änderung des Bundesrates zu § 7 Abs. 1

§ 7 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur

Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 SGB IX zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.“

Begründung:

Grundsätzlich ist zwischen der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans und der Bewilligung zu unterscheiden. Eine frühzeitige Einbindung der zuständigen Rehabilitationsträger in Form einer fachlichen Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans ist praktisch kaum durchführbar. Darüber hinaus besteht hierfür keine Notwendigkeit. Der Förder- und Behandlungsplan ist als Grundlage des Antrags bei den zuständigen Rehabilitationsträgern zu sehen, das weitere Verfahren regelt § 14 SGB IX. Damit wird das Recht der Prüfung des Antrags und die Entscheidung über entsprechende Leistungsverpflichtungen durch die zuständigen Rehabilitationsträger gesichert. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft sichert die fachliche Qualität des Verfahrens und entspricht der Intention des SGB IX zur Erbringung einer Komplexleistung. Somit wird die gemeinsame Verantwortung der Fachprofessionen am Prozess in besonderer Weise betont. Der Terminus des „Arztes mit Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde“ wird somit entbehrlich. Der Begriff kann zu Rechtsunsicherheiten führen und die Erbringung einer gemeinsam verantworteten Komplexleistung behindern.

§ 8 Erbringung der Komplexleistung

(1) Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht. Ein Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.

(2) Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und der für die Leistungen nach § 5 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen sozialpädiatrischer Zentren.

(3) Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig.

(4) Interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.

Zu § 8:

Die Vorschrift kommt der Vorgabe des § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX nach, die erforderlichen medizinischen Leistungen in Verbindung mit den erforderlichen heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung zu erbringen. Absätze 1, 2 und 3 regeln im Wesentlichen das Verfahren zur (vorläufigen) Übernahme der Kosten, indem bestimmt wird, dass ein Rehabilitationsträger zunächst die Komplexleistung erbringt, sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren. Wegen der Besonderheit der Komplexleistung, für die regelmäßig zwei Rehabilitationsträger gemeinsam zuständig sind, enthalten die Absätze 1, 2 und 3 ein für die Komplexleistung gegenüber § 14 SGB IX vorrangiges Verfahren.

Absatz 1 Satz 2 bis 4 berücksichtigen das Erfordernis einer Komplexleistung, dass ein Leistungsantrag bei jedem der beteiligten Rehabilitationsträger gestellt werden kann und die Leistungserbringung „aus einer Hand“ erfolgt. Absatz 2 überlässt es vorrangig den beteiligten Rehabilitationsträgern zu vereinbaren, wer gegenüber den Leistungsberechtigten die Komplexleistung erbringt und damit zunächst die Kosten übernimmt. Für den Fall, dass derartige Vereinbarungen nicht zustande kommen, bestimmt Absatz 2 dass der Rehabilitationsträger die Komplexleistung erbringt, der regelmäßig für den überwiegenden Teil der Leistungen zuständig ist. Die deshalb notwendigen Erstattungsregelungen bestimmt Absatz 3. Absatz 4 dient der Förderung der integrativen Leistungserbringung. Die Leistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und sozialpädiatrischer Zentren können auch in der Verantwortung eines Trägers erbracht werden. Absatz 4 Satz 3 berücksichtigt wie § 30 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB IX, dass in einigen Bundesländern auch die Kultusverwaltungen im vorschulischen Bereich sonderpädagogische Hilfen erbringen. Zur Sicherung der Zusammenarbeit können Kooperationsverträge und

regionale Arbeitsgemeinschaften beitragen.

Änderung des Bundesrates zu § 8 Abs. 4 Satz 1

In § 8 Abs. 4 Satz 1 ist das Wort „eng“ zu streichen.

Begründung:

Die Verankerung des Gebots der Zusammenarbeit ist ausreichend.

§ 9 Teilung der Kosten der Komplexleistung

(1) Die an den Leistungen der interdisziplinären Frühförderstelle oder des sozialpädiatrischen Zentrums jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 zu erbringenden Leistungen. Dabei werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach dieser Verordnung berücksichtigt.

(2) Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder Vereinbarungen; regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt.

(3) Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der auf die für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Träger entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 vom Hundert und in sozialpädiatrischen Zentren 20 vom Hundert nicht übersteigen.

Zu § 9:

Die Vorschrift konkretisiert die in § 30 SGB IX vorgesehene Möglichkeit der anteilig finanzierten Komplexleistung. Absatz 1 Satz 1 und 2 begrenzt die Verpflichtung zur Schließung von dreiseitigen Vergütungsvereinbarungen auf die regelmäßig an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger; Rehabilitationsträger, die Leistungen zur Frühförderung nur in wenigen Einzelfällen erbringen, brauchen sich am Abschluss der Vereinbarungen daher nicht zu beteiligen. Absatz 1 Satz 2 stellt sicher, dass Zuwendungen insbesondere der Länder die Kostenübernahme der Rehabilitationsträger grundsätzlich nicht mindern, es sei denn, die Zuwendungen werden für Leistungen nach der Verordnung gewährt.

Absatz 2 berücksichtigt das in der Bundesrepublik Deutschland sehr heterogen gewachsene System von Frühförderstellen.

Absatz 3 Satz 1 ermöglicht pauschalierende Abrechnungsformen. Absatz 3 Satz 2 berücksichtigt, dass durch interdisziplinäre Frühförderstellen vornehmlich heilpädagogische Leistungen ausgeführt werden, während in sozialpädiatrischen Zentren die medizinischen Leistungen deutlich überwiegen.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft. Der Bundesrat hat zugestimmt.

Zu § 10:

Die Verordnung soll am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft treten.

EntschlieÙung des Bundesrates

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende EntschlieÙung gefasst:

Der Bundesrat anerkennt die Absicht des Bundes, die bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Kostentragungspflicht bei Leistungen der Früherkennung und Frühförderung zu lösen. Er stimmt deshalb der Frühförderungsverordnung unter Hinweis auf folgende Kritikpunkte zu:

- a) Der Bundesrat stellt fest, dass seit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger bei der Erbringung von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung und hinsichtlich der Kostentragungspflicht eingetreten sind. Diese Unsicherheiten haben Eltern von Kindern, die auf Frühförderung angewiesen sind, schwer belastet und Ängste genährt, sie würden die dringend benötigten Leistungen nicht mehr in erforderlichem Umfang oder in der nötigen Qualität erhalten. Frühförderstellen bangen um ihre künftige Existenz.
- b) Die systematische Stellung des § 30 SGB IX und dessen unklare Formulierung hat zu unterschiedlichen Auslegungen dieser Vorschrift geführt. Von kommunaler Seite wird die Auffassung vertreten, dass auf Grund der Zuordnung von Früherkennung und Frühförderung zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Kapitel 4 des Gesetzes eine alleinige Zuständigkeit und Kostentragungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungsträger gegeben sei; die Krankenkassen bestreiten diese Auffassung und meinen mit Unterstützung des Bundes, dass mit der Regelung des § 30 SGB IX keine Verlagerung der bisherigen Zuständigkeiten (medizinische Leistungen: Krankenkassen, heilpädagogische Leistungen: Sozialhilfeträger) eingetreten sei. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass diese Rechtsunsicherheit dringend und nachhaltig beendet werden muss.
- c) Die Rechtsverordnung könnte gerichtlich mit dem Argument angefochten werden, sie verstoÙe gegen das höherrangige Gesetz. Eine gerichtliche Klärung – vermutlich durch mehrere Instanzen - würde Jahre in Anspruch nehmen. Weitere Unsicherheiten und Ängste bei den Eltern betroffener Kinder und bei den Frühförderstellen wären die Folge. Dies kann nicht länger hingenommen werden, zumal angesichts der Tatsache, dass die jetzige Unsicherheit bereits fast zwei Jahre andauert. Das Ziel der Bundesregierung, die Frühförderung zu stärken, würde in ihr Gegenteil verkehrt; die Frühförderung würde weiteren Schaden nehmen. Der Bundesrat betrachtet die Frühförderungsverordnung deshalb nur als vorübergehende Lösung, die die bestehende Rechtsunsicherheit nicht endgültig beseitigen kann. Er vertritt im Übrigen die Auffassung, dass die Frühförderungsverordnung der in den letzten Jahren überproportional angestiegenen Kostenbelastung der Kommunen in diesem Bereich zu wenig Rechnung trägt. Bei der Aufteilung der im Rahmen der Komplexleistung aufzuwendenden Kosten ist die Situation der Kommunen stärker zu berücksichtigen.
- d) Der Bundesrat ist deshalb der Auffassung, dass im Neunten Buch Sozialgesetzbuch selbst klare Regelungen getroffen werden müssen, die die bestehenden Schwierigkeiten und Unsicherheiten beseitigen. Nachdem der Streit um die Zuständigkeiten und die Kostentragungspflichten seine Ursache im Bundesgesetz hat, kann eine Streitschlichtung auch nur auf der Ebene des Bundesgesetzes erreicht werden.

Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, das Neunte Buch Sozialgesetzbuch im Hinblick auf die Früherkennung und Frühförderung dahingehend zu ändern, dass

- eine klare Abgrenzung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Leistungen erfolgt,
- die im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden Leistungen den jeweiligen Kostenträgern eindeutig zugeordnet werden,
- im Gesetz selbst klare Aussagen zur ausgewogenen Aufteilung der Kosten im Rahmen der – zu definierenden – Komplexleistung getroffen werden.



Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. (VIFF)
BUNDESVEREINIGUNG

Geschäftsstelle
 Frau Janine Brand
 Seidlstr.4
 D-80335 München
 Tel. +49 89 545898-20
 Fax +49 89 545898-29
 E-Mail : viff.gst@t-online.de
 www.fruehfoerderung-viff.de

Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX

(Stand Juni 2003)

Interdisziplinäre Frühförderstellen als Einrichtungen der interdisziplinären Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderung ist ein System professioneller und institutionalisierter Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Kindergartenalter, die behindert oder entwicklungsauffällig sind, sowie für deren Eltern und Familien.

Die *Professionalität* ist gekennzeichnet durch

- Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Berufsgruppe der medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Disziplin,
- Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit des Verständnisses von kindlicher Entwicklung,
- Lebensweltorientierung fachlichen Handelns,
- Grundkenntnisse des Fachwissens und der Vorgehensweisen der anderen beteiligten Disziplinen,
- Wertschätzung der Autonomie des Kindes und seiner Familie.

Institutionalisiert ist die interdisziplinäre Frühförderung in

- Interdisziplinären Frühförderstellen
- Sozialpädiatrischen Zentren.

Interdisziplinäre Frühförderstellen

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe (lebensweltorientierte) Institutionen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ambulant und mobil/aufsuchend diagnostizieren, fördern und behandeln. Unerlässlich hierfür ist die Begleitung und Beratung der Eltern, der Familie und weiterer Bezugspersonen des Kindes.

Diese Leistungen werden – neben der erforderlichen räumlichen und sächlichen Ausstattung - gewährleistet durch entsprechend qualifiziertes Personal und die Qualität ihrer Zusammenarbeit.

Das *Team* einer Interdisziplinären Frühförderstelle besteht aus folgenden Berufsgruppen:

- Ärztinnen/ Ärzte (Kinderärzte, Neuropädiater, Kinder- und Jugendpsychiater),
- Pädagoginnen/Pädagogen (Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Heilpädagogen, Diplom-(Sonder)Pädagogen, sozialpädagogische Fachkräfte mit heilpädagogischer Zusatzausbildung, Motopäden, Lehrer für Sonder-/Behindertenpädagogik, Diplom-Rehabilitationspädagogen),
- Psychologinnen/Psychologen (Diplom-Psychologen),
- Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (staatlich anerkannte Physiotherapeuten möglichst mit neurophysiologischer Zusatzausbildung),
- Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten (staatlich anerkannte Ergotherapeuten),
- Sprachtherapeutinnen/Sprachtherapeuten (Logopäden, Sprachbehindertenpädagogen, Sprachheillehrer, Diplom-(Sonder-/Behinderten)Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, staatlich anerkannte Sprachtherapeuten).

Anzustreben ist, dass Fachkräfte aller genannten Berufsgruppen fest in einer Interdisziplinären Frühförderstelle angestellt sind. Wo dies aufgrund regionaler oder anderer Gegebenheiten nicht möglich ist, sollte eine Interdisziplinäre Frühförderstelle mindestens aus drei festangestellten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bestehen, wobei sowohl die pädagogisch-psychologische als auch medizinisch-therapeutische Berufsgruppe vertreten sein muss.

Für die Einbindung der nicht festangestellten Fachkräfte in das Team einer Interdisziplinären Frühförderstelle sind unterschiedliche *Modelle verbindlicher und vertraglich vereinbarter Kooperation* möglich.

- Kooperation mehrerer benachbarter Interdisziplinärer Frühförderstellen
- Kooperation einer oder mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum
- Interdisziplinäre Frühförderstelle angebunden an ein Sozialpädiatrisches Zentrum
- Kooperation mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem festen Pool von Kinderärzten und Therapeuten
- Kooperation mit dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Kooperation mit einzelnen niedergelassenen Kinderärzten und Therapeuten.

In den *Kooperationsverträgen* muss – entsprechend dem jeweiligen Profil der Interdisziplinären Frühförderstelle – folgendes verbindlich geregelt sein:

- Modalitäten der praktischen Durchführung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Früherkennung und Frühdiagnostik,
- Modalitäten der Erarbeitung der Förder- und Behandlungspläne,
- Organisation der Umsetzung der Verlaufs- und Kontrolldiagnostik,
- Modalitäten der Dokumentation und wechselseitigen Information,
- Beteiligung an Teamsitzungen und Fallbesprechungen,
- Supervision und Fortbildung,
- Beteiligung an der Qualitätsentwicklung und Evaluation.
- Leistungen der Interdisziplinären Frühförderstellen als ‚Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung‘

In der ‚*Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung*‘ werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Dies findet seinen Ausdruck in der interdisziplinären Diagnostik sowie in dem gemeinsam verantworteten und mit den Eltern des Kindes abgestimmten Förder- und Behandlungsplan und dessen praktischer Umsetzung.

Die Zusammenführung der Leistungen und deren fortlaufende fachliche und organisatorische Koordination ist eine über die Summe der Einzelleistungen hinausgehende besondere Leistung. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

Anforderungen an die Leistungserbringung durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle

- Vorhaltung der personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung
- Sicherstellung der mobilen und/oder ambulanten Förderung und Behandlung des Kindes sowie der Begleitung der Eltern und Familie
- Durchführung regelmäßiger Team- und Fallbesprechungen
- Kooperation mit anderen das Kind betreffende Einrichtungen
- Mitwirkung beim Übergang des Kindes in eine andere Einrichtung (Kindertagesstätte, Schule, Krankenhaus ..)
- Leistungsdokumentation
- Übereinstimmung der Konzeption der Interdisziplinären Frühförderstelle mit den Zielen der zu erbringenden Leistungen und Anpassung an veränderte Standards
- Evaluation und Qualitätsentwicklung
- Personalentwicklung
- Öffentlichkeitsarbeit

Merkmale gut ausgestatteter Interdisziplinärer Frühförderstellen

Merkmale 1: Lebenswelt- und Familienorientierung

- Möglichkeit, direkt in der Wohnung der Familie zu arbeiten
- Option des Kennenlernens und der direkten Unterstützung aller Familienmitglieder, jedoch insbesondere der Hauptbezugspersonen
- Möglichkeit der frühest möglichen Begleitung des Kindes in seiner unmittelbaren Lebenswelt

Merkmale 2: Kontinuität

- Kontinuität der Begleitung des Kindes und seiner Familie (in jeweils erforderlicher Frequenz)
- damit Chance einer wirksamen Prozessdiagnostik

Merkmal 3: Flexibilität

- Flexibilität des Einsatzes: mobil in der Familie (mehrmals wöchentlich bis einmal monatlich), mobil in der Kindertagesstätte, ambulant in der Einrichtung (wohnnah)
- begleitend, gegebenenfalls andere Einrichtungen gemeinsam aufsuchend (,Moderator-Funktion')
- den Besonderheiten des Kindes und seiner Lebensbedingungen angepasste Kooperationsstrukturen

Merkmal 4: Regionalbezug

- Kenntnisse der und Kontakt mit den regionalen Gegebenheiten (Fachleute und Institutionen)
- Beweglichkeit der Planung
- Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern wie SPZs, anderen Fachgebieten der Kinderheilkunde, Fachkräften der spezialisierten (z.B. sinnesspezifischer) Frühförderung, der Sozial- und Jugendhilfe, Beratungsstellen usw.
- Vernetzung der Frühförderung mit der Familien- und sozialen Arbeit

Merkmal 5: Interdisziplinäre Kooperation

- Gut ausgebildete und professionell arbeitende Fachkräfte
- interdisziplinäre Teamarbeit in der Einrichtung
- im Rahmen der Flexibilität fallbezogene Zusammenarbeit mit unterschiedlich zusammengesetzten Teams

Merkmal 6: Räumliche und sächliche Ausstattung

- Räume und angemessene materiale Ausstattung für ambulante Förderung und Behandlung der Kinder einzeln und in Kleingruppen
- Räume und Einrichtungen für Elterngespräche und Teamsitzungen
- Fahrzeuge und Materialien für die mobile Förderung und Therapie
- Räume und materiale Ausstattung für eine differenzierte interdisziplinäre Diagnostik
- Ausstattung für angemessene fallbezogene Dokumentation
- Räume und Ausstattung für eine flexible Organisation und Kommunikation innerhalb der Einrichtung und nach außen

Merkmal 7: Niederschwelligkeit

- Offene Anlaufstelle: Interdisziplinäre Frühförderstelle hält offenes Beratungsangebot vor
- gute Anbindung an öffentlichen Nahverkehr und verkehrstechnische Erreichbarkeit
- ausreichende Parkmöglichkeiten
- nicht-stigmatisierendes Erscheinungsbild der Einrichtung und der Fahrzeuge
- geregelte Zugänglichkeit und Kontaktmöglichkeiten (Sprechzeiten, telefonische Erreichbarkeit usw.)
- Möglichkeit zu einem Erstgespräch mit einer kompetenten Fachkraft ohne Wartezeit und ohne vorangehende Formalitäten
- Öffentlichkeitsarbeit

Merkmal 8: Ökonomie und Transparenz der Organisation

- Ökonomische und klar erkennbare Verwaltungsabläufe
- klare Verteilung der Kompetenzen
- transparente Dokumentation
- wirtschaftliche Betriebsführung.

Auszug aus dem
DISKUSSIONSENTWURF
Gemeinsame Empfehlung
zur Früherkennung und Frühförderung
behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
nach § 30 Abs. 3 SGB IX
(Gemeinsame Empfehlung „Früherkennung/Frühförderung“)

Stand: 16. September 2002

(Der vollständige Entwurf der Gemeinsamen Empfehlungen ist unter www.bvkm.de zu finden.)

3. Elemente der Komplexleistung „Früherkennung/Frühförderung“

Wesentliche Merkmale aller Leistungen der Früherkennung und Frühförderung sind Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung sowie die Beachtung der Ressourcen von Kind und Familie. Alle Elemente werden interdisziplinär und nahtlos in diesen Kontext eingebunden und sind darauf gerichtet, sowohl die Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als auch die Entwicklungskräfte der Familie zu erkennen, zu fördern und zu stärken. Diese gemeinsame Orientierung wird durch Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen der an der Komplexleistung beteiligten Fachkräfte gewährleistet.

Die Förder- und Therapieleistungen werden in der Regel einzeln durchgeführt, können aber auch in der Gruppe angeboten werden.

3.1 Kindbezogene Leistungen

3.1.1 Früherkennung und Diagnostik

Früherkennung und Diagnostik

- sind als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt;
- umfassen alle Dimensionen der kindlichen Entwicklung;
- beinhalten die Beobachtung und Beurteilung der Kind-Eltern-Interaktion;
- sind handlungs- und alltagsorientiert und zielen auf die Teilhabe des Kindes in seiner realen Lebenswelt;
- werden erbracht in Abstimmung mit den Bezugspersonen des Kindes;
- bedienen sich normorientierter Verfahren, wie standardisierter Screenings, fachspezifischer Befunderhebung und klinisch-psychologischer Entwicklungstests zur Feststellung der Entwicklungsproblematik;
- bedienen sich förderdiagnostischer Verfahren einschließlich freier und hypothesengeleiteter Beobachtung des spontanen und reaktiven Verhaltens des Kindes;
- leisten die Integration der diagnostischen Einzelbeiträge und Befunde in eine systemische Gesamtschau und
- dienen als Grundlage für die Erstellung des Förder-/ Behandlungsplans.

Zur Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung gehören je nach Bedarf:

a) die ärztliche Diagnostik

Sie umfasst im Einzelnen insbesondere:

- sozialpädiatrische, neuropädiatrische, psychiatrische und allgemein-pädiatrische Eingangs- und Begleitdiagnostik sowie die Indikationsstellung für weitere diagnostische Maßnahmen;
- Diagnostik durch Beobachtung des spontanen und reaktiven Verhaltens des Kindes als wesentliche Stütze der prozessorientierten Diagnostik und Differentialdiagnostik;
- Erhebung der biographischen Anamnese durch Gespräche mit Eltern und/oder anderen Bezugspersonen über die bisherige körperliche, motorische, perzeptuelle, kognitive,
- emotionale und psychosoziale Entwicklung und Gesundheit des Kindes;

- Einholung und Auswertung relevanter vorhandener medizinischer Befunde.

b) die medizinisch-therapeutische Diagnostik

Sie umfasst die ergo-, sprach- und physiotherapeutische Eingangs- und Begleitdiagnostik sowie die Erkundung der Lebenswelt des Kindes (einschließlich anamnestischer Aspekte) im Hinblick auf

- bewegungsförderliche Gesichtspunkte,
- seine kommunikativen Möglichkeiten und
- seine Alltagstätigkeiten und aktuellen Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten.

Dabei werden unter jeweils fachspezifischen Gesichtspunkten Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion des Kindes in seinem Umfeld berücksichtigt sowie sein Bedarf bzw. der Gebrauch vorhandener Hilfsmittel festgestellt:

- In der *Ergotherapie* insbesondere bezogen auf die Alltagsbewältigung mit Handlungskompetenz im motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologisch-kognitiven und im psychosozialen Bereich.
- In der *Sprachtherapie* insbesondere bezogen auf die Bereiche: Stimme (incl. Atmung), Sprechen (incl. Hören), Sprachentwicklung expressiv und rezeptiv, Nahrungsaufnahme (incl. Schlucken).
- In der *Physiotherapie* insbesondere bezogen auf die Bewegungsentwicklung, auf das Bewegungssystem, die Sensorik, die Atmung und das Zentralnervensystem.

c) die psychologische Diagnostik

Sie besteht in der Erhebung und diagnostischen Einordnung spezieller Entwicklungsprobleme des Kindes. Im Einzelnen umfasst dies insbesondere:

- Erhebung der Anamnese unter Einschluss des familiären und sozialen Umfeldes;
- psychologische Entwicklungs- und Förderdiagnostik des frühen Kindesalters;
- neuropsychologische Diagnostik;
- klinisch-psychologische Diagnostik bei besonderen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten;
- Erhebung von Resilienzmerkmalen beim Kind (insbesondere bezogen auf seine Entwicklungskräfte).

d) die heilpädagogische Diagnostik

Die heil(sozial-/ sonder-)pädagogische Diagnostik umfasst insbesondere:

- Erfassung anamnestischer Aspekte aus heilpädagogischer Sicht;
- Beobachtung des spontanen und reaktiven Bewegungshandelns des Kindes;
- Beobachtung des Spiel- und Interaktionsverhaltens des Kindes;
- Eingangs- und Verlaufsdiagnostik der Kommunikationsmöglichkeiten des Kindes;
- zielgeleitete Erkundung der Lebenswelt des Kindes im Hinblick auf die entwicklungsförderlichen Bedingungen;
- Beurteilung der Entwicklungskräfte des Kindes.

3.1.2 Förder- und Behandlungsplan

Förderung und Therapie sind handlungs- und alltagsorientiert; sie sind eingebettet in die Lebenswelt des Kindes. Sie finden in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder wesentlichen Bezugspersonen des Kindes statt und werden auf der Grundlage des interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplans erbracht.

Der Förder- und Behandlungsplan ist Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik.

In diesem werden folgende Bereiche dokumentiert:

- Diagnosestellung nach ICD 10;
- relevante anamnestische Daten;
- wesentliche Befunde;
- Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Funktionen und Ressourcen;
- Auflistung der nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Förder- und Behandlungsangebote für das Kind unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen mit Angabe von
 - * Art,
 - * wöchentlicher Frequenz,
 - * Förder- und Behandlungszeitraum,
 - * erforderlichen Hilfen und Hilfsmitteln,
 - * Behandlungs-/ Förderort (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum);
- Festlegung eines individuellen Gesamtzieles sowie individueller fachspezifischer Förder- und Behandlungsziele;
- Besonderheiten bei der Umsetzung des Förder- und Behandlungsplans.

Der individuelle Förder- und Behandlungsplan ist auf Grundlage der Dokumentation zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

Ist nach dem Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik zu diesem Zeitpunkt keine Komplexeleistung nach dieser Gemeinsamen Empfehlung erforderlich, wird dies in einem Bericht begründet, in dem auch die einzuleitenden

Behandlungsmaßnahmen aufgeführt werden (z.B. Heilmittelverordnung über Vertragsarzt, Behandlung/Förderung in einer anderen Einrichtung). Ein entsprechender Bericht geht dem/der überweisenden Arzt/Ärztin auch zu, wenn keine weiteren Maßnahmen für erforderlich gehalten werden.

3.1.3 Förderung und Behandlung

Förderung und Behandlung im Rahmen der Komplexleistung umfassen:

a) die ärztlichen Leistungen

Diese bestehen insbesondere aus:

- der ärztlichen Behandlung des Kindes,
- der Indikationsstellung für medizinisch-therapeutische Leistungen sowie deren Verlaufskontrolle,
- der Indikationsstellung für Hilfsmittel und Mitwirkung bei deren Anpassung,
- der Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

b) die medizinisch-therapeutischen Leistungen

Die medizinisch-therapeutischen Leistungen umfassen spezifische Behandlungsmethoden und Konzepte insbesondere in den folgenden Bereichen:

Ergotherapeutische Leistungen

Ergotherapeutische Aufgaben bestehen darin, Voraussetzungen für sensomotorische, emotionale und soziale Erfahrungen zu schaffen, die für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Kindes zur Alltagsbewältigung förderlich sind. Im Einzelnen umfasst dies:

- ergotherapeutische Arbeit mit dem Kind unter besonderer Beachtung seiner Handlungskompetenzen und seiner Eigenaktivität in Spiel, Kooperation und Alltagstätigkeiten;
- Erarbeitung von Kompensationsmöglichkeiten bei funktionellen Beeinträchtigungen;
- Mitwirkung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Anpassung von Spiel- und Arbeitsmaterial sowie Gegenständen des täglichen Gebrauchs an die Handlungsmöglichkeiten des Kindes;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

Sprachtherapeutische Leistungen

Sprachtherapeutische Aufgaben bestehen in der Unterstützung und Förderung von Kommunikationsbereitschaft und -kompetenz des Kindes sowie seiner Ausdrucksmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, das Interesse des Kindes zu wecken, es zur vielfältigen Kommunikation zu ermutigen und dafür Sorge zu tragen, dass ihm hierzu in seiner Lebenswelt Gelegenheiten bereitstehen. Im Einzelnen umfasst dies:

- sprachtherapeutische Arbeit mit dem Kind, insbesondere auch sprachvorbereitende und sprachentwicklungsunterstützende Maßnahmen;
- funktionelle Hilfen für Atmung, Essen/Trinken sowie für Sprechatmung und Artikulation;
- Planung und Vermittlung lautspracheretzender und -begleitender Kommunikationshilfen (unterstützte Kommunikation);
- Erkennung und Beeinflussung von Kommunikationsbarrieren in der Lebenswelt des Kindes.

Physiotherapeutische Leistungen

Physiotherapeutische Aufgaben bestehen in der Förderung der motorischen Entwicklung des Kindes und in der Hilfe für die Familie, die Bewegungsmöglichkeiten des Kindes im Alltag zu erleichtern, zu nutzen und deren Variabilität zu unterstützen. Dabei ist es wesentlich, die motorische Eigenaktivität des Kindes als Zentrum seiner Handlungsfähigkeit und seiner Persönlichkeitsentwicklung zu erkennen, anzuregen und zu fördern. Im Einzelnen umfasst dies:

- physiotherapeutische Arbeit mit dem Kind;
- Maßnahmen zur Bewegungserleichterung, Atmungserleichterung und Schmerzvorbeugung und -linderung;
- Mitwirkung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, ggf. in Zusammenarbeit mit orthopädischen Fachkräften;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

c) die psychologischen Leistungen

Diese bestehen insbesondere aus:

- psychologischer Behandlung des Kindes;
- Intervention bei Krisensituationen;
- ggf. Vermittlung von längerfristiger psychotherapeutischer Behandlung des Kindes;
- Vorbereitung der Entscheidung über die Einschulung des Kindes unter Einbeziehung der Eltern.

d) die heilpädagogischen Leistungen

Pädagogische Aufgaben, die von heil-, sozial- und sonderpädagogischen Fachkräften wahrgenommen werden, beste-

hen darin, die Entwicklung des Kindes und Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anzuregen.

Im Einzelnen umfasst dies insbesondere:

sozial, heil- und sonderpädagogische Arbeit mit dem Kind;

- Förderpflege und basale Aktivierung;
- spezielle Maßnahmen der Sinnesschulung;
- heilpädagogische Spiel- und Kompetenzförderung;
- Einsatz und Hilfen für die Aneignung spezieller Kommunikationsmittel und –methoden (Gebärdensprache, gebärdenunterstützte Kommunikation, unterstützte Kommunikation);
- psychomotorische Entwicklungsförderung;
- Vermeidung von speziellen Entwicklungsrisiken in der Lebenswelt des Kindes;
- Vorbereitung des Kindes auf die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung oder Schule.

3.2 Familienbezogene Leistungen

Qualitätsmerkmal der Komplexleistung „Früherkennung/Frühförderung“ ist, alle Angebote für das Kind mit den Angeboten der Beratung und kooperativen Begleitung der Familie (Eltern, Geschwister und/oder andere Bezugspersonen) konzeptionell zu verbinden. Die Eltern/Bezugspersonen bringen sich hierbei aktiv in das Geschehen ein.

Bestandteil der familienbezogenen Leistungen sind

- das Erstgespräch;
- anamnestiche Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen;
- die Vermittlung der Diagnose;
- Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans;
- Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen;
- Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags;
- Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung;
- Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung;
- Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

3.3 Anforderungen an die Leistungserbringung

Die folgenden Anforderungen an die Leistungserbringung sind unabdingbar zur Durchführung der Komplexleistung:

- Übereinstimmung der Konzeption der Einrichtung mit den Zielen der zu erbringenden Leistungen und Anpassung an veränderte Standards;
- Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung;
- Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen, an denen auch die im Wege einer Kooperation eingebundenen Mitarbeiter, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind, zu beteiligen sind;
- Leistungsdokumentation;
- Kooperation mit betreuenden Einrichtungen;
- Mitwirkung beim Übergang in eine andere Einrichtung einschließlich Vermittlung an andere Fachkräfte;
- Vorhaltung eines offenen Beratungsangebotes (Erstberatung) durch Interdisziplinäre Frühförderstellen für Eltern und andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen, die ein Entwicklungsrisiko eines Kindes vermuten;
- Sicherstellung der mobilen Förderung und Behandlung durch Interdisziplinäre Frühförderstellen.