

Komplexleistung Frühförderung

Mit dem Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) wurde auch die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder neu geordnet. Die Frühförderung wurde (in den §§ 26 und 30 SGB IX) den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugeordnet, die in Verbindung mit den heilpädagogischen Leistungen (des § 56 SGB IX) – eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – als Komplexleistung zu erbringen ist.

Mit der Verankerung der Frühförderung als Komplexleistung im trägerübergreifenden Rehabilitationsrecht des SGB IX wollte der Gesetzgeber erreichen, dass die Kinder und ihre Eltern die notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen unabhängig von Zuständigkeitsauseinandersetzungen der Träger „wie aus einer Hand“ erhalten. Zugleich sollten für die Frühförderung die Teilhabeziele des SGB IX und die im SGB IX formulierten Verfahrensregeln gelten.

Sehr schnell zeigte sich, dass Interpretation und Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung mit erheblichen Problemen verbunden ist: Den Reha-Trägern gelang es nicht, sich auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auf gemeinsame Empfehlungen (nach § 30 Abs. 3 SGB IX) zu verständigen. Wesentliche Streitpunkte waren schon damals, wie die Leistungen, die die Reha-Träger erbringen, im Einzelnen abzugrenzen und die Kosten zwischen ihnen zu teilen sind. 2003 nahm das zuständige Bundesministerium die Möglichkeit wahr (nach § 32 SGB IX), per Rechtsverordnung (Frühförderungsverordnung) diese und weitere Sachverhalte zu regeln. Die Frühförderungsverordnung lässt jedoch zahlreiche Fragen weiterhin offen und überlässt es Landesrahmenempfehlungen auf Landesebene, den weiteren Regelungsbedarf zu klären.

Wie ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Jahr 2008 gezeigt hat (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Köln Februar 2008), wird die Komplexleistung nur in wenigen Bundesländern umgesetzt. Krankenkassen und die Träger der Sozialhilfe, die beiden maßgeblichen Rehabilitationsträger, können sich über die Aufteilung der Kosten oftmals nicht verständigen. Das hat zur Folge, dass die betroffenen Kinder bzw. ihre Eltern den Rechtsanspruch auf die Komplexleistung nicht überall verwirklichen können: Die Versorgungschancen der Kinder werden von regionalen Gegebenheiten abhängig.

In einer gemeinsamen Erklärung haben Wohlfahrtsverbände, Behinderten-, Eltern- und Fachverbände im Januar 2009 auf erhebliche Probleme in der Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder hingewiesen und Lösungsvorschläge erarbeitet. Sie fordern die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales insbesondere auf, für die Umsetzung geltenden Rechts zu sorgen. Die Reha-Träger werden aufgefordert, Gesetz und Verordnung zu beachten und umzusetzen, die Landesministerien werden aufgefordert, als Aufsichtsbehörden ihre Verantwortung wahrzunehmen. Die Verbände fordern in einzelnen Punkten Veränderungen in SGB IX und Frühförderungsverordnung (Pauschalen, Rahmenvereinbarungen, Mechanismus zur Konfliktregulierung), haben sich jedoch grundsätzlich dazu entschieden, von den Bundesministerien interpretatorische Klarstellungen bestehenden Rechts zu verlangen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit haben im Juni 2009 mit einem Rundschreiben an die Rehabilitationsträger mehrere Anregungen der Verbände aufgegriffen.

Im Einzelnen sieht der BeB in der Praxis der Frühförderung zusammen mit den anderen Verbänden Probleme vor allem in folgenden Punkten:

Definition der interdisziplinären Komplexleistung:

Da in der Praxis nach wie vor strittig ist, was unter der interdisziplinären Komplexleistung Frühförderung zu verstehen ist, bedarf es hierzu einer konsensuellen Definition, zu der das Verbändepapier und das o.g. Schreiben von BMAS und BMG Inhalte vorgeben.

Kostenteilung und Pauschalen:

Pauschalvergütungen (und pauschale Kostenteilungen) entsprechen dem trägerübergreifenden Charakter der Komplexleistung Frühförderung, in der Frühförderungsverordnung sind sie als „Soll-Bestimmung“ festzulegen.

Gemeinsame Verantwortung der Reha-Träger für interdisziplinäre Leistungselemente:

Neben den direkten Leistungen, die im unmittelbaren Kontakt mit dem Kinder und seiner Familie erfolgen, sind auch die indirekten Leistungen (z.B. Teambesprechungen, Dokumentation) unverzichtbare Bestandteile der Komplexleistung und im Rahmen der Pauschalen von den Reha-Trägern zu vergüten.

Diagnostik in der interdisziplinären Frühförderung:

Für die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik sollen einheitliche fachliche Qualitätskriterien und Standards gelten. Sie sollten als einheitlicher Maßstab für die Vergütung von Leistungen zur Diagnostik sowie der Förder- und Behandlungsplanerstellung dienen.

Personelle Standards zur Sicherung von Interdisziplinarität:

Gemeinsam mit den Leistungsträgern auf der Landesebene sind Mindeststandards für die interdisziplinäre Besetzung von Frühförderstellen zu erarbeiten und diese in den Landesrahmenvereinbarungen und -empfehlungen zu verankern.

Offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot:

Ein offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot sollte von den Leistungsträgern als wichtiger Bestandteil der Früherkennungs- und Präventionsaufgaben für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder anerkannt werden.

Mobile Frühförderung:

Vor dem Hintergrund, dass die mobile Frühförderung in mehreren Bundesländern in den letzten Jahren zurückgedrängt wurde, ist darauf zu bestehen, dass diese in der Frühförderungsverordnung ausdrücklich verankerte Form der Leistungserbringung in der Praxis, falls fachlich oder organisatorisch geboten, umgesetzt wird.

Frühförderung in integrativen Kindertageseinrichtungen:

Es ist sicherzustellen, dass auch Kinder in integrativen Kindertageseinrichtungen Zugang zur interdisziplinären Komplexleistung Frühförderung haben.

Umfassende Rahmenvereinbarungen (einschl. eines Mechanismus der Konfliktregulierung):

Um Blockaden aufzulösen, bedarf es eines im SGB IX zu verankernden Mechanismus der Konfliktregulierung und die Verpflichtung zu umfassenden Rahmenvereinbarungen zwischen den Reha-Trägern und den Verbänden der Leistungserbringern.

Kooperation zwischen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren:

Entsprechend der geltenden Rechtslage ist zu gewährleisten, dass Kinder sowohl Leistungen von SPZs als auch von interdisziplinären Frühförderstellen erhalten können, sofern sie sich ergänzen. Lediglich Doppelleistungen sind auszuschließen.

Die maßgebliche Ursache für die Probleme des Systems der Frühförderung ist die **unzureichende Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhaberechts** (SGB IX und Frühförderungsverordnung). Sollte die Umsetzung der interdisziplinären Komplexleistung Frühförderung scheitern, erwiese sich das bisherige gegliederte System der sozialen Sicherung in einem zentralen Punkt als entwicklungsunfähig. Ein Scheitern würde klarstellende gesetzliche Regelungen zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen einer Novelle des SGB IX erfordern.