

# **Diakonische Eckpunkte zur Früherkennung und Frühförde- rung für Kinder mit Behinde- rung und von Behinderung bedrohte Kinder**

**Nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)**

# Inhalt

<b>3</b>	1. Einleitung und Problemstellung: Früherkennung und Frühförderung als interdisziplinäre Komplexleistung der Teilhabesicherung
<b>5</b>	2. Sozialrechtliche Weiterentwicklung der Frühförderung
<b>6</b>	3. Behinderungsbegriff
<b>6</b>	4. ICF-basierte Bedarfsermittlung
<b>7</b>	5. Förder- und Behandlungsplan, Teilhabeplan und Gesamtplanung
<b>7</b>	6. Frühförderung in Kindertagesstätten
<b>8</b>	7. Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen
<b>9</b>	8. Wirtschaftliche Aspekte
<b>10</b>	9. Schiedsstelle
<b>10</b>	10. Zulassung
<b>10</b>	11. Nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen
<b>11</b>	12. Zeitschiene und Perspektiven
<b>12</b>	Mitwirkende
<b>15</b>	Impressum

# 1. Einleitung und Problemstellung: Früherkennung und Frühförderung als interdisziplinäre Komplexleistung der Teilhabesicherung

Mit der Schaffung des SGB IX im Jahr 2001 wurde die Frühförderung als interdisziplinäre Komplexleistung gesetzlich verankert. Seitdem ist die Früherkennung und Frühförderung als eine eigenständige Leistung konzipiert, in der Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger (der GKV und des Trägers der Eingliederungshilfe) zusammengeführt werden.

Mit dieser Veränderung wurde ein Paradigmenwechsel hin zu Teilhabe und Selbstbestimmung verbunden:

- Die interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung wird als Teilhabeleistung konzipiert und rechtlich verankert.
- Die Förderung der ganzheitlichen persönlichen Entwicklung der Kinder wird als – über die Krankenbehandlung hinausgehendes – Teilhabeziel konzipiert.
- Frühförderung wird als Leistung so konzipiert, dass sie ärztliche und nichtärztliche, medizinische und nicht-medizinische Leistungselemente und Leistungselemente, die leistungsrechtlich unterschiedlichen Rehabilitationsträgern zugeordnet sind, als Komplexleistung zusammenfasst. Heilpädagogische Leistungen sind nun im Rahmen der Komplexleistung zu erbringen, außerhalb der Komplexleistung jedoch auch weiterhin möglich.
- Die Leistung soll „aus einer Hand“ erfolgen.
- Es wird ein Netz interdisziplinärer Frühförderstellen ausgebaut. In der Begründung zur Frühförderungsverordnung (zum Paragraph 3) heißt es, dass es sich bei den interdisziplinären Frühförderstellen um „lebensweltorientierte Einrichtungen“ handelt, die die Kinder „im Rahmen eines ganzheitlichen und interdisziplinären Konzepts“ ambulant und mobil aufsuchend diagnostizieren, behandeln und fördern.
- In Fragen der Bedarfsfeststellung, der Koordinierung der Leistungen, des Leistungserbringungsrechts und so weiter gelten die Regelungen des SGB IX, nicht die Bestimmungen der Krankenbehandlung des Sozialgesetzbuches (SGB) V.

Die Umsetzung der interdisziplinären Leistung erwies und erweist sich als ein schwieriger Prozess. Die Rehabilitationsträger konnten sich nicht auf eine gemeinsame Empfehlung nach dem SGB IX verständigen. Die daraufhin im Jahr 2003 in Kraft getretene Frühförderungsverordnung regelt viele bis dahin strittige Fragen, lässt jedoch auch Sachverhalte offen, die in den Ländern zu regeln sind. Ebenso wie wissenschaftliche Untersuchungen machten Behinderten-, Fach- und Wohlfahrtsverbände auf erhebliche

Umsetzungsprobleme aufmerksam (Verbandepapiere I und II). Sehr unterschiedliche regionale Traditionen und Verhandlungsstände zwischen den Leistungsträgern sowie zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und ein eher unterschiedlich ausgeprägtes Bewusstsein vom Paradigmenwechsel hin zur Teilhabe (und zum Teilhaberecht) führen zu einem – auf Länder und Regionen bezogen – recht uneinheitlichen Gesamtbild:

- In einigen Regionen wurde kein Netz von interdisziplinären Frühförderstellen aufgebaut beziehungsweise die Arbeit nicht interdisziplinär ausgerichtet.
- Strittig ist zuweilen eine verbindliche operationale Definition der interdisziplinären Frühförderung.
- Die Frage einer pauschalisierten Vergütung ist umstritten.
- Die finanzielle (und personelle) Absicherung des offenen Erstberatungsangebots und der sogenannten „Korridorleistungen“ ist oftmals unklar.
- Abgrenzungen zum Recht der Heilmittelerbringung werden nicht überall beachtet.
- Die Einbeziehung der LIGEN in die Vereinbarungen ist unterschiedlich geregelt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) haben in einem gemeinsamen Rundschreiben vom 24. Juni 2009 auf die Problemeanzeigen der Verbände geantwortet und zahlreiche strittige Fragen klargestellt. Es wird betont: „Die Komplexleistung Frühförderung im Sinne des SGB IX und der Frühförderungsverordnung (FrühV) ist eine eigenständige Leistung. Sie erschöpft sich nicht in der Addition von Leistungspflichten der beteiligten Reha-Träger nach ihren jeweiligen Leistungsgesetzen.“

Die Behinderten-, Fach- und Wohlfahrtsverbände haben konkrete rechtliche Vorschläge zur Umsetzung der Auslegungshinweise von BMG und BMAS gemacht. Sie haben zudem auf die Notwendigkeit eines Konfliktregelungsmechanismus aufmerksam gemacht, forderten Landesrahmenvereinbarungen und eine Ermächtigungsregelung für die Länder, falls sie nicht zustande kämen.

Einen weiteren Impuls für die Weiterentwicklung der Frühförderung stellt die UN-Behindertenrechtskonvention dar. Sie setzt Maßstäbe, an denen sich die Gestaltung und Umsetzung orientieren muss. Die UN-BRK formuliert in Art. 26 Absatz 1, dass Leistungen und Programme zur (Re)Habilitation:

„a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) ..., welche die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und den Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten ...“.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden auch der erste Teil des SGB IX und mit ihm die Regelungen zur Frühförderung novelliert. Des Weiteren wurde die Frühförderungsverordnung verändert. Der Gesetzgeber reagierte damit auf die oben skizzierten Probleme. Zahlreiche Forderungen aus den Reihen der Verbände (Verbandepapire I und II) wurden aufgenommen, die Auslegungshinweise des gemeinsamen Rundschreibens von BMAS und BMG aus dem Jahr 2009 wurden in Rechtsform gegossen. In der Gesetzesbegründung heißt es deshalb:

„Bisher wird die Komplexleistung im Gesetz und auch in der Gesetzesbegründung nicht ausreichend definiert. Durch die Verschiebung von Absatz 1 Satz 2 erfolgt an dieser Stelle die Definition der Voraussetzungen einer Komplexleistung. Diese Begriffsklärung der ‚Komplexleistung Frühförderung‘ entspricht der im gemeinsamen

Rundschreiben BMAS/BMG (2009) getroffenen Klarstellung und wurde in der Praxis als zutreffend, aber für die praktische Umsetzung nicht ausreichend beurteilt. Es war daher erforderlich, den Charakter der Komplexleistung Frühförderung, die sich eben nicht in der Addition der Leistungspflichten erschöpft, gesetzlich festzuschreiben. Hierzu gehören unausweichlich die sogenannten Korridorleistungen, durch die die Interdisziplinarität ermöglicht und der Lebensweltbezug der Frühförderung gestärkt wird. Als Korridorleistungen sind insbesondere die interne und externe Koordination zur Leistungserbringung, die Vor- und Nachbereitungszeiten und die Dokumentation zu verstehen“ (Deutscher Bundestag Drucksache 18/9522 S. 251).

Mit diesem Papier werden aktuelle Eckpunkte für die Umsetzung und die fachliche Weiterentwicklung der Frühförderung, für die Verhandlungen in den Ländern und für die politische Arbeit der Diakonischen Werke der Länder und der Diakonie Deutschland formuliert.

Die Diakonie hält es für außerordentlich wünschenswert, dass alle Beteiligten die Dringlichkeit des Zieles erkennen, die Frühförderung als eigenständige interdisziplinäre Teilhabeleistung auszugestalten und auf der Grundlage der Bestimmungen des SGB IX flächendeckend umzusetzen.

## 2. Sozialrechtliche Weiterentwicklung der Frühförderung

Im SGB IX und in der Frühförderungsverordnung wird die Frühförderung rechtlich neu geregelt. Hervorgehoben werden sollen folgende neue Regelungen:

- Die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung umfassen auch die Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. Als „Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität“ werden „insbesondere“ aufgeführt:
  - a) die Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen,
  - b) die Dokumentation von Daten und Befunden,
  - c) die Abstimmung und der Austausch mit anderen das Kind betreuenden Institutionen,
  - d) Fortbildung und Supervision.
- Die Leistungen können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität erfolgen.
- Die Komplexleistung muss im Förder- und Behandlungsplan begründet werden.
- Offene, niedrighschwellige Beratungsangebote für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, sollen vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden können.
- Hinsichtlich der mobilen Form der Frühförderung wird nun ausgeführt, dass es sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe gibt, sie anzubieten, etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden. Eine medizinische Indikation ist somit nicht die notwendige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung.
- Leistungen der Frühförderung können auch durch „nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum“ erfolgen.
- Leistungserbringer und die beteiligten Rehabilitationsträger schließen Landesrahmenvereinbarungen über im Einzelnen genannte Regelungsinhalte ab.
- Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landes-

regierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

- Es wird nun auch in der Frühförderungsverordnung (FrühV) explizit ausgesagt, dass sich die Erbringung von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses richtet.
- Beratung, Begleitung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten werden explizit auch als eine medizinisch-therapeutische Leistung beschrieben, auf die die Familien damit einen Rechtsanspruch haben.
- Aussagen zur Teilung der Kosten der Komplexleistung werden aus der Frühförderungsverordnung (§9 FrühV alt) in § 46 Absatz 5 SGB IX übernommen und verändert: Der Gesetzgeber sieht nun die pauschalisierte Entgeltaufteilung vor und verändert entfallende Anteile auf die Reha-Träger.

Auf einen weiteren Punkt ist hinzuweisen: In ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats betont die Bundesregierung: „Aufgrund des fehlenden Verweises in § 46 Absatz 2 SGB IX-E auf § 79 SGB IX-E sind nämlich auch Kinder leistungsberechtigt, die bereits eingeschult sind.“ (Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016, zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabe-gesetz – BTHG, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9954, hier: zu Ziffer 17, S. 107 f.). Die Frühförderung ist somit nicht auf Kinder beschränkt, die noch nicht zur Schule gehen. Dies ist deshalb zu betonen, da Kinder oftmals nicht frühzeitig in die Frühförderung kommen oder der Förderbedarf erst im ersten Schuljahr erkannt wird. Weitere Leistungen sind nach Diagnosestellung und (drohender) Teilhabeeinschränkung zu erbringen, etwa sozialpädiatrische und nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (nach § 43 SGB V) oder weitere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach § 42 SGB IX).

## 3. Behinderungsbegriff

Mit dem BTHG beziehungsweise der Novellierung des SGB IX wurde bekanntlich auch der Behinderungsbegriff (§ 2 SGB IX) neu gefasst, indem (an die UN-Behindertenrechtskonvention anschließend) zwischen Beeinträchtigung und Behinderung unterschieden und der Aspekt der Wechselwirkung zwischen Einschränkung und Kontextfaktoren herausgestellt wird. Der Teilhabe-fokussierte Behinderungsbegriff im SGB IX ist auch auf drohende Behinderungen ausgerichtet.

Leistungen der Früherkennung und Frühförderung beziehungsweise heilpädagogische Leistungen richten sich

nicht nur an Kinder mit Behinderungen, sondern auch an von Behinderung bedrohte Kinder.

Mit dem veränderten Behinderungsbegriff wird für die Frühförderung die Ausrichtung auf Teilhabe noch deutlicher akzentuiert: körperliche, seelische und geistige Beeinträchtigungen beziehungsweise Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen müssen in ihrer Einbettung, das heißt vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren (Barrieren jeglicher Art oder aber individuelle und soziale Ressourcen), in Hinblick auf Selbstbestimmung und Teilhabe in die Bedarfserhebung, Förder- und Behandlungsplanung eingehen.

## 4. ICF-basierte Bedarfsermittlung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nun auch in einer Fassung für Kinder und Jugendliche vorliegt, ist mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell unbestritten die konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation. Der Gesetzgeber hat in Teil 1 des SGB IX formuliert, dass die Instrumente nach § 13 Absatz 1 SGB IX eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung sichern und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung gewährleisten. Durch die Instrumente soll insbesondere erfasst werden, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, welche Auswirkungen sie auf die Teilhabe hat, welche Ziele mit Teilhabeleistungen erreicht werden sollen und welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind (vgl. § 13 Abs. 2 SGB IX).

Während die Formulierung in § 13 SGB IX zur „individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsfeststellung“ dem SGB IX vor der Novellierung entspricht, wird in § 118 SGB IX explizit die ICF als Grundlage genannt und dies auch begründend ausgeführt.

Die Bedeutung der ICF als konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation liegt darin, dass mit ihr Teilhabe und Teilhabebeschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen (in den „Domänen“) beschrieben werden können. Sie hat sich vielerorts als gemeinsame Sprache unterschiedlicher Berufsgruppen in der Rehabilitation bewährt, die auch zur Strukturierung des Rehabilitationsprozesses genutzt wird. In den Landesrahmenvereinbarungen ist festzuhalten, dass die Instrumente der Bedarfsermittlung

sich an der ICF orientieren und der umfassenden Erhebung des Rehabilitationsbedarfs dienen.

Zu beachten ist jedoch, dass die Bedarfsermittlung mehr ist als die Nutzung eines Diagnoseinstruments. Die Instrumente können und sollen ICF-kompatibel sein, die ICF selbst ist jedoch kein Assessmentinstrument. Sie ermöglicht eine diskursive und dialogische Bedarfserhebung und teilhabeorientierte Rehabilitation.

Vierorts eingesetzte ICF-Checklisten können die Aufmerksamkeit im Prozess der Bedarfserhebung auf Domänen und Funktionen richten, die die einzelfallspezifische Bedarfserhebung jedoch nicht ersetzen. Dies auch deshalb nicht, weil personenbezogene Kontextfaktoren in der ICF nicht erhoben werden. (Die Nutzung einzelner ICF-Items, um Leistungsgruppen zu kreieren, verkehrt den Sinn einer individuellen Bedarfserhebung ins Gegenteil).

Die ICF-orientierte Bedarfsermittlung erfolgt in der Frühförderung auf dem Wege einer interdisziplinären Diagnostik. Der Förder- und Behandlungsplan (nach § 7 FrühV) ist die Grundlage für die Bedarfsfeststellung durch die Rehabilitationsträger.

Die Bedarfsermittlung kann auch ergeben, dass (ausschließlich) heilpädagogische Leistungen (nach § 79 SGB IX), Heilmittel, eine sozialpädiatrische Behandlung (nach § 119 SGB V), nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (nach § 43a SGB V) oder andere Leistungen zu erbringen sind.

## 5. Förder- und Behandlungsplan, Teilhabeplan und Gesamtplanung

Nach dem SGB IX ist ein Teilhabeplan (nach § 19 SGB IX) zu erstellen, wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) beziehungsweise Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) kombiniert werden. Ist der leistende Rehabilitationsträger der Träger der Eingliederungshilfe, wird ein Gesamtplan erstellt (§ 121 SGB IX). Sind die Leistungen der Eingliederungshilfe mit einem anderen Rehabilitationsträger zu koordinieren, ist der Gesamtplan ein ergänzender Teil des Teilhabeplans (§ 21 SGB IX).

Für die interdisziplinäre Frühförderung übernimmt der Förder- und Behandlungsplan die Aufgaben des Teilha-

be- beziehungsweise Gesamtplans. Die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans ist ein eigenständiges Leistungselement der Frühförderung (nach § 7 FrühV). Es werden nicht mehrere Pläne erstellt, sondern ein Plan.

Ergibt die Diagnostik, dass ausschließlich heilpädagogische Leistungen zu erbringen sind, deckt sich der Förder- und Behandlungsplan mit dem Gesamtplan; kommen weitere Leistungen der sozialen Teilhabe (nach § 113 SGB IX) in Betracht, werden diese ergänzend in den Plan, den der Rehabilitationsträger beschließt, aufgenommen.

## 6. Frühförderung in Kindertagesstätten

Mancherorts werden Leistungen der Frühförderung in den Räumen der Kindertagesstätte erbracht. Wie auch in der Wohnung der Familie, kann auf diesem Wege eine besondere Nähe der Frühförderung zur Lebenswelt des Kindes verwirklicht werden.

Zunehmend richten sich Kindertageseinrichtungen inklusiv aus und setzen so die von den Vertragsstaaten der UN-BRK eingegangene Verpflichtung um, ein inklusives Bildungssystem „auf allen Ebenen“ (§ 24 UN-BRK) zu schaffen.

In inklusiven Kindertagesstätten werden auch Therapeutinnen und Heilpädagogen in ein interdisziplinäres Kita-Team eingebunden. Sie tragen dazu bei, die gemeinsame Bildung, Erziehung und Betreuung aller Kinder zu ermöglichen.

Davon zu unterscheiden ist der Sachverhalt, dass Kindertagesstätten zum Ort der Erbringung von therapeutischen Leistungen (im Rahmen der kurativen Versorgung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen/GKV) werden können, die vertragsärztlich verordnet werden. Dies hat organisatorische Gründe, ermöglicht aber auch, dass diese Leistungen auf die Lebenspraxis des Kindes im Setting Kindertagesstätte ausgerichtet werden können.

Für die Diakonie ist entscheidend, dass auch bei Kindern, die eine inklusive Kindertagesstätte mit heilpädagogischem oder anderem therapeutischem Leistungsangebot besuchen, bei Anhaltspunkten für eine (drohende) Teilhabebeeinschränkung der Rehabilitationsbedarf umfassend auf der Grundlage der ICF und unabhängig von Leistungen, die in der Kindertagesstätte erbracht werden, nach dem SGB IX erhoben wird. Nach der Bedarfserhebung

sind auf den Einzelfall bezogen Inhalte, Formen und Orte der Leistungserbringung zu vereinbaren. Der Besuch einer inklusiven Kindertagesstätte hebt weitergehende individuelle Rechtsansprüche auf rehabilitative Leistungen nicht aus. Eine umfassende, auf das einzelne Kind und seine Familie bezogene interdisziplinäre Bedarfserhebung und Leistungsträger übergreifende Bedarfsfeststellung ist der Dreh- und Angelpunkt der Förderung und Rehabilitation von Kindern mit Behinderung.

Ablehnende Bescheide mit der Begründung, das Kind besuche eine Kindertagesstätte mit heilpädagogischer Komponente, sind deshalb inhaltlich und rechtlich nicht zulässig. Bei der Förder- und Behandlungsplanung sollten jedoch, je nach Fallgestaltung, die heilpädagogische Ausrichtung der Kita beachtet und entsprechende Angebote in die Förder- und Behandlungsplanung einbezogen werden.

Zu bedenken ist zudem, dass die interdisziplinäre Frühförderung aus guten Gründen an mehreren Orten erbracht werden kann: durch die Frühförderstelle in einer Kita, in der Frühförderstelle, aber auch in der Familie, um Kind und Eltern im Familiensystem und in häuslicher Umgebung zu fördern.

Von diesen Thematiken zu unterscheiden sind die vielfältigen Beratungsaufgaben, die Frühförderstellen gegenüber Kindertagesstätten erbringen könnten (etwa zur räumlichen Gestaltung, zum Spielmaterial, in der Wissensvermittlung, in der zeitweisen Supervision in der Kita, der Elternarbeit, bei der Fortbildung oder der Fachberatung zu spezifischen Beeinträchtigungen). Diese Leistungen einer Frühförderstelle sind zu vereinbaren und ihre Refinanzierung zu sichern. Hierfür bieten sich die Landesrahmenvereinbarungen in den Ländern an.



## 7. Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen

Zusammen mit den Bestimmungen des SGB IX und der Frühförderungsverordnung kommt nach diakonischer Auffassung den Landesrahmenvereinbarungen die Aufgabe zu, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sich in den Ländern, auch dort, wo es noch nicht geschehen ist, ein interdisziplinäres System der Komplexleistung Frühförderung (weiter)entwickeln kann, damit den Anforderungen der UN-BRK (nach Art. 26) entsprochen wird und alle Kinder, bei denen Anhaltspunkte für eine Teilhabebeeinschränkung bestehen, eine interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung und Förderung aus einer Hand im Sozialraum erhalten.

Dort, wo die Frühförderstellen noch vornehmlich heilpädagogisch ausgerichtet sind, sind sie darin zu unterstützen, den fachlich-konzeptionellen Weg zur interdisziplinären Leistung zu gehen; dieser Weg ist fachlich geboten, politisch gewollt und sozialrechtlich gebahnt, denn: „In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 46 Absatz 3 werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht“ (Art. 79 Abs. 3 SGB IX). Sie können damit „auch Bestandteil der übergreifenden Komplexleistung nach § 46 sein“ (Gesetzesbegründung, S. 264).

Das SGB IX formuliert, dass in den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer folgendes geregelt wird:

„1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,

2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,

3. der Ort der Leistungserbringung sowie

4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung“ (§ 46 Abs. 4) SGB IX“.

Vorauszusetzen ist das gesamte Leistungsspektrum, wie es im SGB IX und in der FrühV bestimmt ist, einschließlich der Aussagen zur Sicherung der Interdisziplinarität, zur mobilen Frühförderung und zum offenen Beratungsangebot sowie zu den Aufgaben der Beratung, Begleitung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten.

Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen sollten auch sein: Aussagen zu den Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen mit nicht hauptamtlich beschäftigten Fachkräften, zur Anerkennung einer Frühförderstelle, zur Leistungsberechtigung (nicht zur „Zulassung“), zu Umfang und Dauer der Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanerstellung, zur Anpassung der Förder- und Behandlungspläne, zum Umfang der Leistungen und Zeiteinheiten.

Dabei sollte sichergestellt sein, dass der erste Zugang zu den ersten Einheiten der Frühförderung niedrigschwellig erfolgt und nach Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes die Frühförderung unverzüglich beginnen kann.

Es sind Aussagen zur Zusammenarbeit mit Sozialpädiatrischen Zentren (auch der Inanspruchnahme diagnostischer Kompetenz der SPZs) zu machen.

Nützlich sind Aussagen zu den Beantragungswegen (in ihrer Vielfalt) und den Bewilligungsverfahren nach SGB IX und Frühförderungsverordnung.

Die Landesrahmenvereinbarungen sollten Aussagen machen zur ICF-basierten Bedarfsermittlung. Für den Fall von Streitigkeiten zwischen Frühförderstellen und Leistungsträgern sollten Regelungen zur Konfliktbeilegung verankert werden.

Um der Klarheit willen sollte ferner explizit festgehalten werden, dass der Besuch einer Kindertagesstätte mit heilpädagogischer Komponente kein Ausschlussgrund für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung darstellt. Ob und wie Frühförderstellen und Kitas kooperieren und wie dies vergütet wird, ist darzulegen.

Schließlich sind Aussagen zum Abrechnungsverfahren und zur Vergütung zu machen.

Zu beachten ist auch die Aussage aus der Gesetzesbegründung: „Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 (des § 46 SGB IX, d. Verf.) müssen bei Familien mit Migrationshintergrund kultursensibel und falls erforderlich, unter Zuhilfenahme mehrsprachiger Behandler und/oder Sprachmittler durchgeführt werden“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/ 9522, S. 251). Deshalb sind diese Leistungen auch zu vergüten.

Die Belange des Datenschutzes sind zu beachten.

Es sind die einschlägigen Bestimmungen zum Kinderschutz einzuhalten.



## 8. Wirtschaftliche Aspekte

Die Leistungs- und Vergütungsregelungen müssen sichern, dass alle von den interdisziplinären Frühförderstellen nach dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung zu erbringenden Leistungen refinanziert werden.

Die betrifft auch:

- die offene Erstberatung, deren Vorhaltung zu refinanzieren ist.
- die Beratung, Begleitung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten.
- die Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität.
- die Leistungen, die keinem Reha-Träger alleine zuzuordnen sind.
- Leitungs- und Verwaltungsarbeit, die nicht (unmittelbar) auf das Kind oder die Eltern bezogen ist.
- die Teilnahme an Teilhabeplan- beziehungsweise Gesamtplankonferenzen.

Die Bundesregierung formuliert in der Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9522, S. 361): „Hiermit wird der Forderung Rechnung getragen, wonach die Inhalte des gemeinsamen Rundschreibens BMAS/BMG vom 24.06.2009 rechtsverbindlich festgeschrieben werden sollen. Der mit den Leistungen nach Nummer 1 bis 4 verbundene notwendige zusätzliche Aufwand ist bei der Vereinbarung von Vergütungssätzen angemessen zu berücksichtigen“.

Zu beachten ist, dass die Aufteilung der Entgelte nicht mehr – wie in der FrühV § 9 Absatz 3 alt formuliert – pauschalisiert werden „kann“; § 46 Absatz 5 SGB IX formuliert stattdessen:

„Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung, der nach Absatz 4 Nummer 4, vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder“.

Von großer praktischer Bedeutung für die Frühförderstellen ist, dass sie mit einem federführenden Vertragspartner seitens der Reha-Träger eine Abrechnungsstelle als Gegenüber haben. Dadurch werden bürokratischer Aufwand und entsprechende Kosten erheblich reduziert.

In § 38 SGB IX (Verträge mit Leistungserbringern) wird in Absatz 2 formuliert:

„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann bei Verträgen auf der Grundlage dieses Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung von Vergütungen nach Satz 1 nachzuweisen“. In der Begründung zum § 38 SGB IX wird ausgeführt, dass mit der Änderung die Rechtsprechung des BSG nachvollzogen wird. Ferner heißt es: „Für Sozialleistungserbringer sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu entlohnen“. Eine „Weitergabe des Kostendruckes an das Personal – gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels – (ist) nicht legitim“.

## 9. Schiedsstelle

Ein nicht gelöstes Problem besteht darin, dass es weiterhin keine Schiedsstelle zur Regulierung von Konflikten zwischen Frühförderstellen und ihren Vertragspartnern seitens der Reha-Träger gibt. Die Schiedsstelle nach § 133 SGB IX bezieht sich ausschließlich auf Konflikte der Eingliederungshilfe; die Schiedsstellenregelung zur medizinischen Rehabilitation und Vorsorge in § 111b SGB V, bezieht sich ausschließlich auf Vergütungsfragen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die einen Vertrag nach § 111 Absatz 5 Satz 1 bzw. § 111c Absatz 3 Satz 1 SGB V (stationäre und ambulante med. Reha und Vorsorge) haben.

Die Diakonie fordert, im SGB IX eine Schiedsstelle zu verankern, die bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Verträgen nach § 38 SGB IX angerufen werden kann. Die Inhalte des § 38 SGB IX geben die möglichen Themen der Schiedsstelle vor, gehen also über Vergütungsfragen hinaus. Für die Frühförderung ist dieses Anliegen besonders wichtig, da die Frühförderstellen in der Regel mindestens zwei Leistungsträger aus unterschiedlichen Leistungsgruppen als Vertragspartner haben.

Bis zur gesetzlichen Umsetzung dieser Forderung schlägt die Diakonie vor, einen Konfliktregelungsmechanismus in die Landesrahmenverträge aufzunehmen.

## 10. Zulassung

Für die Rehabilitation ist das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis maßgeblich. Das gilt auch für die Frühförderung. Durch einen Vertrag nach § 38 SGB IX zwischen Rehabilitationsträger und Frühförderstelle entsteht das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis. Anspruch auf den

Vertrag haben alle geeigneten Einrichtungen. Ausschreibungsverfahren sind rechtswidrig. Zulassungsregelungen kennt das SGB IX – mit Ausnahme der Bestimmungen des § 46 Abs. 4 zu den nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen – nicht.

## 11. Nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen

Im § 46 Abs. 4 SGB IX (und entsprechend in der Frühförderungsverordnung) wird formuliert, dass die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nicht nur durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren, sondern auch durch „nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum“ erfolgen können.

Die Diakonie lehnt diese Regionalisierung der Leistungserbringung im Allgemeinen und die Möglichkeit der Zulassung anderer Einrichtungen ab. Einrichtungen, die Leistungen zur Frühförderung nach den geltenden Stan-

dards erbringen, können einen Vertrag nach § 38 SGB IX begehren, der abzuschließen ist, wenn sie geeignet sind; die „Zulassung“ von weiteren Einrichtungen, die Frühförderung erbringen, würde bedeuten, neben den Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren ein weiteres System zu institutionalisieren. Es ist zu befürchten, dass dies faktisch auf eine „Frühförderung light“ herausliefe, die ein funktionierendes System unterminieren würde. Die Länder sind aufgefordert, diesen Weg nicht zu gehen, sondern das in vielerlei Hinsichten bewährte System der interdisziplinären Frühförderung weiterzuentwickeln, zu dem das reformierte SGB IX und die reformierte Frühförderungsverordnung auffordern.

## 12. Zeitschiene und Perspektiven

Die Landesrahmenvereinbarungen zur Frühförderung sollen bis zum 31. Juli 2019 geschlossen werden. Der Diskussions-, Vorbereitungs- und Verhandlungsstand sieht in den Ländern sehr unterschiedlich aus.

Der Diakonie ist an einer fairen Gestaltung der Landesrahmenverträge gelegen, die es den Kindern mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Kindern und deren Erziehungsberechtigten ermöglicht, ihre rehabilitativen Ansprüche in einer den Bedarfen angemessenen Form wahrzunehmen, welche die Leistungen der Frühförderungsstellen in all ihren Leistungselementen refinanziert und den Geist und Buchstaben des SGB IX umsetzt. Sie setzt auf ein kooperatives Verhältnis zu den Rehabilitationsträgern.

Die zuständigen Ministerien in den Ländern sind gefordert, diesen Prozess zu begleiten und bei Stockungen im Verhandlungsgeschehen zu moderieren. Dies sollte auch in Hinblick darauf geschehen, dass die Länder, falls die Verhandlungen nicht bis Ende 2019 abgeschlossen sind, ihrerseits durch Rechtsverordnung aktiv werden sollen.

Drei Herausforderungen stellen sich aus Sicht der Diakonie:

1. ist ganz klar, dass die „Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität“, Leistungselemente der Frühförderung sind, die deshalb auch zu refinanzieren sind;
2. sind die Möglichkeiten zur mobilen Leistungserbringung rechtlich deutlich ausgeweitet worden, denn diese sind nicht mehr an eine medizinische Indikation gebunden und auch für medizinisch-therapeutische Leistung beschrieben;
3. ist klargestellt, dass die offene Erstberatung, die vor der Eingangsdiagnostik stattfinden kann, ein Leistungselement der Frühförderung ist. Um den niedrigschwelligen Charakter zu gewährleisten, ist diese Leistung zu refinanzieren, ohne dass personengebundene Daten der Beratung Suchenden aufgenommen werden. Die Beratung kann auch in Anspruch genommen werden, wenn kein Diagnostikverfahren folgt.

Insbesondere diese Neuerungen beziehungsweise rechtlichen Klarstellungen sind in den Landesrahmenverträgen abzubilden. Sie haben Konsequenzen für die Refinanzierung der Einrichtungen und Dienste.

Die Diakonie fordert die politisch Verantwortlichen auf, das Anliegen einer Schiedsstellenregelung im ersten Teil des SGB IX aufzugreifen.

Die Passagen in SGB IX und FrühV zu weiteren Einrichtungen nach Landesrecht sind zu streichen. Die ICF ist die unbestrittene Grundlage der Rehabilitation, sie sollte deshalb auch im ersten Teil des SGB IX explizit als Grundlage der Bedarfserhebung (damit auch der Begutachtung, Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung und so weiter) genannt werden.

Problematisch ist auch, dass die Landesregierungen, falls es nicht zu Landesrahmenvereinbarungen kommt, zwar durch Rechtsverordnung die Anforderungen an die Frühförderstellen, an Dokumentation und Qualitätssicherung und den Ort der Leistungserbringung festlegen können (§ 46 Abs. 4 SGB IX), Fragen der Vergütung jedoch offen bleiben.

Mit der Umsetzung des Inklusionsgebots der UN-BRK in allen gesellschaftlichen Bereichen verändert sich auch der Auftrag der Frühförderstellen. Sie sollten in Zukunft als multidisziplinäre Kompetenzzentren für die Inklusion von Kindern mit (drohender) Behinderung aufgestellt werden, die sozialräumlich verankert und mit umfangreichen Beratungs-, Informations-, Fortbildungs- und Unterstützungsaufgaben auch für Kitas, Schulen, Vereine und so weiter zu beauftragen sind. Diese neue Aufgabenstellung ist deutlicher, als es bislang im Recht geschehen ist, im SGB IX zu verankern.

Eine weitere Zukunftsaufgabe der Frühförderung (neben der flächendeckenden Umsetzung der interdisziplinären Leistung und der Weiterentwicklung der Frühförderstellen) besteht darin, sie in die Diskussion um eine „inklusive Lösung“ bei der Reform des SGB VIII einzubringen und eine zukünftige inklusive Praxis mitzugestalten.

**Das vorliegende Paper ist das Ergebnis der Diskussion einer Arbeitsgruppe bei der Diakonie Deutschland.**

**Mitgewirkt haben:**

Katja Alfing, Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe  
Werner Fack, Diakonisches Werk Bayern  
Fabian Frei, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein  
Jasmin Graff, Diakonie in Niedersachsen  
Tino Grübel, Diakonie Mitteldeutschland  
Stefan Kretschmar, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz  
Jana Rademacher, Diakonie Mitteldeutschland  
Hardy Schüler, Diakonie Mitteldeutschland  
Steffi Schuppan, Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe  
Sarah Schröder, Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern  
Dorothee Wiedmann, Diakonie Sachsen  
Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland (verantwortlich)

Dank geht an Herrn Dr. Oliver Horsky (Referent Sozialrecht, Diakonie Deutschland), sowie die Damen und Herren aus den gliedkirchlichen Diakonischen Werken und den diakonischen Bundesfachverbänden, die den Text kritisch begleitet haben.

# Notizen

# **Notizen**

**Auszug Diakonie Texte 2015/2016/2017/2018**

- 02.2018 Familienzusammenführungen im Rahmen der Dublin-III-Verordnung nach Deutschland  
Anspruch – Verfahren – Praxistipps
- 01.2018 Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018
- 06.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016 – Regional
- 05.2017 Kinder, Jugendliche und ihre Familien nach der Flucht begleiten, unterstützen und bemächtigen  
Zugänge – Ansprüche – Leistungen
- 04.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016
- 03.2017 Diakonie-Charta für ein Soziales Europa
- 02.2017 Personalkonzepte der Zukunft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – Impulse für eine innovative Diskussion
- 01.2017 Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen
- 07.2016 HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit psychischen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung  
Analysen, Forderungen und Empfehlungen.
- 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013
- 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft – Neue Allianzen im ländlichen Raum
- 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in Deutschland
- 03.2016 Verlässlicher Ganztag – Ein Plädoyer für ganzheitliche Bildung und Erziehung
- 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie
- 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos  
Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung
- 06.2015 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2014
- 05.2015 Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie  
Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen
- 04.2015 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2014

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!  
Diakonie Deutschland

**Impressum**

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte). Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

**Bestellungen:**  
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-Echterdingen  
Telefon: +49 711 21 59-777  
Telefax: +49 711 797 75 02  
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf [www.diakonie-wissen.de](http://www.diakonie-wissen.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Diakonie Deutschland  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.  
Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:  
Dr. Thomas Schiller  
Zentrum Kommunikation  
[redaktion@diakonie.de](mailto:redaktion@diakonie.de)  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Redaktion:  
Barbara-Maria Vahl  
Zentrum Kommunikation  
T +49 30 652 11-1116  
[redaktion@diakonie.de](mailto:redaktion@diakonie.de)

Kontakt:  
Dr. Tomas Steffens, MPH  
Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
T +49 30 652 11-16 65  
F +49 30 652 11-36 65  
[tomas.steffens@diakonie.de](mailto:tomas.steffens@diakonie.de)

Layout:  
A. Stiefel

Druck:  
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-Echterdingen

© April 2018 – 1. Auflage  
ISBN-Nr. 978-3-946840-17-6  
Art.-Nr. 613003038



**Diakonie Deutschland  
Evangelisches Werk für  
Diakonie und Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin

T: +49 30 652 11-0

F: +49 30 652 11-3333

[diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)