

## **Stellungnahme**

### **Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder**

*– Weiterentwicklung durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) –*

#### **1. Der Paradigmenwechsel im Recht der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen betrifft auch Früherkennung und Frühförderung**

Der Gesetzgeber hat die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder mit Inkrafttreten des SGB IX ab 1.7.2001 anstelle der bisher hierfür angewandten, trägerspezifischen Rechtsvorschriften (der Sozialhilfe bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung) im trägerübergreifenden Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX zusammengefasst sowie neu geregelt. Diese Leistungen wurden dort bindend für die beteiligten Rehabilitationsträger zu einer Komplexleistung zusammengeführt und so ausgestaltet, dass sie nun eindeutig der medizinischen Rehabilitation zugeordnet sind und zugleich auch die heilpädagogischen Leistungen der Frühförderung – als Bestandteil von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – damit verbunden werden (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. §§ 30, 56 Abs. 2 SGB IX). Diese Ausgestaltung des Rechtsanspruchs auf interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung als Teilhabe-Komplexleistung entspricht dem allgemeinen Paradigmenwechsel für das Handeln aller Verantwortlichen im Leistungsgeschehen für Menschen mit Behinderungen oder Behinderungsrisiken. Dadurch wollte der Gesetzgeber erreichen<sup>1</sup>, dass

- die Förderung der ganzheitlichen persönlichen Entwicklung von betroffenen Kindern und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die über bloße Krankenbehandlung hinaus geht, verbindliches Ziel wird, um die möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder die Voraussetzungen dafür zu schaffen (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Schnittstellenprobleme im gegliederten Sozialleistungssystem gelöst werden, weil die unverändert für heilpädagogische Leistungen verantwortlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe ihre gesamten heilpädagogischen Leistungen nicht mehr als Träger der Fürsorge, sondern als zuständige Träger für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der

---

<sup>1</sup> vgl. Fuchs, H: Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, Kapitel 4.7; Asgard-Verlag 2008

Gemeinschaft erbringen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 SGB IX; § 56 SGB IX). Heilpädagogische Förderung gemäß § 56 Abs. 2 SGB IX ist demnach im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX (Leistungen „wie aus einer Hand“) zu erbringen und nicht mehr als isolierte Leistung der Eingliederungshilfe (§ 40 Abs. 1 Nr. 2a des Bundessozialhilfegesetzes [BSHG] war daher ersatzlos gestrichen worden)<sup>2</sup>

- im Rahmen der medizinischen Rehabilitation alle erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Therapiemethoden der Früherkennung und -förderung einschließlich der Beratung von Erziehungsberechtigten zu *einer* Leistung verbunden werden – um so die zuvor bestehenden Streitigkeiten, ob nichtärztliche Methoden im Rahmen der Frühförderung, ggf. auch indirekt, überhaupt Gegenstand des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sein können, unwiderruflich zu beenden
- sich Gegenstand, Umfang und Ausführung der Früherkennung und -förderung nicht mehr auf eine ärztliche Verordnung nach dem SGB V, sondern gemäß SGB IX vielmehr auf die Feststellung und schriftliche Niederlegung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs je nach Art und Ausprägung der Teilhabe-Beeinträchtigungen i.S.d. Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO stützt (§ 10 SGB IX – als eigene Aufgabe der Rehabilitationsträger<sup>3</sup>)
- das Netz interdisziplinärer Frühförderstellen ausgebaut wird
- das Verwaltungsverfahren für Zugangsregeln, Bedarfsfeststellung und Ausführung der Früherkennung und -förderung sich ausschließlich nach den Bestimmungen des SGB IX richtet
- die Verantwortung für Gegenstand, Umfang und Ausführung der Früherkennung und -förderung nicht mehr Bestandteil der Kassenärztlichen Versorgung in der Regie der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist, sondern auf Grundlage des SGB IX allein bei den Rehabilitationsträgern liegt, die dazu untereinander Gemeinsame Empfehlungen (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. 30 Abs. 3 SGB IX) und entsprechend mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge nach § 21 SGB IX zu vereinbaren haben.

---

<sup>2</sup> Heilpädagogische Leistungen und andere Leistungen der pädagogischen Rehabilitation können außerhalb der Komplexleistung Frühförderung aber auch weiterhin ergänzend als Einzelleistungen zur Teilhabe, z. B. neben der kassenärztlichen Versorgung, erbracht werden (§ 56 Abs. 1 SGB IX)

<sup>3</sup> Förder- und Behandlungspläne sind hier im Licht des SGB IX nicht nur Basis für die Durchführung der Therapie, sondern primär die Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX und können damit auch Sachverständigengutachten i.S.d. § 14 Abs. 5 SGB IX sein; ihre Erstellung verursacht also *Verwaltungsaufwand* beim Rehabilitationsträger (und ist nicht Bestandteil der *Behandlungskosten*).

## **2. Das Recht der Früherkennung und Frühförderung vor Inkrafttreten des SGB IX**

Vor dem 01.07.2001 enthielt § 40 Abs. 1 Nr. 2a des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einen Anspruch auf heilpädagogische Maßnahmen zur Frühförderung von Kindern als eine Leistung der Eingliederungshilfe.

Der Leistungskatalog der GKV umfasste (und umfasst) im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungen der Früherkennung von Krankheit, der Behandlung einer Krankheit und der medizinischen Rehabilitation. Der Gesetzgeber hatte aber die Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Behinderungsrisiken oder Behinderungen keiner dieser Leistungen zweifelsfrei zugeordnet.

Das SGB V in der ab 1.1.1989 gültigen Fassung enthielt keine leistungsrechtliche Regelung zur Früherkennung und -förderung.

Im Abschnitt „Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten“ sieht § 119 Abs. 1 SGB V die Ermächtigung Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern in Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor. Diese Ermächtigung der SPZ umfasst bis heute die gesamte sozialpädiatrische Behandlung zur Rehabilitation (§ 43a SGB V) – mit der auf Krankheit bezogenen Zielsetzung des § 11 Abs. 2 SGB V. Die Aufnahme eines leistungsrechtlichen Anspruchs auf Früherkennung und -förderung und eine dementsprechende Zuordnung von beidem zur medizinischen Rehabilitation im SGB IX hat den leistungserbringungsrechtlichen Status der SPZ als Teil der vertragsärztlichen Versorgung der GKV und des Kassenarztrechts nicht verändert. Sie sind und werden weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, erbringen ihre sozialpädiatrischen Leistungen auf Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V und rechnen ihre Leistungen auch weiterhin in diesem Rahmen ab.<sup>4</sup>

## **3. Entwicklung der Früherkennung und Frühförderung seit Inkrafttreten des SGB IX**

Mit dem 01.07.2001 musste die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung nach dem Willen des Gesetzgebers unter einem eigenständigen und bundesweit einheitlichen Frühförderbegriff im Sinne von § 30 SGB IX i.V.m. § 56 Abs. 2 SGB IX angeboten werden, um überall in gleicher Qualität die als Folge gesundheitlicher Störungen und Schäden im kindlichen Lebensalter eingetretenen Beeinträchtigungen der Teilhabe betroffener Kinder in der Gesellschaft aufzuzeigen (Früherkennung) und in dafür zugelassenen Einrichtungen mit geeigneten interdisziplinären Mitteln, Methoden

---

<sup>4</sup> Dass aber seit längerem für die Teilhabeleistungen des SGB IX und damit auch für die Früherkennung und -förderung insgesamt das Leistungserbringungsrecht des SGB IX maßgebend ist und man diese gesetzlichen Leistungen nach § 30 SGB IX – auch als ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes SPZ – nur dann mit Anspruch auf entsprechende Vergütung ausführen kann, wenn man (ggf. zusätzlich) über einen Versorgungsvertrag i.S.d. §§ 111 SGB V oder 21 SGB IX verfügt, wurde bisher nicht nachvollzogen und hat auch noch nicht zu aufsichtlichen Konsequenzen geführt.

und Organisationsformen zu behandeln (Frühförderung). Hierbei sollte das Versorgungsstrukturecht des SGB IX gelten.

Bereits unmittelbar nach Inkrafttreten des SGB IX wurde jedoch deutlich, dass die Neuregelung in einigen Bundesländern abweichend interpretiert und nicht im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers umgesetzt wird. Obwohl in der Begründung zum SGB IX ausdrücklich klar gestellt wurde, dass mit dem Umbau heilpädagogischer Leistungen von Eingliederungshilfe- zu Teihabeleistungen weder eine Veränderung der Zuständigkeit noch eine Verschiebung von Kosten zwischen Sozialhilfe und Krankenversicherung verbunden ist, wurde in einem Bundesland aus der Einbeziehung heilpädagogischer Leistungen in die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung der Schluss gezogen, dass die Sozialhilfeträger dafür nicht mehr zuständig seien. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) stellte die gegenteilige Rechtslage daraufhin mit Rundschreiben vom 21.8.2001 klar.

Nachfolgend ist es den Rehabilitationsträgern jedoch bislang nicht gelungen, ihrer gesetzlichen Pflicht der Vereinbarung einer Gemeinsamen Empfehlung (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. 30 Abs. 3 SGB IX) nachzukommen. Ein nach § 13 Abs. 5 - 7 SGB IX auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteter und zuvor von den Beteiligten weitgehend konsentierter Entwurf scheiterte 2002 an folgenden Konfliktpunkten: „Heilpädagogische Annex-Leistung“ (Heilpädagogik im Vorfeld der [und zur Ermöglichung von] medizinisch-therapeutischen Leistungen), pauschale Kostenteilung und personelle Mindeststandards.

Die nach Scheitern einer gemeinsamen Empfehlung ersatzweise auf Grundlage des § 32 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX mit Zustimmung des Bundesrats am 1.7.2003 erlassene Frühförderungsverordnung (FrühV) übernimmt zwar wesentliche Elemente der nicht verabschiedeten gemeinsamen Empfehlung, musste jedoch aufgrund der inhaltlich beschränkten Ermächtigungsgrundlage zahlreiche Fragen weiterhin offen lassen.

Ein im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG)<sup>5</sup> im Februar 2008 vorgelegtes Gutachten zur Evaluation der Frühförderung nach dem SGB IX zeigt, dass nicht nur hinsichtlich genannter heilpädagogischer Frühförderleistungen, sondern auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten, darin enthaltenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne – gemessen an den Vorgaben und Zielen des SGB IX – erhebliche Vollzugsdefizite bestehen.

Hierzu haben sich auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege<sup>6</sup> gemeinsam mit sechs Fachverbänden aus der deutschen Behindertenhilfe<sup>7</sup> in einer Stellungnahme zu

---

<sup>5</sup> Engel, H, Pfeuffer, F: Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Institut für Sozialforschung – ISG, Köln, 2008

<sup>6</sup> Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Caritasverband (CV), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AW), Der Paritätische Gesamtverband, Deutsches Rotes Kreuz (DRK) und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Wort gemeldet<sup>8</sup>, dem so genannten „Verbändepapier Frühförderung“. Es weist auf eine Vielzahl ungeklärter und in der Praxis der Frühförderung strittiger Sachverhalte hin, darunter die verbindliche operationale Definition von Früherkennung und Frühförderung als Komplexleistung, die Frage einer kindbezogenen, einrichtungsspezifisch zu verhandelnden Pauschalvergütung sowie der darin vergütbaren Leistungselemente, die Standards der Diagnostik zu gezielten Förder- und Behandlungsplänen, die finanzielle (und personelle) Absicherung der offenen Elternberatung sowie die mögliche Einbindung von Kindertageseinrichtungen in den Frühförderprozess.

Derzeit gleicht die begriffliche, regionale und strukturelle Vielfalt der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung einem Mosaik, das bundesweit kein geschlossenes Bild ergibt und keine allgemeingültige Beurteilung erlaubt (Schumacher, N<sup>9</sup>, 2008, Klier, R<sup>10</sup>, 2009).

Die Bundesministerien für Arbeit und Soziales (BMAS) und Gesundheit (BMG) haben zwar in Reaktion darauf einige dieser Problemfelder im Sinne einer Klarstellung durch ein gemeinsames Rundschreiben<sup>11</sup> aufgegriffen. Dabei wurden die Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Erziehungsberechtigten definiert, der Stellenwert mobiler aufsuchender Dienste in der Frühförderung betont und Formen der pauschalen Kostenbeteiligung beteiligter Rehabilitationsträger für zulässig erklärt und empfohlen. Auch erfolgte die Klarstellung, dass die Komplexleistung eine *eigenständige* interdisziplinäre Leistung sei und sich nicht in einer Addition von Leistungspflichten beteiligter Rehabilitationsträger gemäß ihrem jeweiligen trägerspezifischen Leistungsrecht erschöpfe. Weiterhin offen blieb jedoch das genaue rechtliche Verständnis komplexer im Unterschied zu additiven Leistungen, aber auch, auf welche Weise generell die mit § 30 SGB IX angestrebte Gleichbehandlung – bundesweit im Sinne einheitlicher Lebensbedingungen – über die Vertragsgestaltung und durch Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags beteiligter Rehabilitationsträger gesichert werden soll.

Das schon erwähnte Gutachten des ISG stellt insbesondere dar, dass mit Früherkennungs- und Frühförderleistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

- in mehreren Bundesländern unverändert als einem Bestandteil des Vertragsarztrechts des SGB V umgegangen wird mit der Folge, dass

---

<sup>7</sup> Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CPB), Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Bundesverband körper- und mehrfachbehinderter Menschen (BVKM), Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (BLH), Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit (VaHS) und Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (ViFF)

<sup>8</sup>Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexleistung „Interdisziplinäre Frühförderung“ vom 13.01.2009

<sup>9</sup> Schumacher, N: Die Frühförderung ist ein Flickenteppich. Fachdienst der Lebenshilfe, 3/2008, S. 22 ff.; ähnlich Ders: „Die Komplexleistung ist noch vielerorts ein Wunschbild“, Rechtsdienst der Lebenshilfe 3/2008, S. 104 ff.

<sup>10</sup> Klier, R: Komplexleistung Frühförderung – Der mühsame Weg gemeinsamer Förderung. ET u. Rehab, 48. Jg., 2009, Nr. 6, S. 30 ff.

<sup>11</sup> Interministerielles Rundschreiben BMAS/BMG vom 24.06.2009

- ein Streit darüber, *ob* und vor allem *welche* nichtärztlichen Leistungen, insbesondere die Beratung der Erziehungsberechtigten, und *in welchem Umfang* Gegenstand der ärztlichen Versorgung sein können, leider fort dauert und
- auch die heilpädagogischen Frühförderleistungen des § 56 Abs. 2 SGB IX nicht als integraler Bestandteil der Teilhabe-Komplexleistung des § 30 SGB IX, sondern weitgehend noch als ausdrücklich *nichtärztliche* Sozialhilfeleistungen, deutlich abgegrenzt zur vertragsärztlichen Versorgung, erbracht werden.

#### **4. Anspruch und Wirklichkeit der Früherkennung/Frühförderung klaffen auseinander**

##### **a) Rechtssystematische Versäumnisse nach Inkrafttreten des SGB IX**

Obwohl sich das Gutachten des ISG nur auf eine Evaluation der FrühV, nicht aber auf die Umsetzung der übrigen im Zusammenhang mit der Frühförderung stehenden Bestimmungen des SGB IX erstreckte, hat das Institut bereits Folgendes klarlegen können: Die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs wird nicht konsequent an der ICF (künftig: ICF-Version „CY“<sup>12</sup>) orientiert und auf die zu behandelnden Teilhabedefizite ausgerichtet (§ 10 SGB IX). Mehrheitlich werden stattdessen weiterhin die zur vertragsärztlichen Versorgung üblichen ärztlichen Verordnungen zu Grunde gelegt mit der Konsequenz, dass

- sich die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung immer noch nicht in erheblichem Maß auf die in § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX benannten Rehabilitationsziele richten, sondern eher krankheitsorientiert sind<sup>13</sup>.
- es unverändert keine bindende Verpflichtung behandelnder Ärzte gibt, Untersuchungen zur Früherkennung durchzuführen und bei entsprechender Wahrnehmung Leistungen nach § 30 SGB IX anzuraten bzw. auf die Möglichkeit der entsprechenden Beratung, z. B. durch eine gemeinsame Servicestelle, hinzuweisen.
- die Sachverständigenfeststellung zum Rehabilitationsbedarf<sup>14</sup>, soweit denn überhaupt veranlasst, nicht als Bestandteil der Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX gesehen und auch als solcher nicht unabhängig von den nachfolgend darauf basierenden Leistungen vergütet werden (es handelt sich dabei um Verwaltungs- und nicht um Leistungskosten!).

---

<sup>12</sup> Modifizierung der Klassifikation ICF für Kinder und Jugendliche (Children and Youths), WHO, Genf [erscheint in deutscher Sprache autorisiert voraussichtlich in 2010]

<sup>13</sup> womit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass sich die rehabilitations- und heilpädagogischen Förderzentren in der Praxis zu einem wichtigen Versorgungsbestandteil, auch mit ihrer Beteiligung/Mitwirkung an der Komplexleistung interdisziplinäre Frühförderung, entwickelt haben

<sup>14</sup> Sachverständigenfeststellungen zum Rehabilitationsbedarf im Rahmen von Förder- und Behandlungsplänen können im rechtlichen Sinn auch „Gutachten“ nach § 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX sein (vgl. Fußnote 3, S. 2).

- Auch die leistungserbringungsrechtlichen Folgen der Verlagerung der Früherkennung und -förderung ins Rehabilitations- und Teilhaberecht sind nach dem Ergebnis der ISG-Studie in der Praxis weitgehend unklar.<sup>15</sup> Höchst unterschiedlich angewandt und teilweise nach wie vor ungesichert sind auch die Finanzierungsmöglichkeiten für notwendige Beratungsarbeit im therapeutischen Vorfeld, für behandlungsbegleitende interdisziplinäre Teambesprechungen und so genannte „Korridor-Leistungen“<sup>16</sup>, z. B. als Gegenstand pauschaler Vergütungen.
- Die heutige Entwicklung des Netzes von Interdisziplinären Frühförderstellen liegt nach der Studie des ISG weit hinter den Zielen des Gesetzgebers zurück. Ursächlich dafür ist in der Praxis letztlich die medizin- und krankheitsorientierte Betrachtung, die vorwiegend nichtmedizinische Leistungen als „der Aufgabenstellung der GKV fremd“ einordnet und sie daher oft zurück hält. Dies gilt umso mehr, wenn die Versorgungsstrukturentwicklung primär im Kontext mit der vertragsärztlichen Versorgung gesehen und der eigene Sicherstellungsauftrag als Rehabilitationsträger i.S.d. § 19 SGB IX ausgeblendet wird.

Deshalb gilt es klar und deutlich festzuhalten:

- Früherkennung und Frühförderung als Teilhabeleistungen unterliegen dem Leistungserbringungsrecht des SGB IX (§§ 17 – 21 SGB IX); für Konfliktfälle sind Schiedsstellen einzuführen.
- Bei den mit den Leistungserbringern der Frühförderung einzugehenden Verträgen i.S.d. § 21 SGB IX muss es darum gehen, die dort genannten inhaltlichen Anforderungen zu erfüllen. Dies gilt auch für die Interdisziplinären Frühförderstellen, die Einrichtungen i.S.d. § 17 Abs. 1 SGB IX sind.
- Der tatsächliche individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung muss orientiert an der ICF (ICF-CY), also unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, der Bereiche Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten sowie Partizipation abgebildet sein<sup>17</sup>. Es sind die Rehabilitationsträger selbst, die dies als eine zentrale Aufgabe und Leistungsvoraussetzung erfüllen müssen.
- Zu schaffen ist demzufolge eine bundeseinheitliche Rahmenregelung zur Anwendung des § 10 SGB IX auf dem Gebiet der Früherkennung und Frühförderung (entsprechend § 7 FrühV), die z. B. die Förder- und Behandlungspläne endlich vergleichbar machen würde.

---

<sup>15</sup> Nur die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung des SGB V zu erbringenden sozialpädiatrischen Leistungen (entweder durch niedergelassene Pädiater oder durch ein SPZ) sind weiterhin eine Angelegenheit des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzteschaft und Krankenkassen (G-BA) und des dortigen Vertragsrechts!

<sup>16</sup> Unter Korridorleistungen versteht man erforderliche, aber dem einzelnen Frühförderfall / -kind nicht gesondert zuordenbare „Vorhalteleistungen“ inklusive bereitzustellender technischer Ressourcen.

<sup>17</sup> Das bedeutet keineswegs, dass eine nach dem WHO-Diagnosenschlüssel ICD-10 genau beschriebene Gesundheitsstörung/Krankheit nicht der richtige erste Ausgangspunkt für eine Teilhabe-Bedarfsfeststellung ist – im Gegenteil!

- Leistungserbringer agieren entweder gemäß einer vertragsbasierten Kooperation mit geeigneten niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten wie ggf. auch mit einem SPZ im kassenärztlichen Versorgungsbereich oder als interdisziplinäre Komplexeinrichtungen, die eine chronisch-medizinische (rehabilitative) Ausrichtung aufweisen und daher die Früherkennung und Frühförderung wie aus einer Hand ausführen können.
- Gegenstand, Umfang und Ausführung von Früherkennungs- und Frühförderleistungen sind nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX in gemeinsamen Empfehlungen u. a. als Basis der Versorgungsverträge und der Vergütung zu vereinbaren. Ebenso ist zu klären, in welchen Fällen (Ziel-/Fallgruppen!) und auf welche Art und Weise (Leitlinien zum Einsatz von Mitteln, Methoden und Organisationsformen!) die Leistungen erbracht werden sollen (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). Das betrifft auch die Aufnahme weiterer oder neuer Leistungs- oder Therapie- bzw. Organisationsformen, z. B. mobile Frühförderung, offene und niedrigschwellige Beratungsangebote, Frühförderung in integrativen Kindertageseinrichtungen oder konduktive Förderung nach *Petö*. An den Verfahren zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen sind die Leistungserbringer und die Verbände der Betroffenen zu beteiligen (§ 13 Abs. 6 SGB IX).
- Die Vergütung muss leistungsgerecht sein. Korridor-Leistungen sollen pauschaliert werden. Erforderlich sind Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 Satz 2 SGB IX über die Eckpunkte der Vergütungsfindung und das Vergütungsverfahren.
- Die Anforderungen an die Qualität der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung sowie das Qualitätssicherungsverfahren sind nach § 20 SGB IX ebenfalls in gemeinsamen Empfehlungen zu regeln. Auch sind die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen in den Verträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).
- Die Anbieter von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung müssen i.S.v. § 17 Abs. 1 SGB IX geeignet sein; ihre Eignung ist vor Abschluss eines Versorgungsvertrages festzustellen. Die Eignungsanforderungen sind Gegenstand von Gemeinsamen Empfehlungen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist, dass Leistungserbringer zu ihren grundständigen Berufsausbildungen eine Subspezialisierung im Bereich interdisziplinärer Früherkennung und Frühförderung aufweisen.
- Eine Vernetzung der Früherkennung entsprechend SGB V / *Kinder-Richtlinien*<sup>18</sup> mit den Pflichten nach dem Behindertenrecht (SGB IX), insbesondere mit den §§ 30 und 56, muss geschaffen werden. Falls Untersuchungen nach den Kinder-Richtlinien durchgeführt wurden und entsprechende Hinweise auf Risiken/Behinderungen erbracht haben, sind die berufsrechtlichen Verpflichtungen der §§ 61 und 62 SGB IX, diese Kinder über Teilhabeleistungen zu fördern bzw. einer entsprechenden Beratung

---

<sup>18</sup> Richtlinien des G-BA zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vom 05.09.2009.



in einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation zuzuführen, immer zu beachten.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang: Das Nichtzustandekommen einer Gemeinsamen Empfehlung zur Früherkennung und -förderung auf Ebene der BAR bedeutet nach geltendem Recht nicht, dass diese Möglichkeit endgültig verbaut ist. Zwar gilt sehr wohl die FrühV fort, d. h. der erfolgreiche Neuversuch einer Gemeinsamen Empfehlung könnte den FrühV-Inhalt nicht ändern – ihn jedoch ergänzen, was angesichts der vielen Unklarheiten und Schnittstellenprobleme weiterhin, im Interesse gleicher Versorgung betroffener Kinder, geboten ist.

## **b) Wirkungen im Sinne einer Fehlentwicklung von Angebotsstrukturen**

Das „uneinheitliche“, nach der ISG-Studie recht diffuse derzeitige Bild erklärt sich im Wesentlichen daraus, dass in den Bundesländern und bei den Rehabilitationsträgern sehr unterschiedlich gehandelt wird:

- Unabhängig vom Paradigmenwechsel des SGB IX wird teilweise unverändert fortgefahren – wenn nicht nach dem Wortlaut, so doch zumindest nach dem Geist des vor Inkrafttreten des SGB IX geltenden Rechts (SGB V bzw. BSHG/SGB XII) – d. h., dass akutmedizinisch und sozialhilfeorientiert gedacht und gehandelt wird. Dies stört die notwendige Strukturentwicklung.
- Z. T. haben sich ebenso wenig legitimierte Mischformen aus altem Recht und „neuem Verständnis“ entwickelt, die aber durchweg überwiegend krankheits- und wenig teilhabeorientiert sind.
- Zum anderen gibt es auf dem SGB IX basierende Entwicklungen, die sich aber in aller Regel eng an der FrühV, nicht jedoch an den insgesamt für Früherkennung und Frühförderung anzuwendenden Bestimmungen des SGB IX orientieren: Letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs und der Anwendung des Leistungserbringungsrechts des SGB IX.

## **5. Notwendige Weiterentwicklung im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention**

Nach Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) sind u. a. wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die Möglichkeiten einer vollen Einbeziehung in das Leben der Gesellschaft zu erlangen. Dies gilt – auch entsprechend Artikel 7 BRK i.V.m. § 4 Abs. 3 SGB IX – insbesondere für die Habilitation<sup>19</sup> behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.

---

<sup>19</sup> In der Sprache der BRK ist Habilitation allgemein die Rehabilitation von Menschen im Kindes- und Jugendalter

Die Bundesrepublik ist die völkerrechtliche Verpflichtung nach Artikel 26 BRK eingegangen, zu diesem Zweck umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste zu *organisieren*, zu stärken und zu erweitern. Diese müssen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, zur Verfügung stehen.

Der Staat als Ganzes ist damit eine Organisationsverpflichtung eingegangen, wobei durch § 19 SGB IX diese in Deutschland operationell an die Rehabilitationsträger delegiert ist, die diesen Organisationsauftrag im Benehmen mit dem Land und dem Bund auszuführen haben. Nach § 12 Abs. 2 SGB IX sollen die Träger dazu regionale Arbeitsgemeinschaften bilden, die analog nach § 88 SGB X auch haushaltsfähig<sup>20</sup> sind. Diese seit neun Jahren bestehende gesetzliche Verpflichtung ist bisher in keinem Bundesland umgesetzt. Damit mangelt es an einer wesentlichen Plattform, auf der die im Teilhabebereich verantwortlichen Akteure regionale Defizite der Umsetzung des Teilhaberechts aufarbeiten und bereinigen können.

Die Organisationsverpflichtung des § 19 SGB IX umfasst hier, im Licht des Artikels 26 BRK, nicht nur den Sicherstellungsauftrag für rehabilitative Versorgung zum Beispiel im Sinne des Aufbaus eines flächendeckenden Netzes von interdisziplinärer Früherkennung und Frühförderung, sondern alle notwendigen Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme gemäß Artikel 26 BRK, wozu auch die Entwicklung umfassender Netzwerke für behinderte Menschen im kommunalen Sozialraum gehören.

Rehabilitationsprogramme i.S.d. Artikels 26 BRK korrespondieren mit der im deutschen Teilhaberecht verankerten Verpflichtung zur Vereinbarung umfassender Gemeinsamer Empfehlungen zwecks Ausgestaltung der Teilhabeleistungen und des Teilhabeverfahrens.

## **6. Fazit / Forderungen**

### **Regionale Ungleichheiten überwinden!**

Das SGB IX ist Bundesrecht: Aus Sicht der behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder und ihrer Familien darf es nicht hingenommen werden, wenn das Beratungs- und Förderangebot der Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung regional so stark unterschiedlich entwickelt ist, dass es vom Wohnort abhängt, ob eine eigenständige, bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Früherkennung und Frühförderung qualitätsgesichert angeboten wird oder nicht. Dies läuft der Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse entsprechend dem Artikel 3 des Grundgesetzes zuwider – ausgerechnet im sensiblen Bereich der Vorschriften des § 30 SGB IX.

---

<sup>20</sup> i.V.m. § 91 SGB X

## **Vollzugsdefizite mit gesetzlichen Klarstellungen beheben!**

Die Ursachen für die vorhandenen Probleme sind Mängel an den gesetzlichen Grundlagen<sup>21</sup> wie auch Vollzugsdefizite: beide sind durch gesetzgeberische Klarstellungen und explizierte Verpflichtungen an die Beteiligten aufzuarbeiten. Die Umsetzung dieses präzisierten Früherkennungs- und Frühförderrechts sollte künftig gesetzlich verpflichtend in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.

Die in dieser Stellungnahme aufgezeigten Schwachstellen der Umsetzung des Teilhaberechts in Früherkennung und Frühförderung können nämlich mit Blick auf die bisherige Haltung und Praxis der Rehabilitationsträger wohl nicht mehr allein mit dem Appell an die Zusammenarbeit der Akteure bereinigt werden, sondern bedürfen solcher klarstellenden gesetzlichen Regelungen, die ihrerseits den Weg zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit neu ebnen können.

## **SGB IX-Novelle und bundesweite Gemeinsame Empfehlung dienen der BRK-Umsetzung!**

Mit Blick auf die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung regt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation also dringend an, die vorstehend konkretisierten Probleme legislativ im Rahmen einer „Novelle des SGB IX zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ aufzugreifen, und sie empfiehlt zugleich den beteiligten Rehabilitationsträgern einen neuen Anlauf der Einigung auf eine ergänzend zu schaffende Gemeinsame Empfehlung zur Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung.

## **Die DVfR möchte beide Bestrebungen fachlich fördern!**

Als interdisziplinärer und die relevanten Institutionen umfassender nationaler Fachverband kann die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. beide Prozesse intensiv und konsensorientiert begleiten.

Heidelberg, den 09.06. 2010

gez:

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**

(Vorsitzender der DVfR)

gez.:

**Dipl.-Päd. (Rehab.) Michael Harm**

(Leiter des DVfR-Ausschusses Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter)

---

<sup>21</sup> § 30 SGB IX ist rechtlich kompliziert und sprachlich nicht leicht zu verstehen: Es existieren lange juristische Kommentare, die Inhalt und Bedeutung der Vorschrift klären sollen. Eine eindeutiger Sprache des Gesetzgebers würde bereits die Entwicklung der gewünschten Rechtsanwendung fördern.