

Positionen der DVfR zur interdisziplinären Leistungserbringung in Kindertagesstätten: Modelle für Organisation und Finanzierung von Leistungen therapeutischer Fachberufe

I. Einleitung

Der Fachausschuss der DVfR „Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation für Kinder“ nimmt in seinem Positionspapier zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen und chronischen Krankheiten im Vorschulalter Stellung und thematisiert notwendige Leistungsbestandteile und ihre Organisation in einem regionalen Netzwerk.¹

In diesem Zusammenhang werden zwei wesentliche Probleme im Hinblick auf die künftige Gestaltung von Kindertagesstätten (Kitas) artikuliert:

1. Wie kann eine interdisziplinäre Förderung der Kinder mit entsprechendem Bedarf in Kitas gewährleistet werden? Diese Frage berührt die Strukturqualität (Personalbesetzung, Fachkräfte, Räumlichkeiten) sowie die Prozessqualität (konkrete Umsetzung und Kooperationsmöglichkeiten verschiedener Disziplinen).
2. Wie können die Leistungen eines interdisziplinären Teams unter Einschluss therapeutischer Fachberufe sowie therapeutische Leistungen leistungsrechtlich korrekt finanziert werden?

Der Fachausschuss der DVfR knüpft dabei an die Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom 16.03.2016 „Zur Implementierung und Ausgestaltung multiprofessioneller Teams und multiprofessionellen Arbeitens in Kindertageseinrichtungen“² und an die Expertise der DVfR „Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“ sowie das Positionspapier der DVfR „Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe“ (beide Februar 2016),³ an.

In Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss der DVfR „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heilmitteln“ wurden verschiedene Modelle der Leistungserbringung und der Finanzierung erörtert, die hiermit zur Diskussion gestellt werden. Dabei wird von folgenden Prämissen ausgegangen:

¹ Vgl. das Positionspapier der DVfR „Zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern“.

² Abrufbar unter <https://www.deutscher-verein.de/de/emp-fehlungen-stellungnahmen-2016-empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-im-plementierung-und-ausgestaltung-multiprofessioneller-teams-und-multiprofes-sionellen-arbeitens-in-kindertageseinrichtungen-2285,779,1000.html>.

³ Abrufbar unter <https://www.dvfr.de/arbeits-schwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/>.

- Jedes Kind mit einer (drohenden) Behinderung oder chronischer Krankheit soll die Leistungen erhalten, die es zu seiner Förderung benötigt.
- Durch die zunehmenden Betreuungszeiten der Kinder in Kitas sind diese in die Gestaltung der Förderung einzubeziehen.
- Nicht jede Kita kann jedes beliebige Förderangebot vorhalten, d. h. das Leistungsspektrum der Kitas sollte je nach aufgenommenen Kindern bedarfsgerecht variabel gestaltet werden können, insbesondere im Hinblick auf die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams.
- Auch Kindern mit Schwer- und Mehrfachbehinderung sollte ein inklusiver Kitabesuch ermöglicht werden.
- Die Förderung soll in enger Kooperation mit der Familie und ggf. auch zu deren Entlastung erfolgen.

II. Das interdisziplinäre Team der inklusiven Kita: Struktur- und Prozessqualitätsstandards

Der Deutsche Verein hat in seiner o. g. Empfehlung auf die Notwendigkeit multidisziplinärer Teams in Kitas hingewiesen, ohne diese jedoch im Detail genauer zu beschreiben (oder auch zu Fragen der Refinanzierung Stellung zu nehmen). Unstrittig gehören zu den Fachkräften von Kitas das Erziehungs-, Heilerziehungs- und Heilerziehungspflegerpersonal sowie Unterstützungskräfte mit geringerer Qualifikation, z. B. Erziehungshelferinnen und -helfer, Kinderpflegerinnen und -pfleger etc. In den meisten Qualitätsstandards sind auch Fachkräfte der Pflege, insbesondere Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenpflegekräfte und Krankenpflegehelferinnen und -helfer als Fachkräfte vorgesehen, vgl. z. B. das Kinderbildungsgesetz (KiBiz) Nordrhein-Westfalen. Die Aufnahme pflegerischer Fachkräfte in das Team ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Prävention sinnvoll, sondern erweist sich für die Versorgung mancher Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung im Vorschulalter sogar als erforderlich, z. B. bei Kindern mit Diabetes mellitus, Asthma, Hauterkrankungen, bei neurogenen Blasen- und Darmentleerungsstörungen, bei schwerer orofacialer Dysfunktion mit PEG⁴ etc. Sofern nur für einzelne Kinder spezifische und punktuelle notwendige Leistungen der Behandlungspflege benötigt werden, kann diese ggf. durch externe Pflegekräfte, z.B. aus einer Sozialstation, sichergestellt werden.

Sofern eine Kita auch Kinder mit (drohender) Behinderung betreut und je schwerwiegender die Teilhabeinschränkung ist, erfordert deren Förderung insbesondere in den Bereichen Fein- und Grobmotorik, Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens, der sprachlichen und ggf. technisch assistierten Kommunikation, der orofacialen Funktionen (Schlucken und Essen) sowie des Lernens und der Wissensanwendung therapeutische Expertise im Alltag. Pädagogische und heilpädagogische Qualifikationen sind hierfür oft nicht ausreichend. In diesen Fällen ist eine Behandlung erforderlich, die durch therapeutische Fachkräfte der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie durchgeführt werden muss. Eine therapeutische Behandlung – in Form von Einzeltherapien als Heilmittel maximal ein bis zweimal in der Woche je Disziplin (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) – reicht allerdings v. a. bei komplexen Behinderungen nicht aus, um Verbesserungen in den Körperfunktionen zu erzielen

⁴ Abkürzung für perkutane endoskopische Gastrostomie, d. h. eine Magensonde zur künstlichen Ernährung.

oder Erreichtes zu erhalten. In der Regel ist aber eine Steigerung der Frequenz der Heilmittel-erbringung nicht möglich und auch nicht zielführend. Vielmehr müssen Elemente aus der Behandlung in die alltäglichen Handlungsvollzüge integriert werden. Förderung kann also auch bedeuten, dass die in den Therapiesitzungen erarbeiteten Umgangsweisen und Handlungsstrategien durch andere Personen, die von therapeutischen Fachkräften mit ihrer speziellen Expertise angeleitet wurden, im Alltag fortgeführt werden. So werden z. B. auch Eltern im Sinne des Handling im Bobath-Konzept angeleitet, wie sie ihr Kind bei der Bewegungsanbahnung und -ausführung oder etwa bei der Nahrungsaufnahme bei orofacialer Dysfunktion etc. nachhaltig unterstützen können. Man kann diese Art der Unterstützung der Kinder auch als spezifischen Bestandteil der alltagsorientierten Förderung bezeichnen. Teilweise ist diese auch Gegenstand der Ausbildung in den Fachberufen z. B. der Heilpädagogik oder der Heilerziehungspflege.

Bislang wurde die Aufgabe der spezifischen alltagsorientierten Förderung bei Kindern mit Mehrfachbehinderung folgendermaßen gelöst:

Beispielsweise wurden die Eltern durch die therapeutischen Fachkräfte (und ggf. die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt) in solche spezifischen Fördermaßnahmen eingewiesen, z. B. im sog. Handling, in die Durchführung spezifischer Übungen (mehrfach täglich!), bei der Nahrungsaufnahme (spezielle Unterstützung im Sinne einer orofacialen Therapie bei jeder Nahrungsaufnahme), bei der Gestaltung, Anpassung und Nutzung der Hilfsmittel (Anlegen und Nutzung von Schienen, Korsetten, Sitzschalen, Stehgeräte, Laufhilfen), bei feinmotorischen Aktivitäten (Stifthalter, Umgestaltung von Spielmaterial, Nutzung spezieller Alltagshilfen etc.) oder bei der Pflege (Katheterismus, PEG-Versorgung etc.). Die Eltern haben, soweit möglich, diese speziellen Anweisungen im Alltag realisiert und entsprechende Informationen nach Möglichkeit an das Personal der Kita weitergegeben. Dieses war und ist jedoch oft nicht in der Lage, die Anweisungen durchzuführen oder umzusetzen. Das kann an einem zu geringen Zeitbudget liegen, aber auch an der Überforderung, den zahlreichen Förderbedarfen verschiedener Kinder mit unterschiedlichen Problemlagen gerecht zu werden, oder an mangelnder Qualifikation.

Die fachliche Kooperation innerhalb eines interdisziplinären Teams ist grundsätzlich besonders geeignet, auch bei schwierigen und komplexen Problemlagen eine Förderung auf fachlich hohem Niveau sicherzustellen. Allerdings spielte bisher die Bereitstellung von Leistungen eines interdisziplinären Teams einschließlich therapeutischer Leistungen als Heilmittel gemäß Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei einer Besuchsdauer der Kita von ca. zwei bis drei Stunden für die betroffenen Kinder so lange keine bedeutende Rolle, wie die Eltern den Hauptteil der Tagesgestaltung, Förderung und Organisation notwendiger therapeutischer Leistungen übernehmen konnten. Im Rahmen von durch verschiedene Faktoren bedingten verlängerten Kitabesuchszeiten ist dies jedoch in vielen Fällen nicht mehr möglich.

Benötigen Kinder sowohl spezielle therapeutische Leistungen als auch eine umfassende Förderung auch bei Alltagsverrichtungen während der Kitabesuchszeit, wurden und werden diese Kinder in der Kita häufig gar nicht erst aufgenommen. Diese Problematik verschärft sich erheblich, wenn es um einen ganztägigen Aufenthalt in der Kita geht: Hier ist die Durchführung der durchgängigen Förderung im Alltag in der Kita zwingend. Zudem entfällt oft die Möglichkeit für die Eltern, nach dem ganztägigen Kitabesuch noch eine Therapeutin oder einen Therapeuten aufzusuchen, wobei auch die Kinder in der Regel nach einem ganztägigen Kitabesuch Therapien am Abend meist nicht verkraften.

Aus diesen Gründen werden die Kinder mit einem solchen speziellen Förderbedarf im Alltag bislang meist in sog. Förderkitas betreut, die über ein interdisziplinäres Team mit speziell geschulten therapeutischen Fachkräften verfügen. So ist es dort üblich, dass diese als Mitarbeitende z. B. die Anpassung und Nutzung von Hilfsmitteln sicherstellen, das Essen unter Beachtung orofacialer therapeutischer Aspekte verabreichen, sich am Spiel der Kinder beteiligen, in der Gruppe dabei sind sowie nicht zuletzt auch das weitere Personal der Kita anleiten und jederzeit für deren Fragen zur Verfügung stehen. Damit ist therapeutische Kompetenz auch bei alltäglichen Verrichtungen gesichert, und die pädagogischen Mitarbeitenden können unmittelbar durch die therapeutischen Fachkräfte angeleitet bzw. supervidiert werden. Dies ermöglicht auch eine ganztägige Betreuung solcher Kinder in Kitas. Eine beliebige Delegation der speziellen therapeutischen Maßnahmen an Erzieherinnen und Erzieher ist aus den oben genannten Gründen fachlich meist nicht oder nicht vollständig oder nur mit einem erheblichen kontinuierlichen Schulungsaufwand möglich.

Dieser besondere andauernde und umfassende Therapie- und Förderbedarf betrifft nur eine relativ kleine Gruppe von Kindern, in der Regel mit Mehrfachbehinderungen, die allerdings bei der Gestaltung inklusiver Kitas nicht außer Acht bleiben darf. Nicht jede Kita wird solche Kinder aufnehmen können, so dass das Leistungsspektrum der einzelnen Kitas bedarfsgerecht variabel gestaltet werden sollte.

Aus den Darlegungen wird deutlich, dass therapeutische Fachkräfte durchaus nicht nur die Aufgabe der Durchführung von Einzeltherapien haben, sondern auch in die alltägliche fördernde Betreuung eingebunden sind. Kinder mit einem speziellen Förderbedarf benötigen therapeutische Fachkräfte als Mitglieder des interdisziplinären Teams.

Die DVfR fordert deshalb, dass grundsätzlich auch therapeutische Fachkräfte als reguläre Mitarbeitende mit besonderen Aufgaben (d. h. als besondere Fachkräfte) in Kitas anerkannt werden können (dies ist bisher nicht regelhaft der Fall, vgl. KiBiz NRW) und diese regelhaft in solchen Kitas beschäftigt werden, die Kinder mit einem speziellen Förderbedarf aufnehmen.

Auch wenn nicht immer ein solcher besonderer und umfassender Förderbedarf bei Kindern mit Behinderung besteht und auch Kinder mit leichten Beeinträchtigungen oder chronischen Krankheiten die Kita besuchen, ist es sinnvoll, dass die Therapeutinnen und Therapeuten, die Leistungen im Sinne der Heilmittel-Richtlinie erbringen, relevante Informationen in die Kita einbringen und die Mitarbeitenden sowie die Eltern beraten können. Dies gilt unabhängig davon, ob sie als Angestellte oder Externe tätig werden. Diese Fachkräfte sollten an der Erstellung bzw. Fortschreibung des Förderplans mitwirken und in die Arbeit der interdisziplinären Teams je nach Bedarf einbezogen werden. Der dafür benötigte Zeitaufwand ist durch die Kita zu vergüten (zur Finanzierung s. u.).

Die DVfR fordert deshalb als Element der Struktur- und Prozessqualität für inklusive Kitas die Sicherstellung der (den Eltern bei Ganztagesbetrieb nicht möglichen) notwendigen Behandlungen (Heilmittel) in der Kita und die konzeptionelle und organisatorische Einbindung der therapeutischen Fachkräfte in die interdisziplinäre Teamarbeit bei der Förderung im Alltag. Dazu gehört auch die Bereitstellung der dafür benötigten Ressourcen, sofern dafür bei den Kindern mit (drohender) Behinderung oder chronischer Erkrankung ein entsprechender Bedarf festgestellt ist.

Sie fordert ferner die Bereitstellung entsprechender Räumlichkeiten für therapeutische Leistungen im Sinne der Heilmittel-Richtlinie, um bei Bedarf auch eine Individualförderung durchführen zu können.

III. Finanzierung der Leistungen in interdisziplinären Teams von inklusiven Kitas

Zur Beantwortung der Frage nach einer leistungsrechtlich korrekten Finanzierung therapeutischer Leistungen sind aus Sicht der DVfR folgende Grundlagen zu beachten:

- Therapeutische und pflegerische Fachkräfte können als Mitglieder eines interdisziplinären Teams in Kitas tätig werden, auch ohne dass sie therapeutische Leistungen als Heilmittel nach § 32 SGB V oder pflegerische Leistungen nach § 37 SGB V erbringen. Sie können bei der allgemeinen Betreuung der Kinder, bei der speziellen Förderung oder bei pflegerischen Verrichtungen sowie für die Schulung des pädagogischen Personals eingesetzt werden.
- Fachkräfte der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie können in Kitas bei entsprechender beruflicher Qualifikation sowohl als Angestellte als auch als Externe therapeutische Leistungen als Heilmittel erbringen. Dazu sind die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des G-BA und die Rahmenverträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringerverbänden zu beachten. Eine ärztliche Verordnung ist dazu stets erforderlich. Für die Abrechnung dieser Leistungen ist eine Zulassung der Kita als Leistungserbringer nach § 124 Abs. 3 oder der therapeutischen Fachkräfte als Leistungserbringer nach § 124 Abs. 2,3 i. V. m. mit § 125 SGB V (sog. Praxen) notwendig.
- Pflegerische Fachkräfte können in Kitas bei entsprechender beruflicher Qualifikation der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege auch Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbringen. Dazu ist die Richtlinie Häusliche Krankenpflege des G-BA zu beachten. Zur Abrechnung ist eine Zulassung als Pflegedienst erforderlich. Stets ist dazu eine ärztliche Verordnung notwendig.
- Grundsätzlich können auch Leistungen der Frühförderung in Kitas erbracht werden. Diese unterliegen nicht der Heilmittel-Richtlinie.

Auf der Basis dieser Voraussetzungen bestehen grundsätzlich folgende Möglichkeiten der Finanzierung von interdisziplinären Teams:

1. Option: Das interdisziplinäre Team besteht aus angestellten Mitarbeitenden der Kita, ist vollständig im Kostensatz der Kita erfasst und wird von dem für die Kita zuständigen Sozialleistungsträger finanziert. Die Heilmittel-Richtlinie kommt nicht zur Anwendung.

Diese Option ermöglicht eine ganzheitliche und durchgängige Förderung der Kinder und stellt die vollständige Verwirklichung interdisziplinärer Teamarbeit bedarfsgerecht sicher. Dieses Konzept hat sich in Förderkitas seit Jahrzehnten bewährt, kann daher auch in inklusiven Kitas angewendet werden. Es bietet den Vorteil einer institutionell gewährleisteten interdisziplinären Zusammenarbeit und ermöglicht die Förderung aus einer Hand. Enge Absprachen im Team, gemeinsame Nutzung aller fachlichen Expertise und Integration aller Förderung in den Kitaalltag einschließlich therapeutischer Leistungen im engen Sinne (also Leistungen, die Heilmittel gemäß § 32 SGB V sein können) stellen optimale Voraussetzungen für die ganzheitliche Förderung dar. Mitglieder des Teams können (je nach Bedarf der Kinder) neben dem

Erziehungspersonal sein: Heilerzieherinnen und -erzieher, Heilerziehungspflegepersonal, andere Fachkräfte der sozialen Arbeit, Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden. Soweit die therapeutischen Fachkräfte dabei auch therapeutische Leistungen erbringen, ist es empfehlenswert, diese durch den behandelnden Arzt oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) anordnen bzw. zumindest empfehlen zu lassen. Eine Verordnung als Heilmittel hingegen wäre sodann nicht erforderlich.

Bei diesem Modell wird auf folgende Problematik hingewiesen:

- Das Modell sieht die Erbringung auch therapeutischer Leistungen im engen Sinne vor (im Rahmen eines Förderplans bzw. ärztlich angeordnet). Für diese ist leistungrechtlich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu ständig. Insofern wird die Finanzierung dieser Leistungen pauschal durch den Träger der Kinder- und Jugendhilfe als nicht sachgerecht angesehen.
- Die in der Kita beschäftigten Therapeutinnen und Therapeuten können ggf. den notwendigen Therapiebedarf von Kindern nicht immer decken, v. a. wenn dieser (ggf. zeitweilig) hoch ist, denn die Zahl der therapeutischen Fachkräfte ist naturgemäß begrenzt. Auch kann es sein, dass bei den angestellten therapeutischen Fachkräften nicht alle benötigten Qualifikationen vorhanden sind. Dann ist während des Kitabesuches die Inanspruchnahme weiterer Externer erforderlich, zumal eine solche außerhalb der Kita auch auf die oben beschriebenen familiären Grenzen stößt, v. a. bei einer Ganztagsbetreuung.

2. Option: Therapeutische Leistungen werden durch fest angestellte Mitglieder des interdisziplinären Teams der Kita als Heilmittel erbracht, sofern die Kita auf der Basis von §§ 124 / 125 SGB V von den Krankenkassen als Leistungserbringer zugelassen ist. In diesem Falle werden diese mit den Krankenkassen auf Grund der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abgerechnet und so dem Sozialleistungsträger direkt oder der Kita erstattet.

In diesem Modell wird die Kita bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen als Leistungserbringer für Heilmittel nach den §§ 124 und 125 SGB V zugelassen. Die rein therapeutischen Leistungen, welche die Anforderungen an die Heilmittelerbringung erfüllen und für die eine ärztliche Verordnung vorliegt, können mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Die pädagogischen, beraterischen und teambezogenen Leistungen von therapeutischen Fachkräften einschließlich der Beteiligung an der alltäglichen Förderung werden über den Kostensatz der Kita finanziert.

Diese Lösung hat den Vorteil, dass therapeutische Fachkräfte in das interdisziplinäre Team der Kita direkt eingebunden sind und auch bei der alltäglichen Förderung mitwirken können. Sie bietet alle Vorteile der Option 1. (s. o.). Zugleich kann die therapeutische Versorgung während der Kitabesuchszeit gewährleistet werden. Dies ist insbesondere dann möglich, wenn die erzielten Erlöse dazu genutzt werden, die Zahl der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zu erhöhen, um eine weitgehend vollständige Versorgung der Kinder mit therapeutischen Leistungen während der Kitabesuchszeit zu ermöglichen. Eine Ergänzung durch zusätzlich in der Kita behandelnde externe therapeutische Fachkräfte oder eine

Frühförderstelle (s. u.) bleibt unberührt.⁵ Eine Beteiligung der GKV an der Finanzierung der therapeutischen Leistungen ist durch dieses Modell sichergestellt. Allerdings muss der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin bereit sein, die entsprechenden Verordnungen auszustellen. Teilweise wurden Erfahrungen berichtet, dass dies nicht generell gewährleistet ist.

Bei dieser Lösungsoption wird folgendes Problem gesehen: Die Entgelte für den Kitabesuch sollten ausreichend sein, um auch therapeutische Fachkräfte beschäftigen zu können, und insbesondere die förder-, team- und alltagsbezogenen Tätigkeitsanteile berücksichtigen. Dies ist derzeit nicht überall der Fall.

Nicht selten wird nämlich von Seiten der für die Kitas zuständigen Sozialleistungsträger erwartet, dass sich die Tätigkeiten von therapeutischen Fachkräften vollständig aus den Vergütungen refinanzieren lassen, welche die Krankenkassen für die Heilmittelerbringung zahlen. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass eine auch nur annähernd vollständige Refinanzierung aus diesen Vergütungen nicht möglich ist. Das liegt zum einen daran, dass die therapeutischen Fachkräfte nicht wie in einer Praxis eine Einzeltherapie nach der anderen durchführen können, also die Zahl der Leistungen je Tag beschränkt bleibt. Dies hat organisatorische und praktische Gründe, da die Leistungen in den Kitaalltag eingepasst werden müssen und dabei die Abläufe in der Kita zu berücksichtigen sind. Zum anderen sind die im Rahmen der Verträge nach §§ 124 und 125 SGB V verhandelten Vergütungen in der Regel niedriger als die für niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten in Praxen, und ermöglichen auch bei hoher Zahl von Leistungseinheiten je Tag keine auch nur annähernd kostendeckende Refinanzierung. Hinzu kommt, dass in diesen Vergütungen nicht sämtliche Anteile von Teamarbeit, Information und Beratung von Erzieherinnen und Erziehern, Eltern etc. mit abgegolten sind.⁶

Aus diesem Grund muss eine ausreichende Grundfinanzierung der therapeutischen Fachkräfte in Kitas sichergestellt sein. Es bestehen Zweifel, ob diesem Sachverhalt in allen länderspezifischen Regelungen ausreichend Rechnung getragen wird. Entsprechende Bedenken werden z. B. von Träger- und Betroffenenseite aus dem Rheinland berichtet.

Aus Sicht der DVfR sollten deshalb in solchen Kitas, die Kinder mit umfangreichem Therapie- und Förderbedarf betreuen, zu dessen Deckung therapeutische Expertise benötigt wird, entsprechende Stellenanteile im Entgelt von vornherein eingeplant werden.

Aus Sicht der DVfR ist dieses Modell sehr gut geeignet, den Therapie- und Förderbedarf von Kindern mit umfassenden Beeinträchtigungen bei sachgerechter Finanzierung sicherzustellen.

Hierzu liegen entsprechende Erfahrungen z. B. aus Rheinland-Pfalz vor, wo dieses Modell an Förderschulen bereits erfolgreich praktiziert und für die Kitas angestrebt wird.

⁵ Vgl. auch Sozialgericht Nürnberg, Urteil v. 20.07.2017, Az. S 20 SO 18/14.

⁶ Vgl. dazu die Expertise der DVfR zur teilhabeorientierten Heilmittelerbringung, abrufbar unter <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr>.

3. Option: Die therapeutischen Leistungen werden durch Mitarbeitende externer Praxen erbracht, die mit der Kita eine Kooperationsvereinbarung schließen. Sie erhalten für teambezogene, beraterische und pädagogische Anteile ihrer Tätigkeit ein mit der Kita vereinbartes Entgelt.

Dieses Modell ist bislang nur wenig verbreitet. Es nutzt die Möglichkeit der Leistungserbringung in besonderen Einrichtungen außerhalb der therapeutischen Praxis, welche die Heilmittel-Richtlinie des G-BA vorsieht. Es ermöglicht eine, wenngleich begrenzte Mitwirkung der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten an der Verwirklichung der Förderziele der Kita und die Koordination der verschiedenen Angebote. Dieses Modell hat zudem den Vorteil, dass die Zahl der therapeutischen Leistungen nicht durch den Stellenplan limitiert wird.

Bei diesem Modell werden folgende Probleme gesehen:

- Das Modell hat den Nachteil, dass ein interdisziplinäres Team so nicht zustande kommt und von den therapeutischen Fachkräften keine alltägliche Förderung durchgeführt werden kann. Ihre Tätigkeit beschränkt sich ausschließlich auf die einzelne verordnete therapeutische Leistung. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist oft schwierig, da die Therapeutin bzw. der Therapeut mobil sein muss und eine Hausbesuchspauschale in der Regel über die Verordnung nicht abgerechnet werden kann.⁷
- Dieses Modell ermöglicht nur dann eine bedarfsgerechte Versorgung mit therapeutischen Leistungen (nicht im Hinblick auf Förderung im Alltag unter Nutzung therapeutischer Expertise), wenn die Therapeutinnen und Therapeuten aus den Praxen in die Teamarbeit soweit wie möglich einbezogen werden und Informations- und Beratungsarbeit zusätzlich durch die Kita vergütet werden. Dazu muss ein entsprechender Etat aus dem Kita-Entgelt zur Verfügung stehen. Ein entsprechendes Modell ist z. B. aus den Förderschulen in Hessen bekannt, in dem die therapeutischen Fachkräfte auf der Grundlage einer landesweiten Vereinbarung zusätzliche Leistungen (Beratung, Teilnahme an Förderkonferenzen etc.) mit dem Schulträger abrechnen können.
- Bislang ist die Finanzierung der Leistungen der therapeutischen Fachkräfte, soweit es sich nicht um Heilmittel handelt, nicht durchgängig sichergestellt.
- Der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin muss bereit sein, die entsprechenden Verordnungen auszustellen. Teilweise wurden Erfahrungen berichtet, dass dies nicht generell gewährleistet ist.

Aus Sicht der DVfR ist ein solches Modell vor allem für solche Kinder geeignet, bei denen ein eher punktueller Therapiebedarf besteht und kein komplexer Versorgungs- und Förderbedarf. Die genannte Finanzierungsform ist dann sachgerecht.

⁷ In manchen Bundesländern ist eine finanzielle Entschädigung für die Behandlung in einer Einrichtung in Form eines Zusatzes zum Entgelt für eine einzelne Leistungseinheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt.

4. Option: Die therapeutischen Leistungen werden von niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten in der Kita als Einzelleistung ohne weitere Kooperationsvereinbarung erbracht.

Dieses Modell wird häufig angewendet, da es für den Kostenträger der Kita keinerlei Verpflichtungen beinhaltet, außer dass ein entsprechender Raum zur Verfügung gestellt werden muss (vgl. dazu § 11 Abs. 2 Heilmittel-Richtlinie). Die Versorgung mit therapeutischen Leistungen kann für das einzelne Kind in der tagesstrukturierenden Einrichtung sichergestellt werden, wobei aufgrund der nicht vorgesehenen Vergütung des Hausbesuchs bei der Therapie in Einrichtungen diese Maßnahme gerade bei einzelnen Kindern mit Therapiebedarf in integrativen Einrichtungen unterfinanziert ist und daher von den Therapiepraxen nicht sichergestellt werden kann.

Bei diesem Modell werden folgende Nachteile gesehen:

- Eine interdisziplinäre Arbeit ist mit diesem Modell nicht möglich. Komplexe Bedarfe von Kindern können so nicht ausreichend gedeckt werden.
- Es besteht sogar die Gefahr, dass Förderung und Therapie nicht aufeinander abgestimmt sind und in der Kitaarbeit die notwendige therapeutische Expertise bei der Alltagsförderung fehlt.
- Der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin muss bereit sein, die entsprechenden Verordnungen auszustellen. Teilweise wurden Erfahrungen berichtet, dass dies nicht generell gewährleistet ist.

Aus Sicht der DVfR sollte dieses Modell nur dann zur Anwendung kommen, wenn es sich um isolierte oder punktuelle oder vorübergehende Bedarfe an therapeutischen Leistungen handelt. Für Kinder mit komplexem und interdisziplinärem Förderbedarf ist es nicht geeignet. Es kann auch dann zur Anwendung kommen, wenn eine Therapeutin oder ein Therapeut über besondere Fachkenntnisse verfügt oder die Eltern und das Kind mit der betreffenden Fachkraft besonders gut, ggf. langjährig zusammenarbeiten und man diese Zusammenarbeit auch in der Kita nutzen möchte.

5. Option: Die therapeutischen Leistungen werden in der Kita durch eine Frühförderstelle (in einigen Bundesländern auch durch ein SPZ) erbracht und über die dafür gültigen Vergütungssätze abgerechnet.

Dieses Modell hat sich in der Praxis vielfach bewährt, da das Angebot der Frühförderstellen primär familienorientiert und so die Kooperation mit der Familie (oftmals auch durch Hausbesuche) gewährleistet ist. Dies ist z. B. besonders für Kinder wichtig, die krankheits- oder behinderungsbedingt häufige Fehlzeiten in Kitas haben. Die Frühförderstellen arbeiten dabei eng nicht nur mit den Familien, sondern auch mit den Teams der Kitas zusammen und sind auf Grund der dort vorhandenen Qualifikationen in der Lage, therapeutische und heilpädagogische Expertise in die Kitas einzubringen. Sie können insbesondere auch die Fachberatung der Kitas übernehmen. Dafür gibt es bereits zahlreiche Beispiele. Die Förderpläne werden abgestimmt und die Familie einbezogen, insbesondere dann, wenn auch Hausfrühförderung stattfindet, etwa bei einem nur halbtägigen Kitabesuch.

Die Vergütungssätze der Frühförderstellen sind so zu gestalten, dass sie eine solche Leistungserbringung zulassen (einschließlich der Beratungsleistungen für das Kitateam und damit einen Wissenstransfer).

Nach Auffassung der DVfR ist es eindeutig und rechtlich geboten, dass neben der allgemeinen Förderung durch eine Kita Leistungen der Frühförderstelle zu erbringen sind, sofern für das Kind und seine Familie ein entsprechender Bedarf festgestellt wurde. Diese Leistungen können in der Familie, der Frühförderstelle oder in der Kita erbracht werden. Der Bedarf wird durch die Frühförderstelle zu Beginn erhoben, ggf. in Kooperation mit der jeweiligen Kita (vgl. § 46 SGB IX und Frühförderungsverordnung). Im Förder- und Behandlungsplan wird dann festgelegt, welche Leistung durch die jeweilige Einrichtung erbracht werden kann bzw. zu erbringen ist. So können Leistungen der Frühförderstellen und der Kitas optimal aufeinander abgestimmt werden.

6. Option: Eltern übernehmen selbst die Verantwortung für die Organisation der therapeutischen Versorgung und suchen die Frühförderstellen, therapeutischen Praxen oder das SPZ (im Zuge einer Überweisung) in eigener Initiative auf.

Manche Familien bevorzugen die eigenständige Auswahl, Organisation und Koordination der verschiedenen therapeutischen Leistungen und Förderleistungen. In diesem Fall erbringen die therapeutischen Fachkräfte ihre Leistungen primär ohne organisatorische Ein- oder Anbindung an eine Kita. Eine Kooperation zwischen Kita und Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen kann durch die Eltern ermöglicht werden oder im Rahmen punktueller Zusammenarbeit stattfinden.

Dies hat den Vorteil, dass die Therapie entweder in der Praxis oder im häuslichen Umfeld des Kindes stattfindet und die Eltern eng in die Therapie eingebunden werden.

Als Nachteil wird gesehen, dass die Kooperation zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Kita nicht unmittelbar erfolgen kann.

Ferner muss der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin bereit sein, die entsprechenden Verordnungen auszustellen. Teilweise wurden Erfahrungen berichtet, dass dies nicht generell gewährleistet sei.

Schließlich muss die Familie (ggf. unterstützt) in der Lage sein, diese Möglichkeit angesichts von Hürden (z. B. Informationsdefizite, sprachliche Barrieren) tatsächlich in Anspruch zu nehmen.

7. Option (Hamburger Variante): Therapeutische Leistungen werden durch nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen erbracht, die ein mit den interdisziplinären Frühförderstellen vergleichbares interdisziplinäres Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum haben.

Der mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) neu gefasste § 46 Abs. 2 SGB IX ermöglicht ausdrücklich die Erbringung von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nicht nur durch interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren, sondern auch durch andere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. Diese Regelung ist auf Initiative Hamburgs

erfolgt, um integrative Kitas unter bestimmten Bedingungen als Frühförderstellen anerkennen zu können.

Die DVfR hat sich gegen diese Regelungen ausgesprochen, denn bereits nach bislang geltendem Recht konnten Einrichtungen, auch die Träger von Kitas, einen Vertrag mit den Rehabilitationsträgern zur Erbringung von Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung abschließen; sie sind dann interdisziplinäre Frühförderstellen nach dem SGB IX. Vor diesem Hintergrund wird bei einem neuen Einrichtungstyp die Gefahr gesehen, dass weder die Qualitätsstandards, die interdisziplinären Frühförderstellen auszeichnen, noch die umfassende Bedarfserhebung gewährleistet ist, welche die interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung leisten. Zudem wird kritisiert, dass die „anderen Einrichtungen“ (möglicherweise) nicht familienorientiert arbeiten und zudem die Wahlfreiheit der betroffenen Familien hinsichtlich des Orts der Leistungserbringung einschränken.

Wird in der Praxis hingegen eine Frühförderstelle in unmittelbarer Nähe zu einer Kita etabliert (etwa im Rahmen eines „Familienzentrums“), lassen sich durchaus die unter der 6. Option formulierten Vorteile ausmachen.

IV. Zusammenfassung

Die DVfR spricht sich dafür aus, dass inklusive Kitas, die Kinder mit (drohender) Behinderung oder chronischer Erkrankung betreuen, stets bedarfsgerecht therapeutische Expertise in einem interdisziplinären Team vorhalten und dass die Versorgung mit therapeutischen Leistungen im Kitasetting angeboten wird. Dies sollte konzeptionell als Bestandteil der Struktur- und Prozessqualität festgeschrieben werden. Die korrekte leistungsrechtliche Zuordnung hängt vom jeweils gewählten Modell ab. Ein Beitrag zur Refinanzierung therapeutischer Leistungen in Kitas durch die GKV ist leistungsrechtlich möglich, setzt aber entweder eine ärztliche Verordnung und die Beachtung der Heilmittel-Richtlinie oder aber eine Leistung der Frühförderung voraus. Für die interdisziplinäre Förderung sowie die Koordinationsleistungen als auch für die Gewährleistung der Umsetzung von Behandlungs-, Förder- und Teilhabeplänen sind die Kitas durch die öffentliche Hand mit den entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten. Die Steuerung des gesamten Leistungsgeschehens erfolgt durch eine umfassende Bedarfsermittlung (in der Regel der Förder- und Behandlungsplan) und ist am individuellen Bedarf des Kindes zu orientieren.

V. Zur pflegerischen Versorgung in Kitas

Zum interdisziplinären Team einer Kita sollen auch Pflegekräfte gehören. Sie können notwendig sein, wenn Kinder einen besonderen Pflegebedarf, insbesondere an Behandlungspflege aufweisen. Des Weiteren leisten die Pflegekräfte als Gesundheitsfachkräfte präventive Aufgaben. Zugleich können auch pädagogische Fachkräfte nach Einweisung im Rahmen eines Behandlungspflegeplans für einzelne Kinder behandlungspflegerische Leistungen erbringen, wenn dies im Teilhabeinteresse notwendig ist und Pflegekräfte nicht zur Verfügung stehen. Ferner besteht die Möglichkeit, behandlungspflegerische Leistungen, soweit sie nicht zu den einfachen Pflegeleistungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehören, auf ärztliche Verordnung als häusliche Krankenpflege durch zugelassene Pflegedienste in der Kita erbringen zu lassen.

Die DVfR weist diesbezüglich darauf hin, dass insbesondere für die Betreuung von Kindern mit Behinderung bzw. mit chronischer Erkrankung, die z. B. regelmäßig Injektionen benötigen, sowie in der präventiven Funktion eine sachgerechte Einbindung der Pflege erforderlich ist.

Heidelberg, August 2019

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Dr. Tomas Steffens

Leiter des Fachausschusses „Interdisziplinäre
Entwicklungsförderung und Rehabilitation für
Kinder“

Diese Stellungnahme wurde im Fachausschuss „Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation für Kinder“ als Anlage zur Stellungnahme „Zur interdisziplinären Teilhabe-sicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern – Positionspapier der DVfR“ erarbeitet und vom Hauptvorstand der DVfR am 27. Juni 2019 beschlossen.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: sekretariat@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.