



Nach bald 4 Jahren Landesrahmenempfehlung stellt die FW folgendes fest:

1. NRW liegt mit der Umsetzung dessen, was der Gesetzgeber mit §30 SGBIX Komplexleistung Frühförderung gemeint hat, bundesweit vorne. Zuletzt bestätigt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung Frau Kühn-Mengel, die in Gütersloh die IFF besuchte. Das ist ganz sicher den gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten zu verdanken.

2. Da die Landesrahmenempfehlung zwar die Voraussetzungen für eine IFF und den Ablauf verschiedener Behandlungen sowie das Antrags- und Entscheidungsverfahren beschreibt, aber zur Klärung der Kostenteilung auf die örtliche Ebene verweist, kommt dem (Muster-) Vertrag die entscheidende Bedeutung im operativen Geschäft zu.

Das Engagement mit dem die FW die jahrelangen örtlichen Verhandlungen in den Pilotregionen unterstützt hat, sollte im Einvernehmen mit den KK-Verbänden dazu führen, dass die in den ausgewählten Kommunen erzielten Abschlüsse Signalwirkung auf die weiteren Verhandlungen hätten. Inzwischen wird die Komplexleistung Frühförderung in 12 Kreisen und kreisfreien Städten, in 22 anerkannten Interdisziplinären Frühförderstellen, erbracht und in ca. 10 Kommunen finden derzeit Verhandlungen statt. Im rheinländischen Landesteil sind in 2008 zwei IFF-Verträge abgeschlossen worden und nur eine anerkannte IFF ist neu gestartet. Nach bald vier Jahren Landesrahmenempfehlung ist uns dies zuwenig!

3. Es gibt einige fachliche und leistungsrechtliche Probleme und Umsetzungsprobleme, die einer Lösung zugeführt werden müssen:

a. Ein Leistungsrechtliches Problem:

Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage haben **privatversicherte Personen keinen gesetzlichen Leistungsanspruch** auf Komplexleistung Frühförderung.

Hier ist der Bundesgesetzgeber gefragt.

b. Fachliche und leistungsrechtliche Probleme:

Es ist seinerzeit nicht gelungen, das **offene Beratungsangebot** als Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung in der Landesrahmenempfehlung zu verankern. Dadurch entstehen für Eltern hohe Zugangs-, Beratungs- und Informationshürden. Das es keinen niedrighschwelligen Zugang gibt, trifft insbesondere sozialschwache Familien. Dies ist problematisch vor dem Hintergrund, dass entwicklungsverzögerte Kinder nicht selten aus sozial schwachen Familien kommen.

Des Weiteren sind **umfeldbezogene Leistungen** zuwenig oder überhaupt nicht Gegenstand der Leistungen und Vergütungen. Gemeint sind z.B. Beratungsleistungen in Kindertageseinrichtungen, die behinderte Kinder betreuen, niedrighschwellige Information und Beratung, Netzwerkarbeit etc, also

Leistungen, die zu einer wirksamen sozialraumorientierten Hilfe für behinderte und von Behinderung bedrohten Kindern dazu gehören,

Gemäß §3 der Frühförderverordnung und § 7 der Landesrahmenempfehlung NRW werden die Leistungen der IFF in ambulanter, einschließlich **mobiler, Form** erbracht. Der Gesetzgeber und die beteiligten Akteure in NRW waren und sind sich also einig, dass die Förder- und Therapieleistungen 1. in mobiler Form erbracht werden können, 2. in mobiler Form erbracht werden müssen, wenn nach fallspezifischer Notwendigkeit dies geboten erscheint. Entscheidend ist der Förder- und Behandlungsplan, auf dessen Grundlage der zuständige Rehabilitationsträger über den Antrag auf Komplexleistung entscheidet.

Was sind aber die Kriterien, die zu einer „fallspezifischen Notwendigkeit“ führen? Unstrittig wird sein, dass die Leistung an das Kind bzw. die Eltern gebracht werden muss. Wo dies aus geografischen, verkehrstechnischen und sozialen Gründen gefährdet ist, z.B. Flächenkreise, muss im Einzelfall die Leistungsabgabe in mobiler Form erfolgen.

Sinnvoller Weise wird die mobile Form auch gewählt, wenn dies die am besten geeignete Form ist mit der die Reha-Ziele erreicht werden können. Ob, wann und warum die mobile Form die am besten geeignete ist, hierüber scheint noch ein tiefer gehender fachlicher Austausch erfolgen zu müssen zwischen den Frühförderfachleuten und den Reha-Trägern.

c. Umsetzungsprobleme

Sowohl Kommunen als auch Träger von Frühförderstellen verhalten sich nach wie vor zurückhaltend, wenn es darum geht Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages zur Erbringung von Komplexleistung aufzunehmen.

Manche Kommunen sehen ihr Haushaltsbudget gefährdet, nach dem Motto: Komplexleistung wird für uns teurer.

Manche Leistungserbringer befürchten eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation aufgrund schwer einzuschätzender Fallzahlen und unklarer Modalitäten bei den Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern.

Die Befürchtungen sind nachzuvollziehen, sie können aber reduziert werden durch Informationen zur Kostenentwicklung, durch die Konkretisierung und einheitliche Anwendung der Verabredungen im Mustervertrag und unter Einbeziehung des Mehrwertes, den alle Beteiligten von der Leistungsform Komplexleistung erwarten.

Zur **Kostenentwicklung**:

So kann es natürlich sein, dass Kommunen, die bislang die Frühförderung nicht auf der Basis der gesetzlichen Vorgabe des alten §93 BSHG bzw. des nun auch schon einige Jahre geltenden §75 SGB XII erbringen, sondern Pauschalverträge mit Anbietern abgeschlossen haben mit einer den Zugang steuernden Deckelung, höhere Aufwendungen haben werden. Dies liegt dann aber nicht an der Komplexleistung, sondern an der Bedarfsdeckenden Hilfe im Einzelfall, die der Zugang der Komplexleistung ermöglicht.

Auch ist es natürlich bei einer Kostenbetrachtung der Kommunen erforderlich, bislang „verdeckte Kosten“, z.B. Kosten für Ärzte des Gesundheitsamtes, die z.T. die Diagnostik übernehmen, mit zu berücksichtigen.

Auf der anderen Seite muss der Leistungserbringer bei der personenbezogenen Finanzierung seine Leistungs- und Kostenstrukturen stärker auch unter wirtschaftlichen und wettbewerblichen Gesichtspunkten ausrichten. Aber auch dies ist keine Erfindung der Komplexleistung, sondern ergibt sich aus den Regelungen des SGB XII.

Aufgrund fehlender Daten, lassen sich bislang aber **keine validen Aussagen zur realen Kostenentwicklung einschl. deren Gründen nennen.**

Zur **einheitlichen Anwendung des Mustervertrages:**

Vertreter der Krankenkassen haben am „Runden Tisch“ Frühförderung betont, dass sie nach wie vor zu den getroffenen Vereinbarungen stehen und die Regelungen des Mustervertrags anwenden. Dies begrüßen wir.

Leider müssen wir aber auch feststellen, dass in den örtlichen Verhandlungen abweichend Regelungen getroffen werden:

Beispiele:

1. Die Landesrahmenempfehlung, die in § 13 klar formuliert, dass „Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Leistungserbringer die Komplexleistung *mit dem für die Entscheidung zuständigen Rehabilitationsträger* direkt abrechnen... Der für die Entscheidung zuständigen Rehabilitationsträger ist der Sozialhilfeträger.
Analog zum § 13 der Landesrahmenempfehlung wurde die Rechnungsstellung in den Verträgen der Pilotregionen Dortmund und Gütersloh sowie weiteren Standorten in Westfalen Lippe vereinbart. Insbesondere im Rheinland und mit zunehmender Tendenz leider auch in Westfalen muss die kindbezogene Einzelabrechnung an den Sozialhilfeträger und an die jeweilige KK gerichtet werden, so dass der Verwaltungsaufwand für die IFF, bei doppelter Rechnungsstellung deutlich höher ist.
Dies führt zu einer uneinheitlichen Abrechnungspraxis in NRW.
2. Zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung sieht die Landesrahmenempfehlung in § 4 die Möglichkeit von Kooperationen, z.B. mit Ärzten und/ oder Therapeuten vor. Explizit ist geregelt, dass die über Kooperationsverträge beschäftigten Fachkräfte in die Arbeitsabläufe der IFF einzubeziehen sind und regelmäßig an Team- und Fallbesprechungen teilnehmen müssen; Art und Umfang ist in Kooperationsverträgen festzulegen. Mittlerweile gibt es aber von Seiten der KK-Verbände unterschiedliche Aussagen zur Durchführung von Kooperationen, die zur Verunsicherung der Leistungsanbieter und -empfänger führen. Was in der einen IFF möglich ist, soll in einer anderen nicht möglich sein. Während in einer IFF alle Fachdisziplinen mit Präsenzzeiten vertreten sein müssen, werden die Kinder in einer anderen IFF zur Diagnostik ins Gesundheitsamt geschickt oder zu Arzt- und Therapeutenpraxen wobei das aus unserer Sicht möglich sein sollte, wenn die externen Fachkräfte in die Arbeitsabläufe, Teamsitzungen etc. so eingebunden sind, dass die Interdisziplinarität sichergestellt ist und den Familien z.B. eine einstündige Fahrt erspart werden kann.
Es muss nur transparent sein, was geht und was nicht – und mit den Pilotabschlüssen hatte die FW mit den Rehabilitationsträgern schon einmal

Lösungen gefunden..

Es mehren sich also die Anzeichen dafür, dass die IFF je nach konkreten, auch finanziellen Gegebenheiten vor Ort und unter uneinheitlichen Förderungsbedingungen erfolgt.

D.h., das oben skizzierte aufwendige und langwierige Verfahren, was zu einer Einheitlichkeit in den strukturellen Voraussetzungen und in den Prozessabläufen für die Komplexleistung Frühförderung führen sollte, droht inzwischen zunehmend ausgehöhlt zu werden. Damit schwindet die Transparenz für die betroffenen Kinder und Familien, für Leistungserbringer und für die politisch Verantwortlichen.

Eine weitere bedeutsame Konsequenz aus uneinheitlichen Förderungsbedingungen ist, dass sie die Gefahr bergen, dass es für die betroffenen Kinder und ihre Familien darauf ankommt, wo sie in NRW aufwachsen, wenn es darum geht ihren Anspruch auf Komplexleistung Frühförderung erfüllt zu bekommen. Der Schaffung von ungleichen Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und deren Teilhabemöglichkeiten in NRW muss entgegen gewirkt werden.

Die Landesrahmenempfehlung sieht in § 16 ausdrücklich vor, dass **die Wirkungen der Landesrahmenempfehlung nach zwei Jahren einer Überprüfung unterzogen werden.**

Die Vertragspartner begrüßen es, wenn das Land NRW die Evaluation der Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung unterstützt.

Inzwischen sind bald vier Jahre vergangen. Die FW setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass das Land und die Rehabilitations-träger gemeinsam mit der FW sich auf eine Evaluation analog § 16 der Landesrahmenempfehlung verständigen. Die Freie Wohlfahrtspflege hat eine entsprechende Projektskizze dem Land und den Rehabilitationsträgern vorgelegt und eine AG Evaluation mit den Kommunalen SPV und KK-Verbänden verabredet. All diese Bemühungen sollten vom Land durch finanzielle Unterstützung deutlich gefördert werden.

Die aus der Evaluation der Interdisziplinären Frühförderstellen stammenden Ergebnisse sollten in eine Fortschreibung der gesetzlichen Grundlagen auf der Landesebene (ggf. auch Bundesebene) einfließen.

04.12.2008