

Stellungnahme vom 07.07.2007
zur Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung des § 2
der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung
in Schleswig-Holstein

Die Landesrahmenvereinbarung des Landes Schleswig-Holstein zeichnet sich durch eine deutlich spürbare Trennung medizinisch-therapeutischer Leitungen von heilpädagogischen Leistungen aus. In vielen Formulierungen wird deutlich, dass der klassischen heilpädagogischen Frühförderung die medizinisch-therapeutischen Leistungen „angehängt“ werden, ohne diese tatsächlich miteinander zu verweben und an den inhaltlichen Anforderungen des Klientels von Frühförderzentren und sozialpädiatrischen Zentren anzupassen.

Dieses Klientel wird in der Präambel schärfer definiert als in der gesetzlichen Grundlage. In Schleswig-Holstein reicht eine (drohende) Behinderung nicht aus, hier muss eine *wesentliche* Behinderung vorliegen oder drohen. Eine Definition dieser Spezifizierung wird nicht gegeben. Es wird jedoch gleich in der Präambel herausgestellt, dass das Ziel die Selbstständigkeit und gleichberechtigte Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ist und die hierfür notwendige Förderung ganzheitlich und innerhalb des sozialen Umfeldes erfolgen soll. Entgegen des Gedankens, die Komplexleistung sei eine hochgradig interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen scheint es in Schleswig-Holstein auszureichen, wenn die verschiedenen Fachleute aufeinander abgestimmt arbeiten bzw. von einer Stelle koordiniert werden.

Dabei wird wie üblich die parallele Versorgung mit Heilmitteln global ausgeschlossen, ohne zu spezifizieren, dass dies nur für Heilmittel gilt, die auch in der Frühförderung erbracht werden. Heilmittel, die dort nicht stattfinden, können sehr wohl ambulant verordnet werden.

Interdisziplinäre Frühförderung wird als familienorientiert und wohnortnah definiert. Dies kann bedeuten, dass Eltern mit weiterem Anfahrtsweg ihr Kind in kooperierenden Praxen nahe des Wohnortes versorgen lassen können.

In den §§ 7, 8 und 9 tut sich eine seltsam anmutende Hierarchie von heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen auf: In der Eingangsdiagnostik ist eine heilpädagogische Fachkraft unbedingt hinzuzuziehen, wohingegen nichtärztliche Therapeuten *bei Bedarf* hinzugezogen werden *können*. Die hier vorenthaltene Wertschätzung für die

Fachkompetenz der medizinisch-therapeutischen Disziplinen stellt den Charakter interdisziplinärer Diagnostik in Frage und geht an der Zielsetzung der Gesetzgeber vorbei.

Nach der o.g. Eingrenzung des Klientels wundert es sehr, dass in § 10 (2) eine Therapiefrequenz von einmal, höchstens zweimal pro Woche vorgegeben wird. Zum einen sollte die Entscheidung über die Häufigkeit bestimmter Leistungen individuell im Rahmen des Förder- und Behandlungsplanes getroffen werden, zum anderen ist inzwischen durch zahlreiche Studien belegt, dass die Therapiefrequenz ein entscheidender Faktor der Wirksamkeit einer Behandlung ist. Dies in einer Landesrahmenvereinbarung auf diese Weise festzulegen entbehrt jeder fachlichen Grundlage. Missverständlich ist zusätzlich die Formulierung, die Therapieeinheit könne Ergo-, Sprach- *oder* Physiotherapie sein. Dies kann so ausgelegt werden, dass nur eines der Heilmittel zum Einsatz kommen kann, womit die Interdisziplinarität völlig ausgehebelt wäre.

In der spannenden Frage der Kostenübernahme zeigt sich der Graben zwischen den einzelnen Leistungsarten am deutlichsten: Die gesetzlichen Krankenkassen sehen sich ausschließlich für medizinisch-therapeutische Leistungen und Anträge aus sozialpädiatrischen Zentren zuständig und überlassen den gesamten heilpädagogischen Bereich den Sozialhilfeträgern.

Die definierten Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrisches Zentren zeigen, dass regelmäßige Team- und Fallbesprechungen ebenso finanziert werden müssen wie Zeiten der Dokumentation, Qualitätsentwicklung, Diagnostik etc.

Hinsichtlich der personellen Anforderungen werden eindeutig festangestellte Fachkräfte präferiert, wobei die Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten ausdrücklich eingeräumt wird (§12 (2)). Für den medizinisch-therapeutischen Bereich werden mindestens drei fachliche Leiter vorgeschrieben. Dies impliziert je eine fachliche Leitung aus dem Bereich Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Dem Status einer fachlichen Leitung ist im Rahmen der Dotierung dieser Stelle Rechnung zu tragen. Sollte dies durch externe Kooperationspartner abgedeckt werden, so muss sich dieser Status auch hier in der Vergütung wiederfinden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein die gleichwertige Zusammenarbeit medizinisch-therapeutischer und heilpädagogischer Fachkräfte nicht adäquat formuliert. Beide Bereiche werden in vielerlei Hinsicht nicht im Sinne der Komplexleistung zusammengeführt und jenseits fachlicher Ansprüche geregelt. Es bleibt offen, ob die hohen personellen Anforderungen durch die Frühförderzentren finanziert werden können.

Sebastian Brenner
Bundesangestelltenkommission (BAK)