

Frühförderung

Grundlagen, Musterverträge, dbi-Position

Informationsbroschüre der Bundesangestelltenkommission (BAK)

Stand: Dezember 2010

Bearbeiter:

© Sebastian Brenner, B.A.; Logopäde/Lehrlogopäde (dbi); brenner@dbi-ev.de

Herausgeber:



Deutscher Bundesverband
für Logopädie (dbi) e.V.
Augustinusstraße 11 a
50226 Frechen

Tel.: 0 22 34.37 95 30
Fax: 0 22 34.37 95 313

E-Mail: info@dbi-ev.de
Internet: www.dbi-ev.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abkürzungen.....	2
Einleitung.....	3
Definition und Abgrenzung.....	4
Gesetzliche Grundlagen – Übersicht.....	7
Frühförderung.....	8
Logopädie und Frühförderung.....	9
Umsetzung in den Ländern.....	15
Stellungnahme und Positionierung.....	16
Literaturverzeichnis.....	19
Anhang:	
1. SGB IX, § 30.....	20
2. Frühförder-Verordnung.....	21
3. dbl-Mustervertrag.....	25

Abkürzungen

BAK	Bundesangestelltenkommission
BFK	Bundesfreiberuflerkommission
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
FF	Frühförderung
FFZ	Frühförderzentrum
FrühV	Frühförder-Verordnung
HM	Heilmittel
HMR	Heilmittel-Richtlinien
HP	Heilpädagogik bzw. heilpädagogisch
HPL	Heilpädagogische Leistungen
IFF	Interdisziplinäre Frühförderung
LRE	Landesrahmenempfehlungen
LRV	Landesrahmenvereinbarung
MT	medizinisch-therapeutisch
MTL	medizinisch-therapeutische Leistungen
SF	Sprachförderung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
VIFF	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.

Einleitung

In Deutschland gab es über einen langen Zeitraum regional sehr unterschiedliche Formen der Versorgung behinderter Kinder, die den Namen „Frühförderung“ trugen. Bis in die 90er Jahre hinein gab es ein Spektrum unterschiedlicher Versorgungsarten, das von ausschließlich heilpädagogischer Frühförderung bis hin zu interdisziplinärer Frühförderung reichte, wo neben heilpädagogischen Fachkräften auch Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen einbezogen wurden.

Erst Ende der 90er Jahre erkannte auch der Gesetzgeber die Vorteile eines interdisziplinären Angebotes zur Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und bezog die Frühförderung in das Sozialgesetzbuch (SGB) IX ein, das sich dem Thema „Rehabilitation und Teilhabe“ widmet. 2001 wurde ein „neues“ SGB IX verabschiedet, das nun der Frühförderung einen gesetzlichen Rahmen sowie Rechtssicherheit gibt. Das Gesetz legt fest, dass im Rahmen von Frühförderung eine Komplexleistung angeboten werden soll, die heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen umfasst.

Ergänzend zum SGB IX wurde 2003 seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Frühförderverordnung (FrühV) erlassen, die die Vorgaben des SGB IX präzisiert und vertieft. Offen bleibt in beiden Gesetzestexten die Umsetzung in den Bundesländern, so dass sich auf Länderebene sehr unterschiedliche Umsetzungen finden lassen, die von einer Rahmenempfehlung über eine Vereinbarung bis hin zum Vertrag reichen. Die Regelungen auf Länderebene betreffen vor allem die Finanzierung der Komplexleistung, an der sich sowohl die Krankenkassen als auch die örtlichen Sozialhilfeträger beteiligen.

Des Weiteren ist den gesetzlichen Regelungen keine Abgrenzung zu benachbarten Versorgungsformen (z.B. ambulante Heilmittelversorgung, Sprachförderung, etc.) zu entnehmen, was u.U. bei den Beteiligten im Bereich Frühförderung zu Verunsicherung oder Irritation führen kann, wenn es darum geht, zu entscheiden, welche Leistung erforderlich ist und welche nicht.

Da die Komplexleistung vorsieht, medizinisch-therapeutische Leistungen einzubeziehen, eröffnet sich im Bereich der Frühförderung ein Arbeitsfeld für die Logopädie – besonders dort, wo zuvor ausschließlich heilpädagogische Frühförderung angeboten wurde.

Für Logopäden, die im Rahmen der Frühförderung tätig sind bzw. werden wollen oder aber mit Frühförderung in Berührung kommen, obwohl sie in anderen Bereichen tätig sind, soll diese Broschüre inhaltliche und berufspolitische Orientierung und Argumentationshilfe sein.

Definition und Abgrenzung

Interdisziplinäre Frühförderung ist ein System professioneller und institutionalisierter Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Kindergartenalter, die behindert oder entwicklungsauffällig sind, sowie für deren Eltern und Familien. Die Zuständigkeit der Frühförderstellen endet mit der Einschulung, anders als bei Sozialpädiatrischen Zentren, die für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren zuständig sind (vgl. VIFF 2003).

In der „**Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung**“ werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Dies findet seinen Ausdruck in der interdisziplinären Diagnostik sowie in dem gemeinsam verantworteten und mit den Eltern des Kindes abgestimmten **Förder- und Behandlungsplan** und dessen praktischer Umsetzung. Die Zusammenführung der Leistungen und deren fortlaufende fachliche und organisatorische Koordination ist eine über die Summe der Einzelleistungen hinausgehende besondere Leistung. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

In zahlreichen Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen werden in Deutschland jährlich rund 400.000 Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, drohenden Entwicklungsstörungen und Behinderungen betreut und behandelt. Neben frühzeitiger umfassender interdisziplinärer Diagnostik erhalten sie in diesen Einrichtungen therapeutische, heilpädagogische und psychologische Hilfen für ihre Entwicklung und Teilhabe am sozialen Leben, verbunden mit kooperativer Beratung, Anleitung und Stützung der Eltern bzw. Bezugspersonen.

In einem **interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz** arbeiten die in diesen Einrichtungen tätigen Fachgruppen zusammen, um die Voraussetzungen für eine bestmögliche Entwicklung der betroffenen Kinder zu schaffen und um zu einer würdigen Lebensgestaltung der Familien beizutragen.

In der gesundheits- und sozialpolitischen Landschaft sind Sozialpädiatrische Zentren und Interdisziplinäre Frühförderstellen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene etabliert. Sie sind von ihren Arbeitskonzepten her **einzigartig in Europa** und werden von den Bürgerinnen und Bürgern, besonders von den betroffenen Familien selbst, geschätzt, anerkannt und als unverzichtbar angesehen.

Die Institutionen arbeiten komplementär, d.h. sie passen ihre Angebote jeweils den individuellen Erfordernissen des Kindes und seiner Familie an und koordinieren sie entsprechend. Der Bedarf sowohl an Sozialpädiatrischen Zentren als auch an Interdisziplinären Frühförderstellen ist nach wie vor gegeben.

Sozialpädiatrische Zentren sind klinisch ambulante Einrichtungen für einen größeren Einzugsbereich und notwendigerweise personell differenziert ausgestattet. Sie stehen unter **ärztlicher Leitung**. Die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren stellt eine Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbetreuung dar. Niedergelassene Ärzte überweisen die wegen Krankheiten oder Entwicklungsbeeinträchtigungen zu behandelnden Kinder und Jugendlichen in Sozialpädiatrische Zentren. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt nach entsprechend differenzierter Diagnostik im Kontext des sozialen Umfeldes, einschließlich der Beratung und Anleitung der Bezugspersonen. Die Arbeit wird von den Gesetzlichen Krankenkassen und teilweise auch von Sozialhilfeträgern finanziert. Das Team der Sozialpädiatrischen Zentren (Kinderärzte, Diplom-Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Heil- und Sozialpädagogen) arbeitet nach dem Prinzip des „Querschnittdenkens“ und der **Vernetzung** mit allen Fachkräften und Einrichtungen der Früherkennung, Frühförderung, Therapie und Rehabilitation und mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens zusammen. Das **Arbeitskonzept** umfasst ärztliche Maßnahmen (Diagnostik und Therapie), psychologisch-diagnostische und psychotherapeutische Maßnahmen sowie nichtärztliche, aber ärztlich verordnete und koordinierte, sozialpädiatrisch ausgerichtete heil- und sonderpädagogische Maßnahmen und Therapieverfahren, die als **untrennbare Einheit** verstanden werden. Des Weiteren sind Krankheitsfrüherkennung und -behandlung einerseits, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Integration andererseits hier optimal integriert. Kinder und Jugendliche können von Geburt **bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres** dort behandelt und rehabilitativ versorgt werden.

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe Einrichtungen, die im Rahmen eines interdisziplinären und ganzheitlichen Arbeitskonzepts nach dem Prinzip der Rechtzeitigkeit umfassende Hilfen anbieten. Diese Hilfen richten sich an Familien von Kindern mit Entwicklungsstörungen und -gefährdungen sowie drohenden Entwicklungsbeeinträchtigungen und aus körperlichen Schädigungen resultierenden Behinderungen.

Interdisziplinäre Frühförderstellen arbeiten sowohl mobil als auch ambulant und versorgen Säuglinge, Kleinkinder und Kinder **bis zum Schuleintritt**.

Hauptaufgaben der Frühförderstellen sind eine interdisziplinär konzipierte Eingangs-, Begleit- und Verlaufsdiagnostik, heilpädagogische und therapeutische Hilfen sowie eine alltagsstützende Zusammenarbeit mit den Familien der, von Behinderung bedrohten bzw. behinderten Kinder. Außerdem kooperieren sie im Sinne eines koordinierten Arbeitskonzepts mit anderen Einrichtungen und Fachpersonen, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, insbesondere aber auch mit Kinderkrippen und Kindergärten und - zur Vorbereitung der Aufnahme der Kinder - mit den Schulen.

Die Arbeit der Interdisziplinären Frühförderstellen beschränkt sich nicht auf Kinder mit eindeutigen medizinischen Diagnosen, sondern bezieht sich auf alle Formen von Entwicklungsgefährdungen, weil eine gesicherte Prognose des Entwicklungsverlaufs in der frühen Kindheit auch bei gering erscheinenden Entwicklungsproblemen nicht möglich ist. Auch soziale Gefährdungen des Kindes sowie Unsicherheiten der Eltern im Umgang mit dem Kind können Anlass genug sein, die Hilfen der Interdisziplinären Frühförderstellen als „offene Anlaufstellen“ in Anspruch zu nehmen.

Das Team der Interdisziplinären Frühförderstellen besteht in der Regel aus Fachkräften verschiedener Berufsgruppen, (Heil-)Pädagogen, Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Kinderärzten sowie Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden. Dort, wo im Team nicht alle Berufsgruppen repräsentiert sind, geschieht die Zusammenarbeit mit Externen auf der Grundlage eines gemeinsam abgestimmten und verantworteten Arbeitskonzepts im Sinne der **Komplexleistung Frühförderung**. In diesem Rahmen erfolgt auch die Koordinierung der Tätigkeit Interdisziplinärer Frühförderstellen mit Sozialpädiatrischen Zentren und niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Frühförderung gehört zum System der medizinischen Rehabilitation und unterscheidet sich damit von der Therapie im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung und gehört folglich nicht zum Geltungsbereich der Heilmittel-Richtlinien.

Aufgrund der begrifflichen Ähnlichkeit wird Frühförderung häufig mit Sprachförderung verwechselt. Dabei sind beide Bereiche aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten unterscheidbar. Das Bildungssystem ist für die Maßnahmen zur Sprachförderung und das Gesundheitssystem für die Maßnahmen im Bereich der Frühförderung zuständig (s. Abb.1).

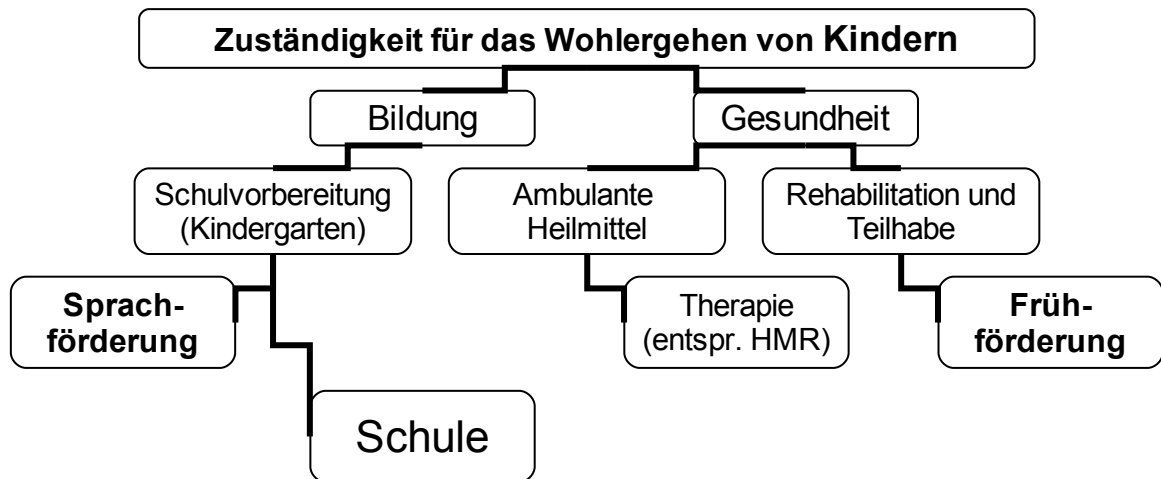


Abb 1: Zuständigkeiten des Bildungs- und Gesundheitswesens

Gesetzliche Grundlagen – Übersicht

Rund um das System „Frühförderung“ sind eine Vielzahl von Gesetzestexten relevant, auf die sich die Arbeit stützt. Die betreffenden Gesetze sind hier im Überblick dargestellt:

SGB XII	§§ 53 ff.	Eingliederungshilfe für Behinderte, Rechtsgrundlage für die Arbeit der Interdisziplinären Frühförderstellen
SGB V	§ 11 Abs. 2	Anspruchsgrundlage für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
	§§ 119, 43 a	SPZ
SGB I	§ 10	Teilhabe behinderter Menschen
	§ 29	Leistungen zur Rehabilitation
SGB IX	§ 3	Vorrang von Prävention
	§ 5	Leistungsgruppen
	§ 6	Rehabilitationsträger
	§ 26	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
	§ 30	Früherkennung und Frühförderung
	§ 55	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
	§ 56 Abs. 2	Komplexleistung
FrühV	§ 57	Förderung der Verständigung
	§ 2	Früherkennung und Frühförderung
	§ 3	Interdisziplinäre Frühförderstellen
	§ 4	SPZ
	§ 5	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
	§ 7	Förder- und Behandlungsplan

Frühförderung

Die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Früherkennung/Frühförderung gestaltet sich nach den Regelungen der Frühförderverordnung, wobei die Leistungen in folgender **Reihenfolge** erbracht werden

1. Verordnung von interdisziplinärer Diagnostik im Sozialpädiatrischen Zentrum oder Frühförderzentrum durch einen Vertragsarzt
2. Interdisziplinäre Diagnostik in einem Sozialpädiatrischen Zentrum unter ärztlicher Leitung oder Interdisziplinäre Diagnostik in einem Frühförderzentrum unter ärztlicher Verantwortung (Kooperationsarzt)
3. Ergebnis der Diagnostik:
 - a) Frühförderbedarf
 - b) Kein Frühförderbedarf
 - c) Andere Empfehlung

Im Falle von Frühförderbedarf wird ein Förder- und Behandlungsplan vom zuständigen Arzt und der pädagogischen Fachkraft erstellt, der folgende Angaben enthält:

- Diagnosestellung nach ICD 10;
 - relevante anamnestische Daten;
 - wesentliche Befunde;
 - Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Funktionen und Ressourcen;
 - Auflistung der nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Förder- und Behandlungsangebote für das Kind unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen mit Angabe von Art, wöchentlicher Frequenz, Förder- und Behandlungszeitraum, erforderlichen Hilfen und Hilfsmitteln, Behandlungs-/Förderort (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum);
 - Festlegung eines individuellen Gesamtzieles sowie individueller fachspezifischer Förder- und Behandlungsziele;
 - Besonderheiten bei der Umsetzung des Förder- und Behandlungsplans.
4. Antrag auf Leistungen bei einem Rehabilitationsträger (Krankenkasse oder Sozialhilfeträger) auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes

5. Unterrichtung des jeweils anderen Rehabilitationsträgers durch den Rehabilitationsträger, bei dem die Leistung beantragt wurde
6. Abstimmung der Rehabilitationsträger untereinander und Entscheidung innerhalb von zwei Wochen durch einen Bescheid eines Rehabilitationsträgers mit Bindungswirkung für den anderen. In der Regel: Frühförderzentrum = Sozialhilfe, Sozialpädiatrisches Zentrum = GKV
7. Förderung und Behandlung in einem Sozialpädiatrischem Zentrum oder einem Frühförderzentrum
8. Fortlaufende Anpassung des Förder- und Behandlungsplanes

Nach spätestens zwölf Monaten ist eine erneute Diagnostik durchzuführen und ein aktualisierter Förder- und Behandlungsplan aufzustellen.

Logopädie und Frühförderung

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Bei der Umsetzung der gesetzlichen Richtlinien ist für Logopäden vor allem interessant, inwieweit Frühförderung mit der **ambulanten Heilmittelversorgung** vereinbar ist bzw. wo beide Bereiche voneinander abgegrenzt werden müssen. Im Allgemeinen gilt: Niedergelassene Heilmittelerbringer dürfen auf folgender Grundlage neben oder im Rahmen von Frühförderung tätig werden (vgl. VIFF 2003):

- Logopädische Therapie kann gleichzeitig mit Leistungen der Frühförderung erbracht werden, wenn diese nicht im Rahmen der Frühförderung geleistet wird.
- Erhält ein Kind logopädische Therapie in der Frühfördereinrichtung, benötigt aber außerdem aufgrund einer weiteren Diagnose logopädische Therapie, kann diese unabhängig von der Behandlung im Rahmen der Frühförderung ambulant erbracht werden (Beispiel: Das Kind bekommt im Rahmen der Frühförderung eine orofaziale Regulationstherapie und wird gleichzeitig wegen einer phonologischen Störung ambulant behandelt).
- Kann eine Frühfördereinrichtung die notwendige Therapie nicht erbringen, obwohl diese im Behandlungsplan vorgesehen ist, kann eine niedergelassene Therapeutin diese Therapie übernehmen.
- Wird im Behandlungsplan lediglich eine Empfehlung zu logopädischer Therapie ausgesprochen, wird diese im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung erbracht.
- Therapeutische Leistungen, die bereits von der Frühfördereinrichtung erbracht werden, dürfen nicht zusätzlich als Heilmittel verordnet werden.

Es besteht für freiberufliche Logopäden als Praxisinhaber die Möglichkeit, mit der Frühförderereinrichtung einen **Kooperations- bzw. einen Versorgungsvertrag** abzuschließen (dbl-Mustervertrag siehe Anhang). Hierbei werden Art und Umfang der logopädischen Leistungen definiert und festgelegt, inklusive der spezifischen Anforderungen in der Frühförderung, z.B. Zeiten zur Aufstellung des Behandlungsplanes, Teambesprechungen etc. Außerdem wird eine entsprechende Vergütung vereinbart, die seitens der Frühförderereinrichtung an die Praxis bezahlt wird. Die Refinanzierung dieser Kosten erfolgt dann über den jeweiligen Kostenträger, der für die Frühförderung insgesamt aufkommt. Dies liegt im Zuständigkeitsbereich der Frühförderereinrichtung.

Modelle zur Kooperation

Für die **Einbindung externer Fachkräfte** in das Team einer Interdisziplinären Frühförderstelle sind unterschiedliche Modelle verbindlicher und vertraglich vereinbarter Kooperation möglich (vgl. Müller-Fehling 2003):

- Kooperation mehrerer benachbarter Interdisziplinärer Frühförderstellen, was ggf. die Stelle von Logopäden einer Frühförderereinrichtung sichern kann, indem durch die Betreuung einer weiteren Frühförderereinrichtung die Auslastung optimiert wird.
- Kooperation einer oder mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum mit den gleichen Effekten, d.h. ggf. Stellen zu sichern.
- Interdisziplinäre Frühförderstelle angebunden an ein Sozialpädiatrisches Zentrum mit entsprechend höherem Personalschlüssel.
- Kooperation mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem festen Pool von Kinderärzten und Therapeuten, wobei niedergelassene Logopäden sich ihren Platz in dem jeweiligen Therapeutenpool sichern können.
- Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitsamt, Abteilung Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, bei dem z.T. auch Logopädinnen und Logopäden anzutreffen sind.
- Kooperation mit einzelnen niedergelassenen Kinderärzten und Therapeuten auf der Grundlage von individuellen Vereinbarungen niedergelassener Logopäden mit jeweils einer Frühförderereinrichtung.

Vertragsgestaltung: Freie Praxis - Frühfördereinrichtung

In den **Kooperationsverträgen** muss – entsprechend dem jeweiligen Profil der Interdisziplinären Frühförderstelle – folgendes **verbindlich geregelt** sein:

- Modalitäten (inkl. Vergütung) der praktischen Durchführung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Früherkennung und Frühdiagnostik,
- Modalitäten (inkl. Vergütung) der Erarbeitung der Förder- und Behandlungspläne,
- Organisation der Umsetzung der Verlaufs- und Kontrolldiagnostik,
- Modalitäten (inkl. Vergütung) der Dokumentation und wechselseitigen Information,
- Beteiligung an Teamsitzungen und Fallbesprechungen,
- Supervision und Fortbildung,
- Beteiligung an der Qualitätsentwicklung und Evaluation.

Die **Preisgestaltung** muss sich vernünftiger Weise an den Kosten orientieren, die dem behandelnden Logopäden tatsächlich entstehen. Dies entspricht nicht nur dem Betrag, den der Logopäde in gleicher Zeit in eigener Praxis erwirtschaftet hätte, sondern bezieht auch die in Abwesenheit des Logopäden weiterlaufenden Kosten für Miete, Strom, etc. sowie anfallende Fahrtkosten und Zeitaufwand mit ein. Hier sollte man nicht allzu knapp kalkulieren, da in der Regel einmal getroffene Preisabsprachen nur schwer nach oben korrigiert werden können. Hinzu kommt, dass eine schlecht verhandelte Vergütung oft auch die Verhandlungen in der Region beeinflusst und zur maßgeblichen Verhandlungsbasis wird.

Sind der Vertrag und die Vergütung zwischen Logopäden und der Frühfördereinrichtung gut verhandelt, sollten keine negativen wirtschaftlichen Konsequenzen entstehen. Ggf. kann seitens der kooperierenden Praxis die Anschaffung eines Dienstfahrzeuges zur Diskussion stehen sowie die Schaffung einer weiteren Stelle in der Praxis, die mit spezialisierten oder sich spezialisierenden Logopäden besetzt wird.

Bei Kooperation mit mehreren Einrichtungen in der Umgebung kann dies durchaus lohnend sein, da für diese Kollegen in der Praxis keine Räumlichkeiten vorgehalten werden müssen.

Sofern die betreffende Frühfördereinrichtung die logopädischen Therapieleistungen nicht selbst im vorgesehenen Umfang erbringen kann, besteht ggf. die Möglichkeit, diese seitens niedergelassener Logopäden **in der eigenen Praxis** anzubieten. Auch in diesem Falle sollte ein Kooperationsvertrag abgeschlossen werden, falls die Vergütung nicht über eine Kassenverordnung abgewickelt wird - was möglich ist -, sondern die Frühförder-

einrichtung die therapeutische Leistung von der Praxis „einkauft“. Allerdings sollten in diesem Falle Aspekte wie Hin- und Rücktransport etc. geklärt werden.

Möglichkeiten für Angestellte

Kann oder möchte keine logopädische Praxis in der Umgebung mit der Frühfördereinrichtung eine Kooperation eingehen, können auch Angestellte in logopädischen Praxen oder anderen Einrichtungen im Rahmen einer **freiberuflichen Nebentätigkeit** eine Frühfördereinrichtung betreuen und z.B. Beratungsangebote für Eltern und Angehörige betroffener Kinder in Zusammenarbeit mit der Frühförderstelle anbieten sowie im Rahmen eines gewissen Stundenumfanges diagnostisch und therapeutisch tätig werden. Hier sind die entsprechenden steuerlichen Pflichten des Arbeitnehmers zu beachten sowie die arbeitsrechtlich korrekte Abwicklung gegenüber dem Arbeitgeber. Dieser muss sich in der Regel mit der Nebentätigkeit des Angestellten schriftlich einverstanden erklären. Dieses Einverständnis kann gewissen Bedingungen unterliegen, z.B. dass der Arbeitnehmer nicht in Konkurrenz zum Arbeitgeber tätig werden darf etc.

Modalitäten der Zusammenarbeit

Die **Zusammenarbeit** zwischen Frühfördereinrichtungen und niedergelassenen Logopäden bedeutet für beide Seiten die Einhaltung gewisser Kriterien. Eine Frühfördereinrichtung muss folgenden **Anforderungen an die Leistungserbringung** gerecht werden (vgl. Müller-Fehling 2003):

- Vorhaltung der personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung
- Sicherstellung der mobilen und/oder ambulanten Förderung und Behandlung des Kindes sowie der Begleitung der Eltern und Familie
- Durchführung regelmäßiger Team- und Fallbesprechungen
- Kooperation mit anderen das Kind betreffende Einrichtungen
- Mitwirkung beim Übergang des Kindes in eine andere Einrichtung (Kindertagesstätte, Schule, Krankenhaus ..)
- Leistungsdokumentation
- Übereinstimmung der Konzeption der Interdisziplinären Frühförderstelle mit den Zielen der zu erbringenden Leistungen und Anpassung an veränderte Standards
- Evaluation und Qualitätsentwicklung
- Personalentwicklung
- Öffentlichkeitsarbeit

Dieser Leistungskatalog stellt eine Verpflichtung dar, die logopädische Versorgung im Rahmen der Frühförderung zu gewährleisten, sei es durch angestellte Logopäden oder aber mittels Kooperationsverträgen durch freie Praxen.

Logopädische Leistungen

Spezifisch **logopädische Aufgaben** bestehen in der Unterstützung und Förderung von Kommunikationsbereitschaft und -kompetenz des Kindes sowie seinen Ausdrucksmöglichkeiten (Müller-Fehling 2003). Dabei ist es wesentlich, das Interesse des Kindes an Kommunikation zu wecken, es zur Kommunikation zu ermutigen und dafür Sorge zu tragen, die neu erlernten Kompetenzen in unterschiedlichen Situationen (in der Einrichtung und zuhause) mit unterschiedlichen Spiel- und Gesprächspartnern auszuprobieren.

Der logopädische Aufgabenkatalog kann folgende Punkte umfassen:

- Logopädische Eingangs- und Begleitdiagnostik des frühen Kindesalters
- Feststellung der Kommunikationsmöglichkeiten in der Lebenswelt des Kindes
- Logopädische Therapie mit dem Kind, insbesondere auch sprachvorbereitende und sprachunterstützende Maßnahmen
- Funktionelle Hilfen für Atmung, Essen/Trinken sowie Sprechatmung und Artikulation
- Planung und Vermittlung lautspracheretzender und lautsprachbegleitender Kommunikationshilfen
- Arbeit mit der Familie im Hinblick auf kommunikationsfördernde Lebensbedingungen
- Mitwirkung an der Erarbeitung des Förderkonzepts und Ausarbeitung der logopädischen Anteile
- Begleitende Abstimmung der fachlichen Arbeit mit den anderen an der Förderung beteiligten Fachkräften
- Kompetenztransfer
- Dokumentation und deren Einbindung in die interdisziplinäre Evaluation

Diesen Anforderungen können Logopäden bestmöglich nachkommen, wenn auch die **persönliche Qualifikation** den Erfordernissen entspricht. Insbesondere sind relevant (vgl. Müller-Fehling 2003):

- Kenntnisse und Fähigkeiten zur individuellen Hilfsmittelversorgung und zur Anpassung von Spielzeug, Werkzeug, Kleidung und räumlichem Umfeld des Kindes.

- Kenntnisse entwicklungsdiagnostischer Beobachtungs- und Prüfverfahren und Fähigkeiten ihrer kindgerechten Anwendung.
- Fähigkeit des Kompetenztransfers.
- Kompetenzen in der sachgerechten Dokumentation, Evaluation und Vermittlung von Vorgehensweisen und Ergebnissen.
- Differenzierte Kenntnisse der funktionell-anatomischen, neurophysiologischen, neuropsychologischen und artikulatorischen Grundlagen des Sprechens und der Sprache.
- Differenzierte Kenntnisse der emotionalen, kommunikativen und kognitiven Bedingungen des Spracherwerbs.
- Differenzierte Kenntnisse zur Entstehung der Voraussetzungen des Spracherwerbs im sensumotorischen Handeln und der Eigenaktivität im tonischen Dialog des Kindes.
- Differenzierte Kenntnisse von Theorien der Sprachentwicklung, in denen die Eigenaktivität des Kindes eine besondere Bedeutung hat.
- Kenntnisse präverbaler und nicht-verbaler Kommunikationsmöglichkeiten.
- Kenntnisse psycholinguistischer Theorien.
- Differenzierte Kenntnisse der Entwicklung von Sprechen und Sprache und deren Störungen.
- Kenntnisse von Störungsbildern, die zu Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache führen können.
- Differenzierte Kenntnisse von Konzepten sprachvorbereitender, sprachanbahnender, sprachtherapeutischer und lautsprachbegleitender Förderung von Kindern mit Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Sprechens und der Sprache.
- Kompetenzen in der kindgerechten und alltagsorientierten Anwendung funktioneller Hilfen bei Atmung und Essen/Trinken sowie in der Anwendung von Techniken und Methoden der Sprachförderung und –therapie.
- Kompetenzen in der freien und standardisierten Überprüfung der Sprech- und Sprachentwicklung im Rahmen einer interdisziplinären Förderdiagnostik.
- Kompetenzen in der kindgemäßen Anwendung von Techniken unterstützter Kommunikation.
- Kompetenzen in der Erkundung und Schaffung kommunikationsfördernder Alltagsbedingungen und der Beratung der Familie des Kindes im Hinblick auf die Schaffung sprachanregender Alltagssituationen.

Umsetzung in den Ländern

SGB IX und FrühV sind nach wie vor nicht in allen Bundesländern umgesetzt. Die folgende Tabelle stellt den Status zum Zeitpunkt der letzten Überarbeitung dieser Broschüre als Überblick dar. Aktuelle und ausführlichere Informationen finden Sie auf der Homepage des dbI (www.dbI-ev.de → (linke Spalte:) Fachinformationen → Beruf und Recht → (rechte Spalte:) Sonstiges → Frühförderung).

Bundesland	Landesrahmenempfehlung	dbI-Stellungnahme
Baden-Württemberg	Nicht bekannt	Keine
Bayern	In Kraft seit 01.08.2006	Verfasst am 07.11.2007
Berlin	In Kraft seit 01.10.2005	Verfasst am 24.04.2006
Brandenburg	Unterzeichnet am 30.07.2007	Keine
Bremen	Nicht bekannt	Keine
Hamburg	In Kraft seit 01.05.2005	Keine
Hessen	In Kraft seit 01.01.2006	Verfasst am 28.05.2006
Mecklenburg-Vorpommern	In Kraft seit 01.05.2005	Keine
Niedersachsen	Nicht bekannt	Keine
Nordrhein-Westfalen	In Kraft seit 01.04.2005	Verfasst am 27.07.2005
Rheinland-Pfalz	Nicht bekannt	Keine
Saarland	In Kraft seit 01.04.2006	Verfasst am 14.07.2006
Sachsen	In Kraft seit 01.10.2005	Keine
Sachsen-Anhalt	In Kraft seit 01.06.2007	Verfasst am 12.09.2007
Schleswig-Holstein	In Kraft seit 01.04.2007	Verfasst am 07.07.2007
Thüringen	Nicht bekannt	Keine

Stellungnahme und Positionierung

Die Zusammenarbeit von Logopäden mit Ärzten, Therapiezentren jeder Art sowie Einrichtungen, in denen Menschen, die von einer Sprachbehinderung betroffen sind, betreut werden, ist in jeder beruflichen Situation (angestellt und/oder freiberuflich) sinnvoll und wünschenswert. Nicht nur im Bereich der Frühförderung bemüht sich der dbl, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Vertragspartnern zu erleichtern und zu professionalisieren.

Die Rolle der Logopädie im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland zu stärken ist dabei vorrangiges Ziel - nicht als Selbstzweck, sondern als unabdingbare Notwendigkeit mit dem Ziel einer unbürokratischen, flächendeckenden und qualifizierten Versorgung von Patienten mit Sprech-, Sprach-, Stimm- und Schluckstörungen.

Der ordnungsrechtliche Rahmen, der mit der Einführung von Komplexeleistungen geschaffen wird, ist geeignet, die unterschiedlichsten Regelungen zur Gestaltung und Finanzierung „Früher Hilfen“ überschaubarer zu machen und alle Leistungen, die zur Früherkennung, Behandlung und Frühförderung von Kindern notwendig sind, zu erfassen, auf der Basis fachlicher Kriterien zu beschreiben und auf eine finanziell gesicherte Grundlage zu stellen (vgl. DGSJ et al 2003). Diesen Regelungen in der praktischen Umsetzung Rechnung zu tragen, ist die große Herausforderung für alle, am System Frühförderung beteiligten Personen, Disziplinen, Behörden und Verbände.

Im Rahmen der Förderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder ist die **Logopädie eines der wichtigsten Standbeine**. Die Logopädie deckt neben allen Möglichkeiten der Kommunikationstherapie außerdem grundlegende und lebenswichtige Bereiche (Nahrungsaufnahme, Atemfunktion, etc.) ab. Dabei erfüllt die Behandlung durch Logopäden **nicht nur therapeutische Anforderungen**, sondern sie enthält eine Fülle von pädagogischen und erzieherischen Anteilen, denen Logopäden dank ihrer breit gefächerten Ausbildung und der individuell gegebenen Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern hervorragend gewachsen sind. Das Kommunikationsverhalten eines Menschen zu verändern und zu beeinflussen bedeutet, ein Verhaltensmuster zu verändern und zu beeinflussen. In diesem Punkt unterscheidet sich die Logopädie von denjenigen therapeutischen Disziplinen, die auch ohne das Zutun eines Patienten therapeutisch am Patienten arbeiten können. Logopädische Therapie bedeutet immer **Interaktion und Motivation**.

Die Grenze zwischen medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Inhalten ist fließend. Auf keines dieser Tätigkeitsmerkmale kann im System Frühförderung verzichtet werden.

Daher ist die Diskussion um die **Definition der Leistungsart** (medizinisch-therapeutisch oder heilpädagogisch), die vor allem von den potentiellen Kostenträgern geführt wird, um die Verantwortung der Finanzierung abzugeben, aus Sicht des dbl wenig konstruktiv und kann zu keinem Ergebnis im Sinne der Patienten führen.

Vielmehr sollten die Verantwortlichen sich vermehrt der Herausforderung stellen, die im Gesetzestext geforderte Einigung zu erzielen und die Mehreinnahmen aus den gesundheitspolitischen Veränderungen der letzten Zeit dort zu investieren, wo diese Investition sich auch sozio-ökonomisch wieder auszahlen wird.

Erhält ein Patient die Möglichkeit, zu einem frühen Zeitpunkt, bestenfalls präventiv, in den Genuss therapeutischer Diagnostik, Behandlung und Beratung zu kommen, wird dies zur Vermeidung von langen Behandlungsverläufen, schwerwiegenderen Diagnosen und damit zur **Einsparung von Kosten** führen. Außerdem wird dem Patienten von vornherein eine **höhere Lebensqualität** geboten.

Natürlich kann dies nur auf der Grundlage qualifizierter Therapieangebote gelingen. Hier sind die ärztlichen und nichtärztlichen Leiter von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühfördereinrichtungen, deren Mitarbeiter, kooperierende Therapeuten und alle, die in das System Frühförderung integriert sind, gefragt. **Qualitätssicherung** muss auf hohem Niveau betrieben werden. Materielle Ausstattungsmerkmale müssen definiert und zur Verfügung gestellt werden. Aufgaben, die für die Peripherie der Behandlung unerlässlich sind, müssen genauso finanziert werden wie die eigentliche Therapie am Patienten selbst.

Der Gesetzgeber hat die interdisziplinären Frühförderstellen dem System der medizinischen Rehabilitation zugeordnet. Dies lässt den Schluss zu, dass einzig die Krankenkassen kostenpflichtig sind, was eine Erweiterung des Leistungskataloges der Krankenkassen darstellt. Diese nehmen dies nicht ohne weiteres hin und bemühen sich, die Definition auf heilpädagogische Leistungen zu beschränken und damit die alternativen Kostenträger in die Pflicht zu nehmen.

Daraus resultiert eine **Verknappung der Ressourcen**, die bereits dazu geführt hat, dass Frühförderstellen vereinzelt ihre personellen Kapazitäten einschränken mussten und Therapeuten, also auch Logopäden, entließen. Therapiefrequenzen und diagnostischer Aufwand mussten eingeschränkt werden, worunter die Qualität der Arbeit leidet.

Die beste Möglichkeit einer umfassenden und wirtschaftlichen Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder ist aber die **Schaffung fester Anstellungsverhältnisse** in den entsprechenden Einrichtungen. Hier müssen Logopäden fest und möglichst in Vollzeit angestellt werden. Die Interessen von behandlungsbedürftigen Patienten dürfen nicht hinter Bürokratie und Sparkonzepten zurückstehen.

Die Konzeption der Versorgung der Patienten führt zu der unabdingbaren Notwendigkeit, sowohl in Sozialpädiatrischen Zentren als auch in Frühfördereinrichtungen **bestenfalls**

festangestellte Logopäden zu beschäftigen, um logopädische Befunderhebung, Therapie und Beratung in jeder Phase der Betreuung aus kompetenter Hand zu gewährleisten. Arbeiten mehrere Logopäden in einer Einrichtung, sollte eine **fachliche Leitung** die Arbeit innerhalb des Teams der Logopädinnen und Logopäden koordinieren und die Qualität sichern.

Dies ermöglicht die Bewältigung der komplexen Betreuung mit allen Voraussetzungen, die eine umfassende und fundierte Behandlungsplanung, fruchtbarer interdisziplinärer Austausch und Angehörigenberatung benötigen.

Im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Therapeuten müssen diese Maßstäbe ebenfalls angelegt werden, so dass die entsprechende Vertragsgestaltung nur auf der Basis dieser Aspekte erfolgen darf. Komplexe Betreuung im Rahmen von Frühförderung darf nicht an deren finanziellen Erfordernissen scheitern.

Die **wirtschaftlichen Anforderungen** der Logopäden, die außerhalb ihrer Praxisräume Zeit und Kapazität aufwenden, müssen in jedem Falle im Rahmen der Kostenkalkulation berücksichtigt sein.

Hier sind die Kostenträger in die Verantwortung, den **Wert therapeutischer Leistungen** anzuerkennen und mit den richtigen Entscheidungen die logopädische Versorgung zu sichern.

Der dbI ist ausdrücklich an der Zusammenarbeit mit anderen Heilmittelerbringern interessiert, um die Argumente zu vertreten, die für die Sicherung der qualifizierten und flächendeckenden Versorgung der Patienten sprechen.

Literaturverzeichnis

Adlhoch, U. (2004) Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben – Umsetzung des SGB IX (Zusammenfassung). Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Berger, R., Michaelis, R. (2004) Entwicklungsneurologische Aufgaben in einer interdisziplinären Frühförderstelle nach dem SGB IX. FI 3/2004

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2003). Früh V (Frühförderverordnung) Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder: Bundesgesetzblatt Nr. 28, 23. Juni 2003

DGSJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.) & Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e. V., Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (2003) Memorandum zur Regelung der "Früherkennung und Frühförderung" im geplanten Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)

Jetter, K. (2003) Referat „Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung: Ein neuer Standard?“

Müller-Fehling, N. (2003) Arbeitshilfe des BVKM zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Repschläger, U. (2004) Merkblatt Frühförderung/Komplexleistungen. Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (860-9) vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. April 2003 (BGBl. I S. 462), Stand: 1. Januar 2004, zuletzt bearbeitet 5. Dezember 2003

Speck, O. (2004) Offene Perspektiven der Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär, 23. Jg., S. 16-24

Thurmair, M. (2004) Frühförderung und benachbarte Hilfesysteme. FI 1/2004

VIFF (Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.) (2003) Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX.

Von Voss, H. (2002) Kinderrehabilitation: Standortbestimmung im Licht des SGB IX. Kinderärztliche Praxis Nr. 3/2002

Anhang

1. SGB IX, § 30

SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -
Teil1: Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen
Kapitel 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 30 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 2](#) umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen ([§ 56](#)) erbracht.

(2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

(3) Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; [§ 13 Abs. 3, 4 und 6](#) gilt entsprechend. Landesrecht kann vorsehen, dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben.

2. FrühV

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Datum: 24. Juni 2003)

Fundstelle: BGBl I 2003, 998
Textnachweis ab: 1. 7.2003

FrühV Eingangsformel

Auf Grund des § 32 Nr. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), der zuletzt durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 3. April 2003 (BGBl. I S. 462) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

FrühV § 1 Anwendungsbereich

Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie die Vereinbarung der Entgelte richtet sich nach den folgenden Vorschriften.

FrühV § 2 Früherkennung und Frühförderung

Leistungen nach § 1 umfassen

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5) und
2. heilpädagogische Leistungen (§ 6).

Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt. Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.

FrühV § 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen

Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht.

FrühV § 4 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3) behandelt werden können.

FrühV § 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden medizinischen Leistungen umfassen insbesondere

1. ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen,
3. Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans nach § 7 Abs. 1 erforderlich sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 umfassen auch die Beratung der Erziehungsberechtigten, insbesondere

1. das Erstgespräch,
2. anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen,
3. die Vermittlung der Diagnose,
4. Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans,
5. Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen,
6. Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags,
7. Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung,
8. Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
9. Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf Landesebene bleiben unberührt.

FrühV § 6 Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen nach § 56 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; § 5 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

FrühV § 7 Förder- und Behandlungsplan

(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.

(2) Der Förder- und Behandlungsplan kann auch die Förderung und Behandlung in einer anderen Einrichtung, durch einen Kinderarzt oder die Erbringung von Heilmitteln empfehlen.

FrühV § 8 Erbringung der Komplexeleistung

(1) Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexeleistung erbracht. Ein Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexeleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.

(2) Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexeleistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und der für die Leistungen nach § 5 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexeleistungen sozialpädiatrischer Zentren.

(3) Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexeleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig.

(4) Interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexeleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.

FrühV § 9 Teilung der Kosten der Komplexleistung

(1) Die an den Leistungen der interdisziplinären Frühförderstelle oder des sozialpädiatrischen Zentrums jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 zu erbringenden Leistungen. Dabei werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach dieser Verordnung berücksichtigt.

(2) Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder, Vereinbarungen; regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt.

(3) Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der auf die für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Träger entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 vom Hundert und in sozialpädiatrischen Zentren 20 vom Hundert nicht übersteigen.

FrühV § 10 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

FrühV Schlussformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Muster-Kooperationsvertrag

zwischen

(nachfolgend Einrichtung genannt)

und

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

Präambel

Der Gesetzgeber sieht für die Früherkennung und Frühförderung von Kindern im Vorschulalter Hilfeleistungen vor. Diese werden erbracht über Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) und sozialpädiatrische Zentren (SPZ).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden zusammen mit heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung erbracht (vgl. §§ 30, 56 SGB IX).

Die Komplexleistung besteht dabei aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen und schließt eine ambulante und mobile Beratung mit ein.

§ 1 Begriffsbestimmungen

(1) Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) sind entsprechend § 3 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

(2) Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) im Sinne dieser Vereinbarung sind entsprechend § 4 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder die nach § 119 Absatz 1 SGB V zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten IFF behandelt werden können.

(3) Leistungserbringer (LE) im Sinne dieser Vereinbarung sind diejenigen Erbringer stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutischer Leistungen, die über die Erlaubnis nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden verfügen, unter der Berufsbezeichnung „Logopäde“ oder „Logopädin“ eine Tätigkeit ausüben.

§ 2 Grundlagen der Leistungserbringung

(1) Die Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die Gegenstand dieses Kooperationsvertrages sind, werden auf der Grundlage eines nach interdisziplinärer Diagnostik erstellten Förder- und Behandlungsplans (FBP) erbracht, an dessen Erstellung der Leistungserbringer entsprechend dieser Vereinbarung mitwirkt.

(2) Die Einrichtung hält Vordrucke zur Erstellung des FBP vor. Aus diesem müssen sich alle für den LE zur Durchführung der Behandlung erforderlichen Angaben ergeben bzw. muss für den LE hervorgehen, welche Angaben ggf. von ihm beizutragen sind.

(3) Die zur Erstellung des individuellen FBP erforderliche Diagnostik wird durch eine Ärztin/einen Arzt veranlasst.

§ 3 Pflichten des Leistungserbringers

(1) Der LE verpflichtet sich zur Erbringung folgender Leistungen:

- Erbringung der fachspezifischen Diagnostik zur Erstellung des FBP gemäß § 2 dieser Vereinbarung sowie sonstige erforderliche Mitarbeit bei dessen Erstellung
- Durchführung der stimm-, sprech- sprach- bzw. schlucktherapeutischen Behandlungen in der Einrichtung/in seiner Praxis (unzutreffendes bitte streichen) entsprechend dem FBP unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Erkenntnisse des Fachgebiets und der in den Fachkreisen anerkannten Qualitätsstandards
- soweit in der Einrichtung nicht vorhanden, stellt der LE das notwendige Diagnostik- und Therapiematerial zur Verfügung
- Teilnahme an notwendigen Teambesprechungen mit wechselseitiger Information/ Fallbesprechungen, Mitwirken bei multidisziplinären Therapien, Durchführen von Beratungsgesprächen mit Angehörigen
- ordnungsgemäße Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, einschließlich der Fertigung des Therapieberichts

- regelmäßige Fortbildung (ggf. entsprechend gesetzlicher/vertraglicher Vorgaben).

(2) Der LE erbringt vorstehende Leistungen entweder in eigener Person oder gewährleistet (soweit eine Behandlungsunterbrechung therapeutisch kontraindiziert ist), dass die Leistungen durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter (die der Einrichtung gegenüber zu benennen sind) erbracht werden.

§ 4 Zeitlicher Umfang, Weisungsgebundenheit

(1) Die Kooperationspartner gehen davon aus, dass ihre Zusammenarbeit sich wöchentlich auf eine Regelzeit von _____ Stunden erstreckt. In dieser Zeit sind die in § 3 genannten Leistungen, die über Diagnostik und Therapie hinausgehen, bereits miterfasst. Gerechnet auf die wöchentliche Stundenanzahl ist regelmäßig von der Ableistung von _____ Therapieeinheiten/Woche auszugehen. Diese Regelung dient lediglich zur zeitlichen Orientierung der Kooperationspartner. Eine Garantie für die Übertragung einer bestimmten Mindestanzahl von Therapien/Woche ergibt sich hieraus jedoch nicht.

(2) Therapieausfälle sind dem LE möglichst zeitnah mitzuteilen. Erfolgt die Absage weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin und kann der LE den Ausfall nicht durch die Arbeit mit einem anderen Patienten ausgleichen, so geht der Therapieausfall zu Lasten der Einrichtung.

(3) Der LE ist der Einrichtung gegenüber weder zeitlich noch fachlich weisungsgebunden.

§ 5 Vergütung

(1) Der LE erhält von der Einrichtung für seine in § 3 aufgeführten Leistungen eine Vergütung, die sich jeweils aus der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung ergibt.

(2) Wird die Leistung in Absprache zwischen Einrichtung und LE in der Praxis des LE abgegeben, so stellt die Einrichtung den Transport der Patienten von der Einrichtung zur Praxis und von der Praxis zurück zur Einrichtung sicher.

(3) Der LE rechnet gegenüber der Einrichtung möglichst zeitnah ab. Seine Rechnungslegung erfolgt regelmäßig jeweils zum Monatsletzten.

§ 6 Verpflichtungen der Einrichtung

Die Zuständigkeit für das Stellen etwaig erforderlicher Anträge bei den Kostenträgern liegt ausschließlich bei der Einrichtung. Die Einrichtung stellt sicher, dass die personellen und räumlichen Anforderungen zur Abgabe der Komplexleistungen erfüllt werden. Sie verpflichtet sich, die Rechnungen des LE innerhalb von zwei Wochen nach Rechnungslegung auf ein vom LE zu benennendes Konto zu überweisen.

§ 7 Schweigepflicht

Der LE unterliegt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht hinsichtlich der ihm im Rahmen dieser Kooperation bekannt gewordenen Daten der Patienten. Er verpflichtet sich, seine etwaig im Rahmen der Komplexleistung eingesetzten Mitarbeiter ebenfalls auf das Datengeheimnis zu verpflichten.

§ 8 Kündigungsfrist

Die Vereinbarungspartner kommen überein, dass diese Kooperation zunächst auf unbegrenzte Zeit eingegangen wird. Sie kann von beiden Seiten schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende beendet werden. Davon unberührt bleibt das Recht zur fristlosen Beendigung der Kooperation aus wichtigem Grund.

§ 9 Schlussbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt zum _____ in Kraft.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen hieraus unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des übrigen Vertrages hiervon unberührt. Es ist davon auszugehen, dass die unwirksame Bestimmung durch eine Regelung ersetzt werden soll, die dem Willen der Parteien am ehesten entspricht.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel Einrichtung)

(Unterschrift/Stempel Leistungserbringer)

**Anlage 1 zur Kooperationsvereinbarung
vom**

<i>Leistung</i>		<i>Vergütung</i>
Diagnostik		
Stimm-, sprech-, sprach- bzw. schlucktherapeutische Behandlung		
Zuschlag für die Erbringung der Leistung in der Einrichtung		
Fahrtkosten		
Teilnahme an Teambesprechungen		
Pauschale für das Einbringen von Diagnostik- und/oder Therapiematerial		
Beratungsgespräche mit Angehörigen, etc.		
Vor- und Nachbereitung der Behandlungen, inkl. Dokumentation		
Erstellen des Therapieberichts		

Hinweis: Diese Broschüre können Sie sich zusammen mit dem Muster-Vertrag bei den Publikationen auf unseren Internetseiten herunterladen.