



## **Bericht**

der Landesregierung - Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie,  
Jugend und Senioren

### **Frühförderung in Schleswig-Holstein**

Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen

Drucksache 16/726

**Federführend ist die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und  
Senioren**

## **I Vorbemerkungen der Landesregierung**

Der Landtag hat die Landesregierung gebeten, schriftlich zu berichten, wie sich die Situation der Frühförderung für Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Kinder in Schleswig-Holstein seit Inkrafttreten des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) entwickelt hat und wie sich weitere rechtliche Änderungen, z. B. das SGB XII (Sozialhilfe) auswirken. Dieser Bericht solle zwei Schwerpunkte aufweisen. Zum einen sind in einem ersten grundlegenden Teil die verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Regelungen auf Bundes- und Landesebene und ihr Einfluss auf die Situation der Frühförderung darzulegen. Zum anderen sollen in einem zweiten Teil vergleichende Informationen und Daten zur Hilfestellung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins zusammengestellt werden.

Der allgemein verwendete Begriff der "Frühförderung", wie er auch dem Berichtsantrag zugrunde liegt, umfasst nach der gesetzlichen Definition des § 30 SGB IX sowohl Früherkennung als auch Frühförderung; in ihr wirken die Leistungssysteme des SGB V (Gesetzlichen Krankenversicherung) und des SGB XII zusammen. Der folgende Bericht beschränkt sich im Hinblick auf die Fragestellung des Berichtsantrags überwiegend auf die in der Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte liegenden ambulanten Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder nach §§ 55, 56 SGB IX in Verbindung mit § 54 SGB XII (Leistungen der Eingliederungshilfe), auch soweit sie nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) als Komplexleistung erbracht werden.

Die im Zusammenhang mit dem zweiten Berichtsteil genannten Aspekte beziehen sich auf Sachverhalte, die nur mit Informationen und Daten der Kreise und kreisfreien Städte dargestellt werden können. Die Landesregierung selbst verfügt nicht über das gewünschte Material und ist zur Beantwortung insoweit auf die Mitwirkung und Unterstützung der Kommunalen Landesverbände angewiesen. Angesichts der Arbeitsbelastung insbesondere durch den bevorstehenden Aufgabenübergang nach dem Ausführungsgesetz zum SGB XII und bestehenden personellen Engpässen in den Kommunen sehen sich diese nach Mitteilung der Kommunalen Landesverbände nicht in der Lage, innerhalb des zur Verfügung stehenden Bearbeitungszeitraums für diesen Teil des Berichts eine aussagekräftige Erhebung durchzuführen und das erbetene Material zur Verfügung zu stellen. Die Ausführungen des Berichtes müssen sich also auf den ersten grundlegenden Teil beschränken.

## **II Frühförderung nach dem SGB IX**

### **1) Ziele und Inhalte**

Das Angebot der Frühförderung richtet sich an behinderte oder von Behinderung bedrohte noch nicht eingeschulte Kinder und an ihre Familien. Es umfasst Maßnahmen in den Bereichen Frühdiagnostik, Frühtherapie und Frühberatung. In diesem differenzierten Versorgungsangebot leisten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zusammen mit anderen medizinischen Fachberufen, Psychologinnen und Psychologen, ambulanten Frühförderstellen und überregionalen sozialpädiatrischen Zentren die erforderlichen Hilfe. Hauptaufgaben der Frühförderung sind:

- Kontaktaufnahme zu Eltern und Kind sowie das sogenannte Erstgespräch;
- medizinische, pädagogische, psychologische und soziale Diagnostik sowie interdisziplinär abgestimmte Zusammenarbeit;
- pädagogische Förderung des Kindes, psychologische und medizinische Therapien des Kindes, Entwicklung seiner Eigenkräfte;
- Information, Beratung und Begleitung der Eltern, Stärkung ihrer Autonomie;
- Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen, die mit dem Kind und dessen Eltern arbeiten, sowie Koordinierung der Hilfen.

Durch die Leistungen der Frühförderung sollen die Kinder in ihrer Entwicklung so gefördert werden, dass sie ihre Anlagen und Fähigkeiten entfalten können und ihnen ein selbstbestimmtes Leben sowie eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft möglich ist. Dafür sind ärztliche, medizinisch-therapeutische, psychologische, pädagogische, heilpädagogische und/oder psychosoziale Maßnahmen als Bestandteil eines integralen und nicht lediglich additiven Rehabilitations- und Förderkonzeptes vorgesehen. Die Frühförderung dient dabei nicht in erster Linie dem Nachvollzug einer "normalen Entwicklung", sondern orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des einzelnen Kindes in seinem Umfeld. Daraus ergibt sich, dass für jedes Kind unter Berücksichtigung seiner besonderen Bedürfnisse und seiner familiären Situation individuelle Förderziele und Förderschwerpunkte in einem Förderkonzept festgelegt und gemeinsam mit den Eltern umgesetzt werden müssen (familienorientierter und interdisziplinärer Ansatz).

Für die Landesregierung sind frühe Hilfen für Kinder und Familien von elementarer sozialpolitischer Bedeutung. Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Kindern müssen so früh wie möglich erkannt werden, um Schädigungen vorzubeugen. Das verbessert die Chancen, Entwicklungen von Beginn an zu beeinflussen, damit sich Entwicklungsstörungen nicht verstetigen können. Die Frühförderung ist ein wichtiger Baustein dieser Politik, der sich im Kinder- und Jugend-Aktionsplan der Landesregierung sowie im Bericht der Landesregierung "Früher wahrnehmen – schneller handeln – besser kooperieren – zum Wohle unserer Kinder" (LT-Drs. 16/830) wiederfindet.

## 2) Leistungsdefinition

Früherkennung und Frühförderung finden ihre gesetzlichen Grundlagen in den §§ 26, 30, 55 und 56 des am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX. In § 30 Abs. 1 und 2 werden im Einzelnen die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung definiert. Diese Leistungen werden unter den Voraussetzungen des SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht, im Übrigen von der Sozialhilfe. Daraus folgt, dass grundsätzlich die GKV für die Leistungen der **medizinischen Rehabilitation** nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX vorrangig zuständig ist. Nach § 30 Abs. 1 SGB IX fallen darunter zum einen die spezifischen medizinischen Leistungen im Sinne der Nr. 1, und zwar auch dann, wenn sie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von fachübergreifend tätigen Diensten und Einrichtungen erbracht werden. Diese Leistungen umfassen insbesondere die ärztliche Diagnostik und Heilmittel (wie z. B. die medizinisch-therapeutische Behandlung durch Logo-, Physio- und Ergotherapie). Zum anderen fallen nach Nr. 2 dieser Vorschrift auch alle nichtärztlichen Leistungen unter die medizinische Rehabilitation, soweit sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen. Für diese der Diagnostik und Hilfeplanaufstellung dienenden nicht-

ärztlichen Leistungen, die in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) erbracht werden, ist grundsätzlich ebenfalls die Zuständigkeit der GKV gegeben.

Das insoweit Neue und Besondere im SGB IX ist die Einführung und Definition der Frühförderung als **Komplexleistung**. Erhält ein Kind sowohl medizinische Leistungen im Sinne des § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB IX als auch **heilpädagogische Leistungen** nach § 56 SGB IX, dann sind diese nach § 30 Abs. 1 Satz 2 als Komplexleistung zu erbringen, weil beide Leistungsarten in einem engen Funktionszusammenhang stehen. Die Komplexleistung Frühförderung - von der Diagnose über die Hilfeplanaufstellung und die Beratung bis hin zur Behandlung - besteht aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, heilpädagogischer, psychologischer und sozialpädagogischer Leistungen; diese Leistungen werden in der Regel ambulant erbracht.

Für den Leistungsberechtigten ist von zentraler Bedeutung, dass er seine Leistungen "aus einer Hand" und koordiniert von einem der verantwortlichen Rehabilitationsträger erhält, und zwar unabhängig davon, wer letztlich für die erforderlichen Leistungen zuständig ist. Es ist Aufgabe der Rehabilitationsträger, sich insbesondere um ein gemeinsames Finanzierungskonzept zu bemühen, das alle Leistungen umfasst. Damit wird den Eltern behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder die oft mühsame Arbeit des Zusammensuchens von (Teil-)Leistungen bei den Rehabilitationsträgern und bei den verschiedenen Leistungsanbietern abgenommen (Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, BT-Drs. 15/4575). Der Gesetzgeber hat deshalb die verschiedenen Rehabilitationsträger in § 30 Abs. 3 verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Sie sollen regeln, wie die Leistungen im Einzelnen abgegrenzt werden, die Übernahme oder Teilung der Kosten erfolgt, wie Entgelte vereinbart und abgerechnet werden. Zu diesem Aspekt und zum Thema Komplexleistungen folgen unter Punkt IV weitere Ausführungen.

§ 30 Abs. 2 SGB IX führt zur Erbringung der Komplexleistung Frühförderung die **Interdisziplinären Frühförderstellen** als eine neue Angebotsform ein. Unter dem Dach der IFF wird das bisherige Angebot der heilpädagogischen Frühförderung ergänzt durch medizinisch-therapeutische Angebote und ggf. psychologische, sonderpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten. Diese Leistungen werden gewährt, wenn sie dazu erforderlich sind, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Maßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Die unterschiedlichen Leistungen müssen nicht zwangsläufig nur durch einen Leistungserbringer tatsächlich erbracht werden; auch eine koordinierte Leistungserbringung aufgrund fester Vereinbarungen ist denkbar.

Für Leistungsberechtigte, die ausschließlich heilpädagogische Leistungen im Sinne der §§ 55 und 56 SGB IX in Verbindung mit dem SGB XII als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erhalten, ist durch Einführung der Frühförderung als Komplexleistung eine Änderung gegenüber der bisherigen Leistungsgewährung nicht gegeben.

### **3) Zuständigkeitsabgrenzung/Kostentragung**

Die maßgeblichen Bestimmungen des SGB IX über Früherkennung und Frühförderung werden von den verschiedenen Rehabilitationsträgern - Sozialhilfeträger und gesetzliche Krankenversicherungen - hinsichtlich ihrer Verantwortung unterschiedlich interpretiert (vgl. Empfehlungen der Bundesrats-Ausschüsse für Arbeit und Sozialpolitik, für Frauen und Jugend, für Familie und Senioren und des Gesundheitsausschusses, BR-Drs. 205/1/03). Die einen - Sozialhilfeträger - sehen eine umfassende Zuständigkeit der GKV auch für den Bereich der heilpädagogischen Maßnahmen begründet, die anderen - GKV - sehen die bisherige Kostenverantwortung unverändert. Die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beklagen, dass der Bundesgesetzgeber in Zeiten knapper Kassen die unterschiedlichen Leistungsträger mit widerstreitenden Interessen zum Konsens auf dem Vereinbarungsweg verpflichtet. Sie geben zu bedenken, dass dies in der Praxis oft nur zu einer Verständigung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner führen kann.

Mit der Frühförderungsverordnung wollte die Bundesregierung hier für größere Klarheit sorgen. Insbesondere in ihrer Stellungnahme zum Beschluss des Bundesrates zur Frühförderungsverordnung (BR-Drs. 106/05) macht die Bundesregierung deutlich, dass mit dem SGB IX eine über den bisherigen Status Quo hinausgehende Leistungsverpflichtung der GKV im Rahmen der medizinischen Rehabilitation begründet worden ist. Alle darüber hinausreichenden heilpädagogischen Therapiemaßnahmen, die nicht unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden, sind jedoch keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sondern Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hauptkostenträger der heilpädagogischen Leistungen sind nach der Auffassung der Bundesregierung auch nach Inkraft-Treten des SGB IX die Träger der Sozialhilfe (Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, s. o.).

Der Bundesrat sieht demgegenüber auch nach Inkrafttreten der Frühförderungsverordnung eine Abgrenzungsproblematik, deren Ursache die unklare Formulierung des SGB IX sei. Er fordert deshalb Nachbesserungen im Bundesgesetz und betrachtet die Frühförderungsverordnung nur als "vorübergehende Lösung" (vgl. BR-Drs. 205/1/103). Diese Auffassung teilt der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge in seiner Empfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung vom 28. September 2005. Auch die Landesregierung hält es für sinnvoll, die bundesgesetzlichen Regelungen zur Frühförderung zu überprüfen und klarere Bestimmungen zu treffen.

### **4) Finanzielle Folgen des SGB IX**

Nach Schätzung der Bundesregierung fallen durch § 30 SGB IX für die GKV bundesweit jährlich 50 Mio. DM (25,56 Mio €) zusätzliche Kosten für heilpädagogische Maßnahmen an (Gesetzesbegründung zu § 30 SGB IX, BT-Drs. 14/5074); über Effekte bei den Sozialhilfeträgern werden keine Prognosen abgegeben. Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) hat allerdings in einer von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen "Evaluation der finanziellen Folgewirkungen [des SGB IX] auf die Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe" 2004 ermittelt, dass den örtlichen Sozialhilfeträgern durch die Einführung des SGB IX in der Frühförderung eine zusätzliche Nettobelastung (bereinigt um die Fallzahl- und Fallkostensteigerung) von 14,9 Mio. € im Jahre 2002 entstanden ist. Dem steht eine Entlastung wegen Kostenübernahme durch andere Leistungsträger (u. a. GKV) von lediglich 1,8

Mio. € im Jahr 2002 gegenüber (keine differenzierten quantitativen Aussagen für einzelne Bundesländer in der Studie; Teilnahme von nur 5 der 15 Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins an der Erhebung). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen der gewachsenen Verantwortung, die ihnen der Gesetzgeber mit § 30 SGB IX zugedacht hat, bisher nicht ausreichend gerecht werden. Ohne die Mitwirkung der GKV wird es aber auch zukünftig keine Komplexleistung Frühförderung geben. Im Zuge der Verhandlungen zur Landesrahmenempfehlung Frühförderung in Schleswig-Holstein (s. Punkt V) haben die örtlichen Träger der Sozialhilfe den Eindruck gewonnen, dass auch die Krankenkassen in Schleswig-Holstein die ihnen bei der Erbringung der Komplexleistung bundesrechtlich zugewiesene Rolle bisher nicht in vollem Umfang wahrnehmen. Vor diesem Hintergrund hat die Landesregierung bereits 2005 die Initiative ergriffen und die Vertragspartner zu Verhandlungen einer Landesrahmenempfehlung veranlasst (weitere Ausführungen unter Punkt V und VII).

### **III Frühförderung und SGB XII sowie AG-SGB XII**

Am 1. Januar 2005 ist das SGB XII in Kraft getreten; am 1. Januar 2007 folgt in Schleswig-Holstein das Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetz (AG-SGB XII). Die Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe war bereits nach den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes in der Zuständigkeit der örtlichen Sozialhilfeträger. Weder an der Verantwortlichkeit noch an den gesetzlichen Voraussetzungen und Inhalten der Leistungen haben das SGB XII und das AG-SGB XII etwas geändert, sodass auf eine Darstellung dieser Regelungen verzichtet werden kann.

### **IV Frühförderungsverordnung und Komplexleistungen**

#### **1) Zustandekommen der Frühförderungsverordnung**

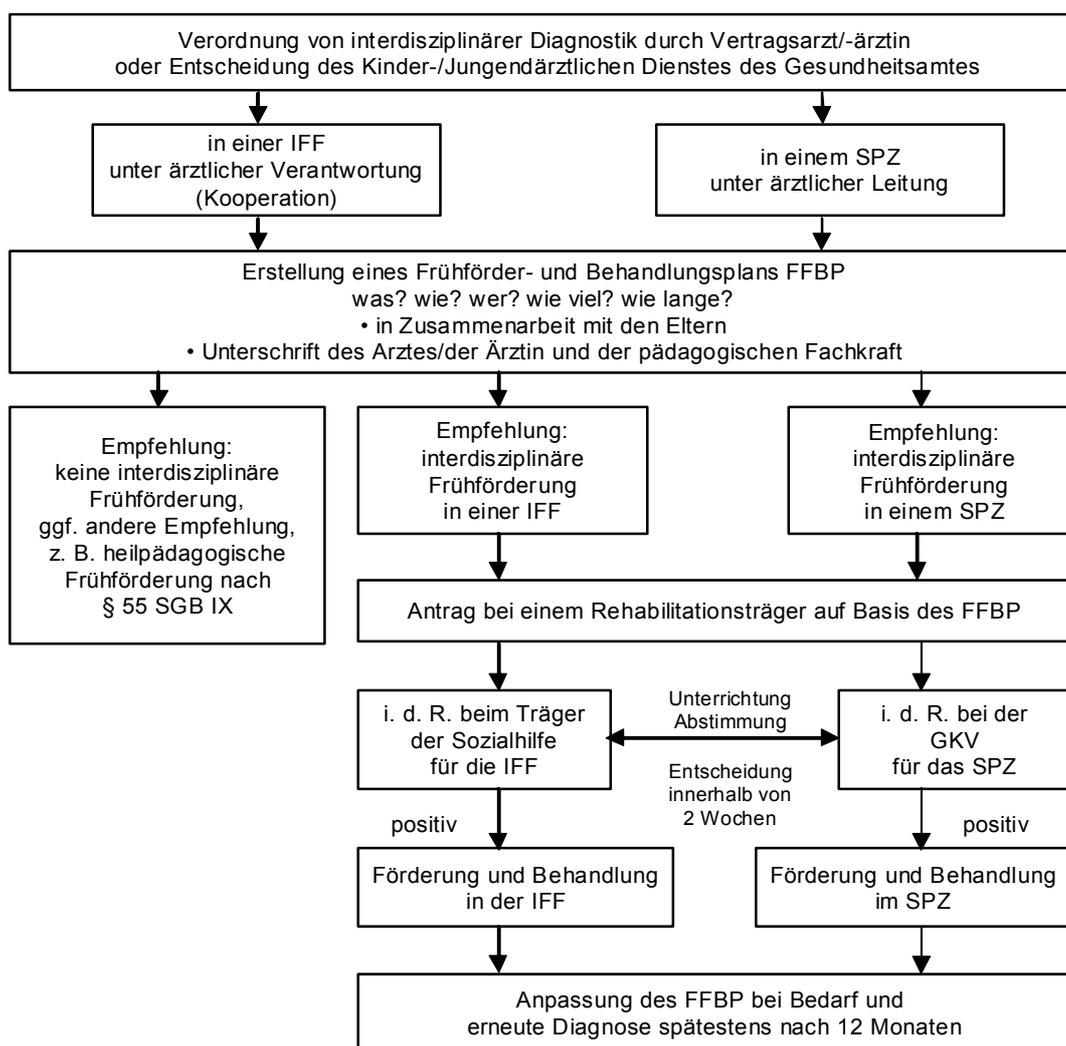
Nachdem die Bemühungen um eine gemeinsame Empfehlung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gescheitert waren, weil die unterschiedlichen Interessen v. a. der Krankenversicherungen und der Sozialhilfeträger nicht in Einklang zu bringen waren (s. o.), hat das Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) mit Zustimmung des Bundesrates am 24. Juni 2003 die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) erlassen; sie ist seit dem 1. Juli 2003 in Kraft.

#### **2) Inhalte der Frühförderungsverordnung**

In Grundzügen enthält die Frühförderungsverordnung folgende Regelungen: Sie erfasst heilpädagogische Leistungen und solche der medizinischen Rehabilitation (§ 2), die in Sozialpädiatrischen Zentren oder in Interdisziplinären Frühförderstellen für noch nicht eingeschulte Kinder erbracht werden (§ 1). Anforderungen an SPZ oder IFF sind in der Verordnung nicht formuliert (zu SPZ vgl. § 119 SGB V), sondern durch Landesrahmenempfehlungen zu regeln. In der Frühförderungsverordnung wird nur festgelegt, dass die Leistungen der IFF ambulant oder mobil erbracht werden können (§ 3) und dass sich SPZ (entsprechend den Regelungen des § 119 SGB V) an Kinder wenden, die wegen der Schwere oder Dauer ihrer Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder von Interdisziplinären Frühförderstellen behandelt werden können (§ 4).

In den §§ 5 und 6 werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. heilpädagogische Leistungen beschrieben. IFF und SPZ erstellen in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten einen interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan, der den beteiligten Rehabilitationsträgern zur Entscheidung vorgelegt wird (§ 7). § 8 regelt in Grundzügen die Erbringung der Komplexleistung Frühförderung. Dabei geht es hauptsächlich um Einzelheiten der Antragstellung und Leistungsentscheidung; so befinden über die Leistungen der SPZ i. d. R. die GKV, über Leistungen der IFF i. d. R. die Sozialhilfeträger (§ 8 Abs. 2; vgl. Abbildung).

### Komplexleistung Frühförderung – von der Diagnose zur Behandlung



Erbringt ein Rehabilitationsträger Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, so ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig (§ 8 Abs. 3). Einzelne Fragen von grundsätzlicher Bedeutung im Zusammenhang mit der Komplexleistung Frühförderung, z. B. die konkrete Kostenaufteilung sowie -abrechnung, sind Absprachen auf Landesebene überlassen worden. § 9 Abs. 3 legt lediglich fest, dass zum einen die Aufteilung der Entgelte pauschaliert werden kann. Zum anderen darf der Anteil der Sozialhilfe für Leistungen, die in Interdisziplinären Früh-

förderstellen erbracht werden, 80% und in Sozialpädiatrischen Zentren 20% nicht übersteigen. Darüber hinaus interpretiert die Landesregierung § 9 Abs. 2 FrühV dahingehend, dass einer Einigung der Vertragspartner über die Abrechnungsmodalitäten im Vorwege gegenüber einer Spitzabrechnung im Einzelfall der Vorzug zu geben ist.

Die Verordnung leidet bis heute daran, dass zum einen ihre Ermächtigungsgrundlage, der § 32 Abs. 1 SGB IX, nur die Regelung von Teilbereichen erlaubt und dass zum anderen die problematischen Themen, die bereits zum Scheitern einer gemeinsamen Vereinbarung auf Bundesebene geführt haben, wiederum ungelöst bleiben und lediglich an die zuständigen Rehabilitationsträger auf Länderebene weitergereicht worden sind. Dies geschah offenbar in der Hoffnung, dass die konflikträchtigen Aspekte von den beteiligten Rehabilitationsträgern in den Vereinbarungen/Empfehlungen auf Länderebene geregelt werden könnten (Stellungnahme der Bundesregierung zur Frühförderungsverordnung, BR-Drs. 106/05). Diese Hoffnung scheint sich nicht zu erfüllen, denn alle der Landesregierung vorliegenden Vereinbarungen aus anderen Bundesländern bleiben in unterschiedlichem Umfang hinter diesen Erwartungen zurück.

### **3) Komplexleistung**

So sehr einerseits in Politik und Fachöffentlichkeit die Einführung der Komplexleistung Frühförderung begrüßt worden ist, so sehr besteht breites Einvernehmen darüber, dass die Umsetzung dieser Komplexleistung in der Realität selbst dort auf große Schwierigkeiten stößt, wo Landesrahmenempfehlungen bereits vereinbart sind (vgl. Deutscher Verein in NDV 10/2005: Komplexleistung Frühförderung – Was wurde bisher erreicht, was ist noch zu tun?; ebenso Pressemitteilungen der Patientenbeauftragten und der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung 11/2004 und 06/2006; Empfehlungen des Deutschen Vereins 2005). Deshalb kommt dem letzten Schritt, den örtlichen Vergütungsvereinbarungen zwischen Erbringern der Komplexleistungen (SPZ und IFF) und den beteiligten Rehabilitationsträgern, besondere Bedeutung zu.

Auch Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, in denen die Rehabilitationsträger Landesrahmenempfehlungen abgeschlossen haben, verweisen auf Umsetzungsschwierigkeiten bei der Erbringung der Komplexleistung Frühförderung "aus einer Hand". Hintergrund ist, dass zuständigkeitsübergreifende Kooperationen mit Kostenausgleichsregelungen im Sozialrecht bislang nicht vorgesehen waren, sondern es im Gegenteil stets um möglichst klar abgegrenzte Zuständigkeiten und Kostenverantwortung ging. Dass der Gesetzgeber bei der Frühförderung "Neuland" betreten hat, hat seinen Grund in der allgemein anerkannten Notwendigkeit des Zusammenwirkens unterschiedlicher Rehabilitationsträger. In der Folge dieses Paradigmenwechsels soll nach der rechtlichen Zielsetzung der im IFF oder im SPZ jeweils überwiegend zuständige Rehabilitationsträger grundsätzlich allein über die Komplexleistung Frühförderung entscheiden. Das bedeutet aber, dass er damit auch über einen Anteil mitentscheidet und ihn zunächst mitträgt, für den er eine originäre Leistungspflicht nicht hat und für den er ggf. erst später im Innenverhältnis der Leistungsträger untereinander einen Ausgleich erhält. Damit hat das SGB IX neue Maßstäbe, aber auch neue praktische Herausforderungen für die Ausgestaltung der Frühförderung gesetzt. In das Zentrum der Diskussion ist dabei die Frage der Kostenaufteilung gerückt. Die Frühförderungsverordnung nennt, wie unter 2) erläutert, zwei Ansatzpunkte für eine

Teilung der Kosten der Komplexleistung. Der Deutsche Verein schlägt als praktikable Lösung die Festlegung einer Kostenpauschale für die beteiligten Leistungsträger vor. Pauschalierungen sind im Leistungsrecht ein zeitgemäßes und durch Erfahrungen der Praxis bewährtes Mittel. Sie tragen zur Reduzierung des Verwaltungsaufwandes und zur Einsparung von Verwaltungskosten bei.

Risiken für die Kostenträger liegen bei prozentualen Kostenteilungsvorgaben darin, dass die vorhandenen "bis-zu"-Spielräume nicht ausgeschöpft werden, sondern es de facto oft zu einer pauschalen 80- bzw. 20%-Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger kommt. Erschwerend tritt hinzu, dass auf kommunaler Ebene, aber auch bei den Krankenkassen, sehr häufig keine Klarheit darüber besteht, was tatsächlich für Leistungen der Frühförderung ausgegeben wird (Müller-Fehling: Frühförderung – Umsetzung der Vorgaben des SGB IX und der Frühförderungsverordnung, 2004). Deshalb wird gefordert, zunächst die Kostenströme in der Frühförderung zu erfassen, um daraus Konsequenzen für mögliche Finanzierungskonzepte zu ziehen. In die gleiche Richtung zielen auch die Vorschläge des Deutschen Vereins zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung. In Modellregionen könnten Kostenströme und auf deren Basis anschließend Pauschalen ermittelt werden, die nach einer Erprobungsphase zu evaluieren und ggf. zu korrigieren wären.

### **V Landesrahmenvereinbarung/-empfehlung in Schleswig-Holstein**

Nach § 2 Satz 3 FrühV vereinbaren die beteiligten Rehabilitationsträger Näheres zu den Anforderungen an Sozialpädiatrische Zentren und Interdisziplinäre Frühförderstellen. Vor dem Hintergrund der bundesweiten Probleme bei der Umsetzung der Frühförderungsverordnung unterstützt die Landesregierung seit August 2005 die Rehabilitationsträger bei der Erarbeitung einer Landesrahmenempfehlung für die Frühförderung in Schleswig-Holstein.

Den Beteiligten liegt inzwischen der Entwurf einer Landesrahmenvereinbarung/-empfehlung nach dem Stand der Beratungen vom 22. Juni 2006 vor. Über den Entwurf besteht in weiten Teilen bereits Einvernehmen; ungeklärt ist lediglich die Art der Finanzierung der Komplexleistung. Die Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung haben ihre künftige Position von einem Abstimmungsgespräch der Vorstände der Krankenkassen auf Landesebene abhängig gemacht, das am 13. September 2006 stattfinden wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist unter diesen Voraussetzungen eine Prognose über den Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung/-empfehlung für Schleswig-Holstein nicht möglich.

### **VI Stand der Frühförderung in Schleswig-Holstein**

Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sind für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein nicht erst seit Inkraft-Treten des SGB IX ein wichtiges Aufgabenfeld. In Schleswig-Holstein gab es bereits vor 2001 ein gewachsenes, gut funktionierendes Angebot an Frühförderstellen, die überwiegend als heilpädagogische Einrichtungen konzipiert sind und nur in Ansätzen oder informell interdisziplinär arbeiten. Die dafür entstehenden Kosten werden in der Regel von den örtlichen Sozialhilfeträgern übernommen. In rd. 60 Frühförderstellen wurden im Laufe des Jahres 2004 mehr als 2.800 unter 7-jährige Kinder betreut (Angaben der amtlichen Statistik über Empfänger/innen von Hilfe in

besonderen Lebenslagen außerhalb von Einrichtungen, hier: heilpädagogische Leistungen für Kinder), das sind 1,5% aller Kinder dieser Altersgruppe in Schleswig-Holstein. Die behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder erhalten in den Frühförderstellen sowie im Rahmen der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation alle notwendigen und erforderlichen Hilfen und Leistungen, allerdings als parallele Leistungen und finanziert von unterschiedlichen Kostenträgern.

Die Landesregierung geht davon aus, dass die Praxis bei der Gewährung von Leistungen der Frühförderung in den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich ist. Das hängt ganz wesentlich damit zusammen, dass die örtlichen Träger der Sozialhilfe die Hilfeplanung nach § 58 SGB XII mit Unterstützung des Landes (Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreise und kreisfreien Städte durch das von der Landesregierung beauftragte Unternehmen Com.Cat. Casemanagement) seit 2004 schrittweise intensiviert und seitdem mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den Leistungsbereichen des SGB XII umgesetzt haben. Darüber hinaus haben nach Information der Landesregierung einzelne örtliche Träger der Sozialhilfe die Frühförderung in den vergangenen Jahren vor allem für die Altersgruppe der unter 3-jährigen Kinder gewährt und für über 3-jährige Kinder heilpädagogische Leistungen überwiegend im Rahmen von (Einzel-)Integrationsmaßnahmen in Kindergärten (teilstationäre Leistungen) erbracht. Die Änderung dieser Praxis, das heißt die Gewährung dieser Leistungen nunmehr in ambulanter Form, findet nicht immer die Zustimmung der Einrichtungen und der Eltern.

Das Angebot der heilpädagogischen Frühförderstellen wird in Schleswig-Holstein zurzeit durch zwei Sozialpädiatrische Zentren ergänzt, zum einen durch das SPZ in der Universitätskinderklinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und zum anderen durch das SPZ in der Fachklinik Kinderzentrum Pelzerhaken. Die in diesen Einrichtungen entstehenden Kosten werden bisher vollständig von der GKV übernommen.

Darüber hinaus werden in den landeseigenen Schulen für sinnesbeeinträchtigte Kinder spezielle Angebote vorgehalten. In der Staatlichen Internatsschule für Hörgeschädigte sowie in der Staatlichen Schule für Sehgeschädigte, beide in Schleswig, werden in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Frühförderstellen, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Frühförderteams dieser Schulen individuelle ganzheitliche Förderprogramme für jedes einzelne sinnesbeeinträchtigte Kind mit den erforderlichen spezifischen Hilfen erarbeitet.

## **VII Perspektiven**

Entsprechend der sozial- und gesundheitspolitischen Bedeutung von Früherkennung und Frühförderung hält die Landesregierung es für unerlässlich,

- alle Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung besser aufeinander abzustimmen und bei Bedarf in einer Komplexleistung miteinander zu verzahnen,
- die vorhandene Infrastruktur zu integrieren und zu interdisziplinär arbeitenden Frühförderstellen weiter zu entwickeln.

Voraussetzung für beide Ziele ist der zeitnahe Abschluss der unter V angesprochenen Vereinbarung/Empfehlung. Die Landesregierung wird deshalb ihre Bemühungen,

die Rehabilitationsträger beim Zustandekommen einer solchen Vereinbarung zu unterstützen, intensivieren.

Darüber hinaus wird die Landesregierung gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten regionale Projekte entwickeln oder sinnvolle regionale Ansätze unterstützen, die auf umfassende Vernetzung aller Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder gerichtet sind. Diese Vernetzung kann sowohl Leistungen der Jugend- und der Sozialhilfe als auch die im Bericht der Landesregierung "Früher wahrnehmen – schneller handeln – besser kooperieren – zum Wohle unserer Kinder" (LT-Drs. 16/592) beschriebenen unterstützenden Leistungen für Kinder und Familien umfassen, soweit sie den Zielen der Früherkennung und Frühförderung dienen.

In diesem Zusammenhang beabsichtigt die Landesregierung im Rahmen des Behindertenpolitischen Gesamtkonzepts die modellhafte Erprobung eines Systems der vernetzten Frühförderung unter Einbeziehung von Sozial- und Jugendhilfe, der Kindertageseinrichtungen (einschließlich der präventiven sprachheilpädagogischen Förderung durch die Förderzentren), der Leistungsanbieter, der Fachberufe, Schulen und Familien. Dabei wird die Landesregierung präventive, fachübergreifende Initiativen in den Kreisen und kreisfreien Städten (z. B. "Neue Wege in der frühen Förderung in Nordfriesland") einbeziehen.