

INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG

Die neue Landesrahmenvereinbarung

Wir alle kennen behinderte oder von Behinderung bedrohte Vorschulkinder, die Heilpädagogik und gleichzeitig medizinische Heilmittel brauchen, um konkret formulierte Therapie- und Förderziele, also eine verbesserte Teilhabe, zu erreichen. Die drohende Behinderung kann dabei durch Entwicklungsstörungen, -gefährdungen und -beeinträchtigungen einschließlich Verhaltens- und seelischen Störungen verursacht werden.

Für diese Kinder wurde die „Komplexleistung Frühförderung“ im Jahr 2001 in das SGB IX (§§30, 32, 56) eingeführt. Mit der Frühförderungsverordnung vom 24.6.2003 wurden bundesweit umzusetzende Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) und sozialpädiatrische Zentren (SPZ) beschrieben, in denen solche Komplexleistungen erbracht werden können in einem die Säulen der Sozialgesetzgebung übergreifenden, sie integrierenden Sinne. Diese Rahmenbedingungen wurden in den verschiedenen Bundesländern verschieden konkretisiert, je nach gewachsenen Strukturen. In Baden-Württemberg wurde diesen Sommer die Landesrahmenvereinbarung (LRV-IFF) zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung unterzeichnet. Sie ist verhandelt worden zwischen kommunalen Landesverbänden, Krankenkassenverbänden, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und dem Landessozialministerium. Sie ist mit allen Anlagen und Zusatzinformationen im Internet veröffentlicht unter:

<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/FruhefoerderungIntegration/Seiten/landesrahmenvereinbarung.aspx>

Nach der Landesrahmenvereinbarung liegt eine Komplexleistung vor, wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen notwendig sind, die gleichzeitig, nacheinander und ggf. in wechselnder Intensität erbracht werden können. Wichtig dabei sind Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung, Dezentralisierung, Interdisziplinarität und Koordination der Hilfen. Die Erziehungsberechtigten sollen unterstützt und beraten werden, es soll interdisziplinär diagnostiziert und die Kinder im Team besprochen werden, es sollen Supervisionen für die anderen das Kind betreuenden Institutionen stattfinden können; die Leistungen sollen bei Bedarf auch mobil erbracht werden können.

Wichtig ist hierzu der Förder- und Behandlungsplan (FuB). Er dokumentiert die Erkenntnisse einer interdisziplinären Diagnostik, das individuelle Gesamtziel für das Kind und die fachspezifischen Förder- und Behandlungsziele der vorgesehenen Leistungen. Dieser Förder- und Behandlungsplan muss von uns, also den betreuenden Kinder- und Jugendärztinnen (selbstverständlich sind auch Kinder- und Jugendärzte mitgemeint, diese sterben aber langsam aus) mindestens

jährlich überprüft und in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Interdisziplinären Frühförderstelle ggf. angepasst werden. Spätestens deshalb ist es für uns Kinder- und Jugendärztinnen wichtig, im Interesse der von uns betreuten Kinder diese Regelungen gut zu kennen. Denn wir müssen in Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren dazu beitragen, sie mit Leben zu füllen.

Dabei wird es Schnittstellen geben, die zu typischen Problemen führen können, die wir am besten im direkten Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen der lokalen Frühförderstellen entschärfen.

Auf welchen Wegen finden die entsprechenden Kinder (und damit ggf. eben auch unsere Patienten) in die IFF?



Wichtig dabei sind Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung, Dezentralisierung, Interdisziplinarität und Koordination der Hilfen.

Viele dieser Kinder werden über uns Kinder- und Jugendärztinnen in die IFF kommen, da wir Frühförderung bereits für geboten halten. Eltern können mit ihrem Kind

jedoch auch primär das niederschwellige Beratungsangebot in Anspruch nehmen, falls sie bei ihm ein Entwicklungsrisiko vermuten. Hierbei soll festgestellt werden, ob Leistungen der Frühförderung oder ein anderes Unterstützungsangebot (z.B. Leistungen der Jugend- und Erziehungshilfe) angezeigt sind. Ergibt die niederschwellige Beratung (oder auch die Empfeh-

lung der Eltern, der Ärztin, der Kindertageseinrichtung) dass Leistungen der Frühförderung in Frage kommen, mündet diese in ein Erstgespräch mit Inaugenscheinnahme des Kindes über 2–4 Behandlungseinheiten (wird mit je 67,50 € durch die KK und 67,50 € durch den kommunalen Träger vergütet). Hierbei wird geklärt, ob eine interdisziplinäre Diagnostik eingeleitet werden soll oder ob Einzelleistungen ausreichend sind. Ist letzteres der Fall, werden Kind und Eltern an die zuständigen Stellen verwiesen (diese Stelle sind wir Kinder- und Jugendärztinnen im Falle einer Heilmittlempfehlung oder das Sozialamt im Falle einer Heilpädagogikempfehlung).

An uns wird auch verwiesen, wenn in der Frühförderstelle eine interdisziplinäre Diagnostik begonnen werden soll. Denn diese müssen wir auf einem rosa Rezept (Formular 16) mit dem Satz: „Verordnung von interdisziplinärer Diagnostik durch die IFF“ veranlassen. Die interdisziplinäre Diagnostik vergüten die Krankenkassen der IFF mit 230€. Falls im Anschluss an diese Diagnostik

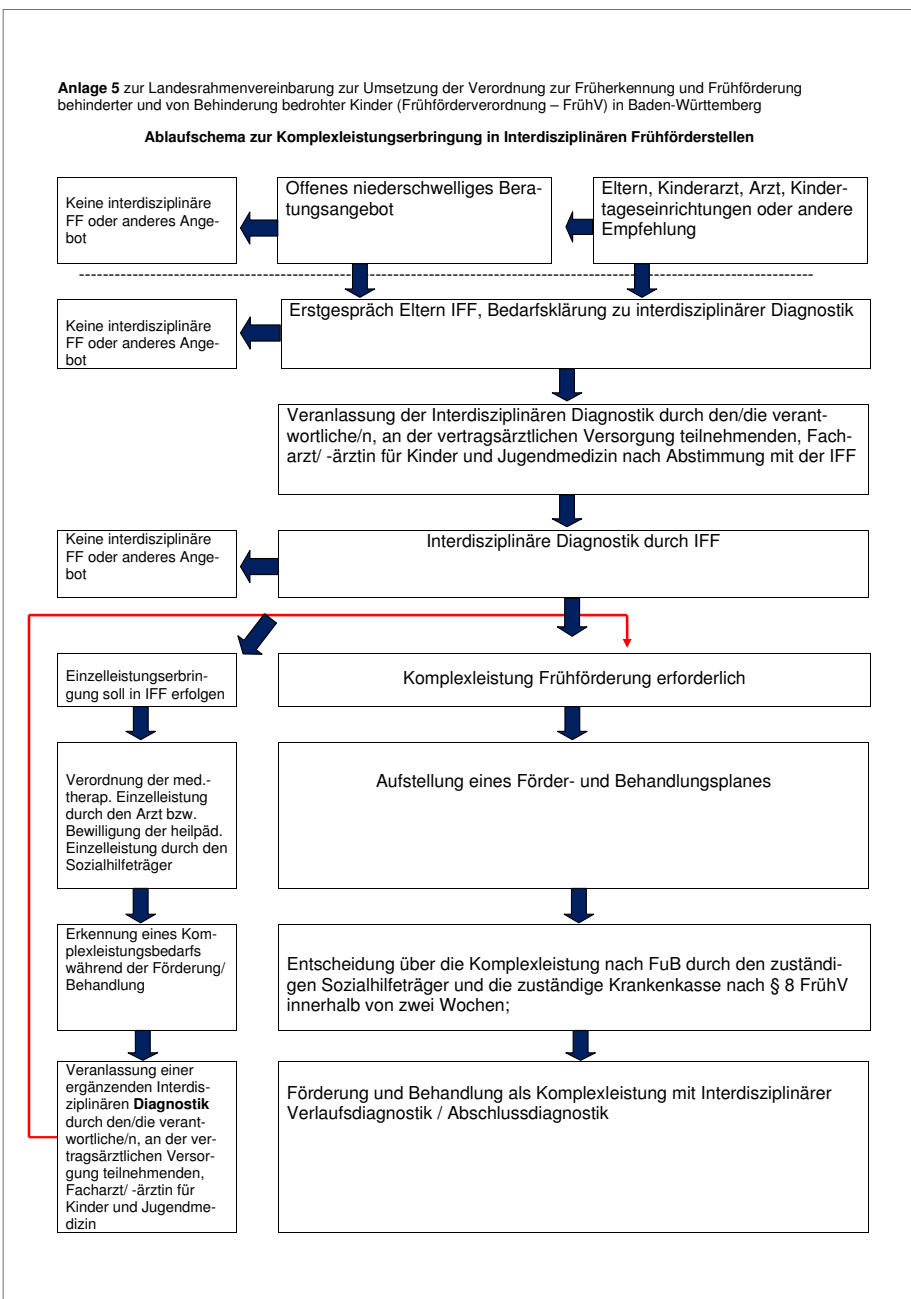
eine Komplexeleistung beantragt werden soll, mündet sie in Zusammenarbeit mit den Eltern in den Förder- und Behandlungsplan (FuB), in dem die notwendigen Maßnahmen gemeinsam vereinbart werden. Dieser Förder- und Behandlungsplan soll nach §8 (2) in Abstimmung zwischen der verantwortlichen Kinder- und Jugendärztin, den Eltern und der IFF aufgestellt werden und wird uns Kinder- und Jugendärztinnen, Eltern und verantwortlicher Fachkraft der IFF unterschrieben.

In der Arbeitsgruppe FuB gingen auch die anwesenden kinder- und jugendärztlichen Vertreter davon aus, dass es in der Mehrheit der Fälle keinen grundsätzlichen Dissens gibt und von den strittigen Fällen die meisten klärbar sein werden. Deshalb kam von dort der Vorschlag, dass die IFF den Erstvorschlag an die behandelnde Kinder- und Jugendärztin macht, um diese von Verfahrensschritten zu entlasten. Manchmal bleiben wir evtl. einmal verschiedener Meinung. Dann können wir den Förder- und Behandlungsplan eben auch nicht unterschreiben. Unterschiedliche Sichtweisen zwischen der Kinder- und Jugendärztin und IFF sollten wir dann kurzfristig mit der zuständigen fachlichen Leitung der IFF abklären. Ein fortlaufender Kontakt auch außerhalb des Einzelfalls, z.B. via Qualitätszirkeln, wird ebenfalls nützlich für die Zusammenarbeit sein. Aber das ist ja schon immer erstrebenswert gewesen.

Für die Abstimmung und das Unterschreiben des Förder- und Behandlungsplan ist für uns die landesweit gültige EBM-Ziffer 99620 (8,5Euro) ansetzbar. Diese Ziffer ist neben den anderen Ziffern (z.B. auch 04355, Entwicklungs- und Testziffern) abrechenbar, so wie diese üblicherweise in der Praxis in Ansatz gebracht werden

Die Maßnahmen des Förder- und Behandlungsplans werden dann bei den beiden zuständigen Kostenträgern Krankenkasse und Sozialamt im Vorhinein beantragt und diese entscheiden innerhalb von zwei Wochen darüber. Im Rahmen von Komplexeleistungen erbrachte Heilmittel gehören nicht in ein Heilmittelbudget. Sie dürfen auch nicht nochmals verordnet werden.

Anlage 5 zur LRV ist ein Ablaufschema, das die verschiedenen Wege in der Interdisziplinären Frühförderung verdeutlichen soll (siehe unten). Die sozialpädiatrischen Zentren sind im Unterschied zu den interdisziplinären Frühförderstellen selber spezialärztlich geleitet, sind auf Kinder mit besonderer Schwere ihrer Behinderung ausgerichtet und werden auf ärztliche Überweisung tätig. IFFs und SPZ sollen eng zusammenarbeiten, wobei Doppelleistungen zu vermeiden sind.



Wo sind nun mögliche Schnittstellenprobleme insbesondere am Anfang zu erwarten:

1. Es kann in der Praxis passieren, dass Eltern zu uns geschickt werden mit der Bitte um ein Rezept für interdisziplinäre Diagnostik, ohne dass wir vorher etwas davon wissen. Dann sollten wir die IFF um eine grundsätzlich verbesserte Elterninformation bitten: Nämlich dass es immer nur darum gehen kann, dass wir als Kinder- und Jugendärztin abschließend klären müssen, ob wirklich eine interdisziplinäre Diagnostik begonnen werden soll, und dass es dabei nie um eine nur formale „Rezeptabholung“ gehen kann. Die Eltern würden sich sonst wundern, dass wir die Rezeptunterschrift nicht als reine Formsache abnicken (was sie ja nie ist), sondern uns nach der Vorgeschichte erkundigen, diesen Wunsch hinterfragend verstehen und einen Termin mit dem Kind ausmachen wollen, anstatt einfach zu unterschreiben, insbesondere wenn wir das Kind bisher nicht oder kaum aus unserer Praxis kennen. Die Förderung und Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder im Vorschulalter gehört zu den Zentralthemen unseres Facharztgebiets. Im Sinne der von uns betreuten Kinder sollten wir die Verordnung interdisziplinärer Diagnostik und die Zusammenarbeit beim Förder- und Behandlungsplan bewusst und überlegt gestalten, um unsere Kinder bestmöglich in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Unterschiedliche Sichtweisen über das Vorgehen sind dabei immer möglich und sollten dann besprochen werden. Wichtig ist hierbei, mit der IFF in einen „Routineablauf“ zur gegenseitigen Information (bei vorliegendem Einverständnis der Eltern) zu kommen. Die Landesrahmenvereinbarung geht von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit aus, in der solche Startschwierigkeiten vor Ort in Qualitätszirkeln miteinander besprochen werden, da diese nicht zentral landesweit regelbar sind.

2. Es kann theoretisch passieren, dass wir aus unserer Kenntnis der familiären Verhältnisse z.B. heilpädagogische Maßnahmen indiziert fänden (z.B. Sprachbehinderung bei völlig fehlender Anregung und evt. fremdsprachiger Familie), dies aber von der Frühförderstelle anders gesehen wird, die dann vielleicht eher eine Einzelleistung Logopädie sinnvoller findet. Vielleicht würden wir uns sogar eine mobile Frühförderung wünschen, z.B. um

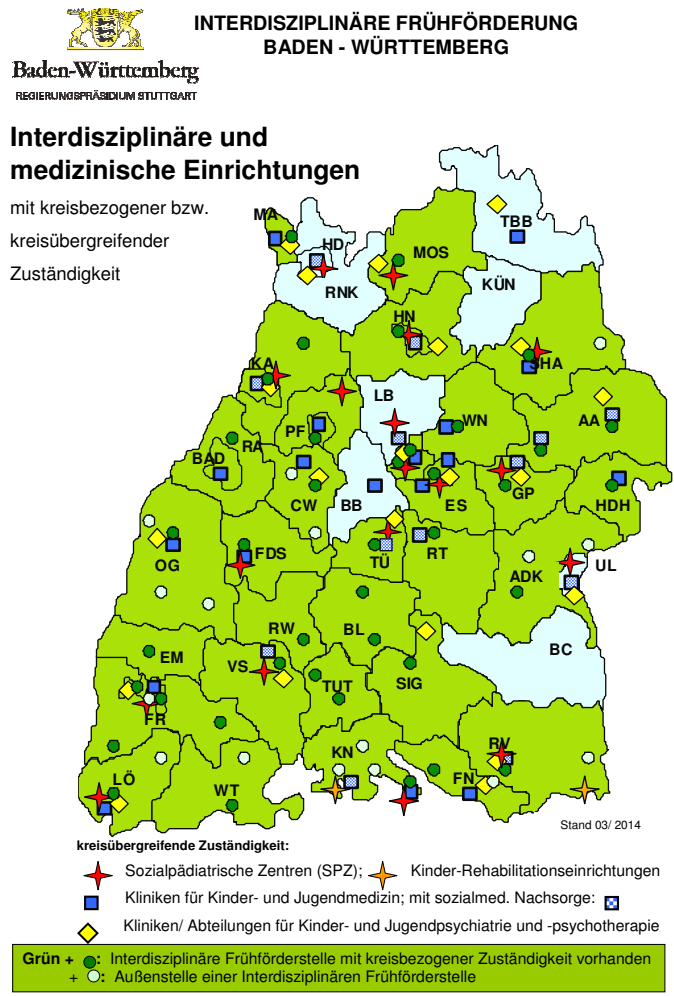
Beratung im häuslichen Umfeld (z.B. zur Verminderung des „Fernsehparkens“) zeitlich begrenzt durchzuführen und auf den Besuch einer guten KiTa hinzuwirken, die mit ihrem „Sprachbad“ und ihren allgemeinen Sprachförderaktivitäten wirkt (siehe Extrartikel in diesem Heft zur Sprachförderung SPATZ).

Die Förderung und Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder im Vorschulalter gehört zu den Zentralthemen unseres Facharztgebiets.

Falls eine Kombination aus kognitiver Lernbeeinträchtigung und zusätzlicher mangelnder sprachlicher Allgemeinförderung vermutet wird, könnte dann neben der Kitaaufnahme die Komplexleistung in einer IFF eine

notwendige fachspezifische Ergänzung als 2. Stufe sein. Die Landesrahmenvereinbarung wird also zu genauerem Hinschauen führen auf das, was unsere Kinder mit Entwicklungsstörungen brauchen. In solchen Fällen müssen wir uns also einigen und sollten für die gegenseitigen Argumente fachlicher Art offen sein. Argumente organisatorischer Art (...„Die Heilpädagogik hat gerade eine halbjährige Warteliste, aber eine Logopädie könnten wir sofort umsetzen“...) erschweren hingegen unser Verständnis, da wir dann ja formal laut Heilmittelrichtlinie gar nicht rezeptieren dürfen.

3. Vielleicht finden wir die Förder- und Behandlungspläne nicht uneingeschränkt zielführend, dann sollten wir deren Verbesserung anregen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach Landesdatenschutz in das FuB-Formular selbst nur unbedingt notwendige Gesundheitsdaten des Kindes aufgenommen werden dürfen. Das vorliegende Formular hat die Zustimmung des Landesdatenschutzbeauftragten.



Öffentlicher Gesundheitsdienst ÖGD - kreisbezogenes Gesundheitsamt in jedem Kreis



4. Wenn wir von der Arbeit der uns benachbarten Interdisziplinären Frühförderstellen nicht angetan sein sollten, dürfen wir nicht mehr auf andere Strukturen ausweichen, falls ein Kind einmal dort betreut ist (also andere Heilmittel rezeptieren etc.), sondern sollten der IFF eine Rückmeldung dazu geben. Es gibt interdisziplinäre Frühförderstellen, die nicht alle Arten der Heilmittelerbringung vorhalten. Diese müssen fallweise mit externen Heilmittelerbringern im Sinne der Landesrahmenvereinbarung zusammenarbeiten.

Die Gebührenhöhe für die GOP 99620 von 8,50€ wurde im Anschluss an die vereinbarte LRV zwischen der KV-BW und den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt. Sie



bildet ganz klar überhaupt nicht die vorhandene Wertschätzung der Kompetenz der Kinder- und Jugendärztinnen in den Regelungen der Landesrahmenvereinbarung ab. Im Vergleich zu vielen anderen Bundesländern haben wir Kinder- und Jugendärztinnen in unserer LRV eine uns zukommende fachlich herausgehobene Position in dem Prozess, wie die Komplexleistung Frühförderung zustande kommt. Wir tragen in dieser LRV wesentliche Mitverantwortung für die Förderung und Behandlung der auch uns anvertrauten Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen. Den meisten von uns ist dies lieber, als wenn wir gar nicht involviert worden wären und dann von der umfangreichen Frühförderung zufällig bei der nächsten Vorsorge erfahren hätten, wie dies ja z.B. bei Maßnahmen der Jugendhilfe vorkommt (auch wenn es für uns relevant gewesen wäre, davon zu wissen). Diese Mitverantwortung adäquat wahrzunehmen wird uns nur gelingen, wenn wir in gutem Kontakt mit der uns benachbarten Interdisziplinären Frühförderstelle sind. Nur dann werden wir selber Bestandteil einer die Säulen des Sozialsystems überbrückenden, zur Kindergesundheit beitragenden Interdisziplinarität.

Im Gegensatz hierzu fühlen sich die 8,50€ für die GOP 99620 im Grunde an wie eine formale „Abnickgebühr“, die dazu geeignet ist, an entscheidender Stelle (also bei uns zur Kooperation aufgeforderten Kinder- und Jugendärztinnen) den Geist

dieser Landesrahmenvereinbarung zu ersticken. Denn sich zu vernetzen und die Kontakte zu den anderen Akteuren rund um die Kindergesundheit zu halten und zu pflegen kostet Zeit – für uns Kinder- und Jugendärztinnen bisher zumeist unvergütete Familienzeit. Schon wenn wir abends nach der Sprechstunde an Qualitätszirkeln teilnehmen um Kontakte zu pflegen und unsere Fachlichkeit abzugleichen und zu heben, tun wir dies als Freiberuflerinnen stets unvergütet in der Regel mehrmals im Monat in verschiedenen Kontexten. Diese kontinuierliche Fortbildung wird auch hier wieder ungefragt vorausgesetzt und im von der krankenkassendominierten Selbstverwaltung entweder gar nicht erst bezahlt oder im geschickt gedeckelten Regelleistungsvolumen honorartechnisch versenkt. Auch die im Geiste der LRV lebende Idealvorstellung von der eventuellen kinder- und jugendärztlichen Teilnahme an Fallbesprechungen und runden Tischen im Rahmen der Frühförderung sowie längeren Telefonaten (unvergütet in der Praxiszeit?) wird eben in der Breite unter den bestehenden Voraussetzungen eine Idealvorstellung bleiben. Aber immerhin ist die unvergütete QZ-Teilnahme keine formale und damit noch weiter entwürdigende Voraussetzung für die Erlaubnis zur Abrechnung der GOP 99620; solche Konstrukte kennen wir aus anderen Kontexten ja auch.

Herr Rodens hatte gegen diese Dumping-Vergütung, dieses Ho(h)norar im Mai 2014 bei der KV-BW protestiert – leider erfolglos, wie im Pädinform-Landesordner nachgelesen werden kann. Es wurde aber dabei von KV-Seite deutlich gemacht, dass unsere Vertreter in künftigen Evaluationsverhandlungen dabei sein sollten und dass hier zukünftig „Luft nach oben“ sein könne, je nachdem, wie sich die Strukturen entwickeln. Was soll man dazu sagen? Das Holz muss schon sehr trocken und von bester Qualität sein, wenn ein Feuer fast ohne Luft brennen soll. Damit

der Ofen zieht, müsste er zudem gut vorgewärmt sein. Und die Erfahrung von Ofenbesitzern zeigt: Einmal aus und abgekühlt ist eben aus und abgekühlt; neu anfeuern ist immer eine Investition. Hoffen wir also, dass dieses sparbeflüttete Feuer zu Beginn nicht zu sehr qualmt und bis zum angemessenen Öffnen des Luftventils überlebt. Ein Ofen wärmt eben nicht, nur weil man ihm sagt, dass er dies jetzt solle. Man muss schon für die realen Voraussetzungen sorgen, also Holz reintun, für Belüftung und Anbrennmaterial sorgen und schließlich das Feuer anzünden. Die Hoffnung stirbt aber zuletzt vor allem deswegen, weil es sich eben durchaus unterschiedlich anfühlt, in welcher Qualität man für seine Arbeit brennen kann und ob man sich in der Lage fühlt, den Raum, dem man zugewiesen wurde, angemessen (und ja: auch energieeffizient) wärmen zu können. Dies ist der wesentliche Faktor für langfristige Berufszufriedenheit.

Joachim Suder,
Till Reckert

Wir tragen in dieser LRV wesentliche Mitverantwortung für die Förderung und Behandlung der auch uns anvertrauten Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen.