Leistungsprofil der interdisziplinären Frühförderung in Bayern

1. Definition und Leistungsangebot von Interdisziplinären Frühförderstellen

Gemäß Frühförderungsverordnung (FrühV) sind Interdisziplinäre Frühförderstellen familien- und wohnortnahe (lebensweltorientierte) Dienste, vgl. § 1 i. V. m. der Präambel zum RV IFS. Sie dienen der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern mit dem Ziel, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die (drohende) Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Dazu bedarf es der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärztinnen und -ärzten, qualifizierten medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und psychologischen Fachkräften sowie der kontinuierlichen, auf die Bedürfnisse der einzelnen Familie und ihren soziokulturellen Hintergrund abgestimmten Zusammenarbeit mit den Eltern (vgl. § 3 FrühV).

Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder (sehgeschädigte, hörgeschädigte Kinder) sind als überregional tätige Frühförderstellen (SIFS) auf der Ebene der Bezirke angesiedelt, vgl.§ 4 Abs. 3 bzw. § 5 Abs. 3 RV IFS. Sie sind für die Förderung hör- und sehgeschädigter Kinder, von Kindern mit zentralen Störungen der auditiven und visuellen Wahrnehmung und Verarbeitung, sowie von Behinderung bedrohter Kinder sinnesgeschädigter Eltern zuständig. Gemäß dem Charakter ihrer Tätigkeit erfolgt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich vor allem in Kooperation mit entsprechenden Stellen, insbesondere mit Fachärztinnen und -ärzte und Fachkliniken, und den nächstgelegenen Interdisziplinären Frühförderstellen.

Als fachlich und organisatorisch eigenständige Einrichtungen erbringen Interdisziplinäre Frühförderstellen Leistungen der Früherkennung und Frühförderung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 SGB IX als Komplexleistung. Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen (vgl. § 46 (3) SGB IX).

Unterschriftsfassung

Überdies umfasst die Komplexleistung offene, niedrigschwellige Beratungsangebote für Eltern, interdisziplinäre Diagnostik einschließlich der gemeinsamen Erstellung und Unterzeichnung des gesamten Förder- und Behandlungsplans durch den behandelnden Arzt/Ärztin und durch die verantwortliche Fachkraft der Frühförderstelle, vgl. § 7 Abs. 1 RV IFS i. V. m. Anlage 3 RV IFS, mobile Leistungserbringung aus fachlichen und organisatorischen Gründen, Beratungen auch durch medizinische Therapeutinnen und Therapeuten sowie Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität, einschließlich der Kooperation mit kindbezogenen Institutionen und Fachkräften (vgl. § 5 Abs. 1 und § 6a FrühV).

Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen insbesondere auch nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten. Sie werden durch Interdisziplinäre Frühförderstellen angeboten (vgl. § 46 Abs. 2 SGB IX).

Im Rahmen eines ganzheitlich orientierten Konzeptes und in fachübergreifender Zusammenarbeit werden umfassende bedarfsgerechte Hilfen unter Beachtung der Ressourcen von Kind und Eltern/Bezugspersonen erbracht. Bei Verdacht auf eine Hör- bzw. Sehschädigung sind die überregionalen Frühförderstellen (vgl. § 4 Abs. 3 bzw. § 5 Abs. 3 RV IFS) mit einzubeziehen. Alle Leistungselemente sind darauf gerichtet, die Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erkennen, zu fördern und zu stärken sowie die Eltern/Bezugspersonen zu beraten und zu unterstützen.

Diese gemeinsame Orientierung wird durch Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen aller an dem Leistungsangebot beteiligten Fachkräfte gewährleistet. Im Rahmen der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt.

2. Personenkreis

Säuglinge und Kinder bis zum Schuleintritt mit Behinderungen sind Kinder, „die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (vgl. § 2 Satz 1 SGB IX u. § 5 RV IFS).

Unterschriftsfassung

„Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“ (§ 2 SGB IX).

Wegen des engen und dynamischen Zusammenhangs biologischer, psychischer und sozialer Faktoren ist bereits von einer drohenden Behinderung auszugehen, wenn im Sinne der ICF u.a.

a) Schädigungen der Komponenten Körperstruktur und/oder Körperfunktion und/oder Beeinträchtigungen der Komponente Aktivitäten/Partizipation vorliegen und eine Wechselwirkung mit zu erwartenden einstellungs- und umweltbedingten Barrieren eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft bedroht,

und umgekehrt ebenso, wenn

b) Kinder in dauerhaft deprivierenden und hoch belastenden Entwicklungsbedingungen leben und schädigende bzw. beeinträchtigende Auswirkungen auf die Komponenten Körperstrukturen, Körperfunktionen sowie Aktivitäten/Partizipation zu erwarten sind, die eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft bedrohen.

Zudem muss ein Bedarf sowohl von pädagogischen bzw. psychologischen als auch medizinisch-therapeutischen Leistungen gegeben sein.

3. Inhalte und Gesamtprozess der Komplexleistung „Früherkennung / Frühförderung“

3.1 Offenes Beratungsangebot (§ 5 Abs. 2 und § 6 FrühV)

Zur Information, Früherkennung und Prävention bieten die Interdisziplinären Frühförderstellen ein offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot für Eltern und andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen an, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, Fragen zur Entwicklung ihres Kindes haben oder ggf. Kontaktadressen suchen. Dieses Beratungsangebot soll vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden können. Das offene, niedrigschwellige Beratungsangebot muss in jeder Interdisziplinären Frühförderstelle für alle Interessierten wohnortnah und leicht erreichbar sein. Eine große Bekanntheit in der Öffentlichkeit sorgt dabei für einen niedrigschwelligen Zugang.

Unterschriftsfassung

Das offene Beratungsangebot

- dient der Prävention und Früherkennung,
- geht auf Sorgen der Eltern ein und hilft Verunsicherungen der Eltern durch fachliche Beratung entgegenzuwirken,
- beugt unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vor,
- liefert frühförderrelevante Informationen, u. a. zu sozialrechtlichen Fragen,
- kann zur Vermittlung an weiterführende oder ergänzende Dienste und Einrichtungen führen.

Das Beratungsangebot findet ambulant in der Frühförderstelle oder – aus Gründen der Niedrigschwelligkeit – mobil an anderen Orten statt (Familie, Kindertagesstätte o. ä.) und kann bei erkennbarem Bedarf in eine Erstberatung der Frühförderstelle übergehen.

Die Erstberatung wird von Eltern (auch Personensorgeberechtigten und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern) in Anspruch genommen, wenn sich abzeichnet, dass Kinder einen Förderbedarf bzw. Eltern einen Beratungsbedarf zur Entwicklung ihres Kindes haben. Die Erstberatung dient zur Klärung, ob eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erforderlich ist. Dazu werden die Eltern/Bezugspersonen über den Vorstellungsgrund, ihre Erwartungen und ggf. die bisherigen Behandlungen und Hilfen befragt sowie über die Vorgehensweisen zur Diagnostik und Komplexleistung Frühförderung informiert.

3.2 Diagnostik und Erstellung des Förder- und Behandlungsplans

Im Handlungsfeld Frühförderung ist die interdisziplinäre Diagnostik die wesentliche Grundlage zur differenzierten Einschätzung des Kindes in seiner körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung sowie in seiner familiären und sozialen Situation. Diese differenzierte Einschätzung jedes Kindes und seiner Entwicklungsbedingungen wird durch kontinuierliche interdisziplinäre Kooperation von unterschiedlichen Fachkräften innerhalb der Frühförderstelle gewährleistet.

Die Veranlassung zur interdisziplinären Eingangsdiagnostik kann Ergebnis des offenen, niedrigschwelligen Beratungsangebotes sein. Sie erfolgt in gemeinsamer Verantwortung mit (in Bayern) zugelassenen oder ermächtigten Vertragsärztinnen und -ärzte, in der Regel Fachärztinnen und -ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gemäß § 6 Abs. 1 RV IFS oder in

Unterschriftsfassung

Kooperation mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ). Eine Überweisung an ein SPZ sowie eine kooperative Zusammenarbeit zwischen SPZ und IFS können aufgrund der Art, Schwere oder Dauer des Gesundheits- bzw. Teilhabeproblems notwendig werden (vgl. § 8 Abs. 4 FrühV und § 119 Abs. 2 SGB V).

Die Diagnostik in Interdisziplinären Frühförderstellen ist auf alle Dimensionen kindlicher Entwicklung ausgerichtet und eingebettet in die Alltags- und Lebenswelt des Kindes. Normorientierte, standardisierte Verfahren und Methoden fachspezifischer Befunderhebung werden ergänzt durch Interaktionsbeobachtungen und die Einschätzungen der Eltern. Die Beobachtungen und diagnostischen Einzelbeiträge der beteiligten Fachkräfte werden in eine interdisziplinäre Gesamtschau über einen strukturierten Dialog auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF integriert. Diese dient dazu,

- Teilhabeeinschränkungen und den Bedarf an medizinischer Rehabilitation, Barrieren sowie Ressourcen zu erkennen und zu bewerten,
- die Indikation zur Erbringung bzw. Fortführung der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung zu begründen oder alternative Fördermöglichkeiten und/oder Beratungsangebote zu empfehlen,
- entwicklungs- und teilhabeförderliche Ansatzpunkte für interdisziplinär ausgerichtete Förderung, Therapie und Beratung abzuleiten.

Als Grundlage einer Bedarfsermittlung im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik dient das bio-psycho-soziale Modell der ICF (vgl. DVfR 2017, 3). Mit Blick auf junge Kinder und ihre Entwicklungspotenziale ab Geburt bis Schuleintritt und die in diesem Lebensalter existenzielle Bedeutung ihres Umfeldes ist dabei eine Berücksichtigung aller Komponenten der ICF in ihren Wechselwirkungen zwingend erforderlich (Körperstrukturen/-funktion, Aktivität/ Teilhabe, Kontextfaktoren und personenbezogene Faktoren). Eine Reduzierung der Nutzung der ICF als reines Assessment-Instrument reicht zum Erkennen und Abbilden von Bedarfen junger Kinder nicht aus. Das schon bestehende Konzept zur Erstellung des Förder- und Behandlungsplans (s. auch Punkt 3) entspricht bereits einem „strukturierten, nachvollziehbaren und in seinen Abläufen standardisierten Kommunikationsprozess“ (DVfR 2017, 7), der seitens der DVfR fachlich gefordert wird, um eine valide Ermittlung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs sicherzustellen. Wichtig ist, dass regionale Gegebenheiten zum effizienten Gestalten von Prozessen der Förder- und Behandlungsplanung (Teilhabeplanung) berücksichtigt und ggf. weiterentwickelt werden.

Unterschriftsfassung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte ist an stabile organisatorische Voraussetzungen geknüpft, die räumliche und zeitliche Ressourcen für den regelmäßigen Austausch umfassen. Kooperationsformen sind sowohl in einer Interdisziplinären Frühförderstelle als auch in der Kooperation mit medizinisch-therapeutischen Fachkräften in niedergelassenen Praxen und/oder den Sozialpädiatrischen Zentren sicherzustellen, ggf. auch mit schulischen Fachkräften. Dabei empfiehlt sich, die Aufgaben und Strukturen der Zusammenarbeit vertraglich mit den Kooperationspartnerinnen und -partner festzulegen. Auch unabhängig von einem inklusiven SGB VIII gilt die Kooperation/Vernetzung insbesondere auch für Familien/Kinder, die in Kontakt mit dem Jugendamt stehen und Leistungen der Jugendhilfe erhalten. In der interdisziplinären Frühförderung ist Diagnostik sowohl Arbeitsgrundlage als auch permanenter Prozess, in dem alle notwendigen Disziplinen und die Eltern beteiligt sind (siehe dazu auch die von der VIFF 2009 herausgegebene „Empfehlung zur Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung in IFFs“).

Die Überprüfung und ggf. Aktualisierung einzelner Ergebnisse wird in fachlich begründetes Handeln umgesetzt. Hierzu dienen interdisziplinäre Fallgespräche. Die Diagnostik ist allgemein als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt.

Der im Zuge der interdisziplinären Diagnostik ermittelte Förder- und Beratungsbedarf ist Grundlage der interdisziplinär ausgerichteten individuellen Förder- und Behandlungsplanung. In Form des interdisziplinären Förder- und Behandlungsplans werden Teilhabe- und Rehabilitationsziele, inhaltliche Schwerpunkte, Ort und Setting der Förderung, Ansprechpersonen, Fallregie und Verantwortlichkeiten, Häufigkeit und Zeitrahmen der Zusammenarbeit mit Kind, Familie und weiteren Fachkräften konkretisiert.

Der Förder- und Behandlungsplan bildet die Grundlage für die strukturelle und inhaltliche Zusammenarbeit der am Prozess beteiligten Fachdisziplinen in der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung.

Gemäß § 7 Abs. 1 FrühV ist es Aufgabe der Interdisziplinären Frühförderstellen – ggf. SPZ – „die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich oder elektronisch zusammenzustellen und diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14

Unterschriftsfassung

des Neunten Buch Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vorzulegen.“, vgl. zur Zusammenarbeit des behandelnden Arztes/der Ärztin mit den Verantwortlichen der IFS zur Erstellung des Förder- und Behandlungsplans § 7 Abs. 1 des RV IFS bzw. siehe oben unter 1.

Die schriftliche Fixierung anhand institutionsbezogener Vorgaben ist Voraussetzung für eine wirksame Reflexion und Evaluation – fallbezogen wie fallübergreifend – und schließt die Überprüfung und Fortschreibung der Zieldefinition und der Auswahl und inhaltlichen Akzentuierung der Maßnahmen ein.

Damit bildet der ICF-orientierte Förder- und Behandlungsplan die Grundlage der Rehabilitations- und Teilhabeplanung. In der interdisziplinären Frühförderung übernimmt der Förder- und Behandlungsplan die Aufgaben des Teilhabeplans. Dabei ist für die Interdisziplinären Frühförderstellen zu beachten, dass in Ergänzung zu §118 SGB IX alle Komponenten der ICF einbezogen sein müssen. Im Förder- und Behandlungsplan sind die benötigten Leistungskomponenten zu benennen, vgl. Anlage 3 RV IFS.

Die Eltern/Personensorgeberechtigten stellen am Ende des Prozesses der Förder- und Behandlungsplanung den Antrag auf notwendige Frühförderleistungen, vgl. § 10 RV IFS. Weitere Leistungen können empfohlen werden (u. a. Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung). Im Ergebnis erhält der Rehabilitationsträger den Förder- und Behandlungsplan und den Leistungsantrag der Sorgeberechtigten. Er prüft das Vorliegen der Voraussetzungen für die Hilfegewährung, führt das Bewilligungsverfahren durch und entscheidet über die beantragten Maßnahmen.

Die gemeinsame Verantwortung besteht sowohl für den medizinisch-therapeutischen Bereich als auch den pädagogischen Bereich im Rahmen der jeweiligen Fachkompetenz.

Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten (vgl. § 7 Abs. 1 FrühV, § 7 Abs. 1 RV IFS).

3.3 Förderung/Behandlung im Rahmen der Komplexleistung

Interdisziplinäre Frühförderstellen bieten umfassende Leistungen im Bereich Früherkennung, Diagnostik, Beratung, heilpädagogische Förderung und medizinisch-therapeutische Leistungen an, um den jeweiligen individuellen Rehabilitations- und Teilhabebedarfen von

Unterschriftsfassung

Kindern und ihren Eltern begegnen zu können. Grundlegend für das Vorhalten und Erbringen der komplexen Angebote sind zum einen die fachspezifische Qualifikation des Personals und zum anderen die Sicherstellung kontinuierlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit – fallbezogen und fallübergreifend.

Die Erbringung von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung richtet sich grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses. Die Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern für alle zu erbringenden Leistungen wird nach § 46 Abs. 5 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

Leistungen zur Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Akteure sowie gleichzeitig Qualitätsmerkmale sind insbesondere:

- kindorientierte Maßnahmen (Diagnostik, Therapie/Förderung)
- Begleitung und Beratung von Eltern bzw. anderen Erziehungsverantwortlichen
- interdisziplinäre Zusammenarbeit intern, Team- und Fallbesprechungen
- sozialraumorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit (extern), Kooperation und Vernetzung
- Vor- und Nachbereitung der Frühförder- und Beratungseinheiten, Dokumentation
- Fortbildung und Supervision
- mobil aufsuchende Leistungserbringung sowohl aus fachlichen als auch aus organisatorischen Gründen, Näheres hierzu unter 3.3.1
- Berücksichtigung von Leitungs- und Verwaltungsanteilen
- weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung, z. B. Anschaffung und Nutzung moderner Hard- und Software

Die Eltern werden zu jeder Zeit über die zu erhebenden Daten und deren Verwendung im Rahmen des interdisziplinären Austauschs und der Antragstellung informiert. Zur Nutzung und Übermittlung der Daten müssen sie eine Schweigepflichtentbindung unterzeichnen, die sie jederzeit widerrufen können.

Unterschriftsfassung

3.3.1 Mobile Frühförderung

Mobile Förderung ist ein grundlegender Leistungsbestandteil interdisziplinärer Frühförderung. Nach § 6a Satz 1 Ziffer 4 FrühV gehört die mobile Frühförderung zu den weiteren Leistungen der Komplexleistung Frühförderung als „mobil aufsuchende Hilfe für die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen außerhalb von interdisziplinären Frühförderstellen“.

Sie dient der Integration der Therapie in das jeweilige Lebensumfeld des Kindes und fördert die Effizienz der Maßnahme.

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin entscheidet in enger Abstimmung mit den Verantwortlichen der Interdisziplinären Frühförderstelle im Förder- und Behandlungsplan über die Form der mobilen Leistungserbringung, und somit auch über die Möglichkeit der mobilen Erbringung. Hierbei sind die Vorgaben nach § 6a Satz 2 Frühförderverordnung sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 123 SGB IX, § 12 SGB V, sowie § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX, § 9 RV IFS) zu beachten.

a) Zur Begründung der mobilen Erbringung medizinisch-therapeutischer wie auch heilpädagogischer Leistungen und um sicherzustellen, dass das behandlungsbedürftige Kind überhaupt eine Behandlung erhalten kann, können sowohl fachliche (z.B. fehlende Transportfähigkeit oder Funktionsstörungen, die eine Behandlung in der Lebenswelt des Kindes nahelegen) als auch organisatorische Gründe herangezogen werden. In diesen Fällen sind grundsätzlich nur solche organisatorischen Gründe zu berücksichtigen, die in den Lebensumständen des Kindes oder der Familie liegen (etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden), soweit diese die im Förder- und Behandlungsplan festgelegten Ziele gefährden. Eine medizinische Indikation ist somit nicht die notwendige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung.

b) Nur für den heilpädagogisch-psychologischen Bereich gilt: Zur individuellen Begründung mobiler heilpädagogisch-psychologischer Leistungen können die Begründungsbausteine nach Anlage 2 der Vollzugshinweise verwendet werden. Entscheidend ist stets der individuelle Bedarf des Einzelfalls. Bei den Kindern, bei denen die Förderung in der Regel ambulant stattfindet, können bis zu sechs Behandlungseinheiten pro Jahr

Unterschriftsfassung

ohne Beantragung und Begründung mobil erbracht und abgerechnet werden. Mobil genehmigte Behandlungseinheiten können je nach Bedarf des Kindes auch ambulant erbracht werden.

Die Begründungen für die mobile Leistungserbringung sind in den jeweiligen Akten der behandelten Kinder zu dokumentieren.

3.3.2. Videobehandlung

Die Videobehandlung stellt die Ausnahme in Form einer Einzelfalllösung dar. Folgende Rahmenbedingungen / Voraussetzungen sind zwingend einzuhalten:

- Es handelt sich um eine fachliche Entscheidung der Frühförderstelle.
- Gegenseitiges Einvernehmen mit den Sorgeberechtigten muss vorliegen.
- Eine Videobehandlung ist nicht zu Beginn der Frühförderung möglich (frühestens ab der sechsten Behandlungseinheit).
- Angemessene Medienkompetenz und Konzentrationsfähigkeit müssen gegeben sein.
- Eine störungsfreie Umgebung muss gewährleistet sein.
- Eine Bezugsperson des Kindes muss anwesend sein.
- Die technischen Voraussetzungen müssen gegeben sein.
- Der Datenschutz muss gewährleistet sein.

3.4. Abschließende Leistungen

Interdisziplinäre Frühförderung wird in der Regel so lange durchgeführt, wie ein entsprechender Rehabilitations- und Teilhabebedarf besteht oder Eltern dies berechtigterweise für ihr Kind wünschen, längstens bis zur Einschulung des Kindes. Die Leistungen werden unter Beachtung der jeweiligen Entwicklungsdynamik des Kindes und der spezifischen Erfordernisse im Förder- und Behandlungsplan individuell angepasst.

Besteht kein Bedarf an Frühförderung, sondern an einer anderen Unterstützungs- oder Beratungsleistung oder endet die Zuständigkeit der Interdisziplinären Frühförderstelle, werden notwendige Übergänge hierzu durch Beratung, Information und Vermittlung begleitet.

Unterschriftsfassung

Im Übergang zur Einschulung des Kindes gehört es zu den Aufgaben der interdisziplinären Fachkräfte der Frühförderstelle, die Eltern über heilpädagogische, rechtliche und organisatorische Aspekte zu informieren, um eine möglichst nahtlose Überleitung der vorschulischen Hilfen in das schulische System zu ermöglichen.

3.5 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten

Die Zusammenarbeit erfolgt auf zwei Ebenen: kind- oder fallbezogene Ebene und institutionsbezogene oder fallübergreifende Ebene.

Fallbezogene Ebene:

Für die Förderung und Behandlung findet im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bzw. mit Einverständnis der Eltern/Sorgeberechtigten ein Informationsaustausch mit anderen Einrichtungen und Diensten statt. Zu diesen gehören z. B. Sozialpädiatrische Zentren, integrative und heilpädagogische Kindertageseinrichtungen, Regelkindergärten, Förderschulen einschließlich SVE, Familienentlastende Dienste, Fachkliniken, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Vertragsärztinnen und -ärzte, Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi), Schwangerenkonfliktberatungsstellen und Erziehungsberatungsstellen. Kind- bzw. fallbezogene Kooperationsaktivitäten beziehen sich insbesondere auf den Austausch und die Abstimmung mit anderen, das Kind und seine Familie betreuenden Institutionen (§ 6a Pkt. 3c FrühV), die fachliche Beratung und Mitwirkung beim Übergang in eine andere Einrichtung sowie die Vermittlung an andere Fachkräfte.

Fallübergreifende Ebene:

Neben fallbezogener Zusammenarbeit beziehen sich der Informationsaustausch und sonstige Aktivitäten der Kooperation auf fallübergreifende Inhalte der Arbeit mit Kindern und Familien im Sozialraum mit dem Ziel, hinreichende Vernetzungsstrukturen aufzubauen und zu pflegen (UN BRK; § 78 SGB VIII, BayKiBiG Art. 15). Die Kooperationen insbesondere im Sinne des Kinderschutzes im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen (z. B. die Zusammenarbeit mit KoKi) haben sowohl eine fallübergreifende als auch fallbezogene Komponente (§ 3 KKG).

Unterschriftsfassung

3.6 Mitwirkung der Eltern bzw. Bezugspersonen

Die Eltern bzw. Bezugspersonen sind während der gesamten Frühfördermaßnahmen einzubinden und zu beteiligen.

4. Art und Umfang der Leistung

Die Komplexleistung zur Früherkennung und Frühförderung wird als eigenständige Leistung, nach den Gegebenheiten des Einzelfalls als ambulante Frühförderung in der Frühförderstelle oder als mobile Frühförderung in der jeweiligen Lebensumwelt des Kindes, insbesondere der Familie, aber auch der Kindertageseinrichtung erbracht, vgl. oben unter 1. Die Anteile von mobilen und ambulanten Angeboten richten sich auch nach den regionalen Erfordernissen.

Art, Umfang und Häufigkeit der Frühförderleistung bestimmt sich nach dem Rahmenvertrag und nach dem individuellen Bedarf des einzelnen Kindes. Dieser Bedarf wird bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans als Gesamtleistung unter Angabe des Zeitraums und der Anzahl der Behandlungseinheiten/Monat zur Erbringung verschiedener Leistungselemente im Rahmen der interdisziplinären Förderung und Behandlung festgelegt. Die immer aufeinander bezogenen Leistungen können im Bewilligungszeitraum gleichzeitig oder nacheinander und/oder in wechselnder Intensität erbracht werden.

5. Qualität der Leistung

Die Strukturqualität für eine Interdisziplinäre Frühförderstelle mit ihrem multidisziplinären Team muss nachfolgenden Mindestanforderungen an die personelle, räumliche und sächliche (gestiegene Anforderungen an Medien und EDV- Ausstattung, z. B. Abrechnungssoftware, Dokumentation, Systembetreuung, Datenschutz) Ausstattung entsprechen. Die Strukturen müssen so angelegt sein, dass auf der Basis entsprechender Fallzahlen und des jeweiligen Sozialraums eine Expertise vorhanden ist, mit deren Hilfe die vorgenannten Inhalte der Komplexleistung wirksam umgesetzt werden.

Unterschriftsfassung

5.1 Qualifikation des Fachpersonals

Zusammensetzung, Zahl und Beschäftigungsweise der Mitarbeitenden sind weitgehend abhängig von der Zahl und von den Behinderungen oder drohenden Behinderungen der zu behandelnden Kinder. Um jedoch zu gewährleisten, dass alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder von einer Interdisziplinären Frühförderstelle fachlich angemessen betreut werden können, sind für den medizinisch-therapeutischen Bereich alle Berufsgruppen gemäß den Vorgaben nach § 6 Abs. 2 RV IFS vorzuhalten.

Sowohl für den sozial- und heilpädagogischen als auch für den psychologischen Bereich ist aus den im folgenden genannten Disziplinen mindestens eine Fachkraft vorzuhalten.

Dies ist in Form von Festanstellung, Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung bzw. auf Kooperations- oder Honorarbasis möglich. Soweit Kooperationsvereinbarungen für die Einbindung von nicht fest angestellten Fachkräften getroffen werden, bedürfen diese der Schriftform.

Eine Festanstellung der Leitung sowie je einer Vertretung aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich, dem heilpädagogischen Bereich und dem psychologischen Bereich wird aus Qualitätsgesichtspunkten erwartet. Der Umfang der Festanstellung ist der einzelnen Einrichtung freigestellt.

Alle Leistungen sind in der Einrichtung zu erbringen bzw. mobil in der Lebensumwelt des Kindes insbesondere in der Familie oder in der Kindertageseinrichtung, vgl. oben unter 1.

Bei Orthoptistinnen und Orthoptisten, Audiometristinnen und Audiometristen, Hörgeräteakustikerinnen und -akustiker können die Leistungen aufgrund ihrer spezifischen technischen Ausstattung auch in deren Räumlichkeiten erbracht werden, soweit dies nicht in der Frühförderstelle möglich ist.

Das medizinisch-therapeutische Fachpersonal bedarf als Nachweis der fachlichen Qualifikation der Vorlage einer Urkunde, die zur Führung einer der vorgenannten Berufsbezeichnungen berechtigt. Die Berufsurkunde muss entweder in Deutschland ausgestellt oder in Deutschland anerkannt worden sein. Die Nachweise müssen der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Landesverband im jeweiligen Regierungsbezirk vorgelegt werden.

Unterschriftsfassung

5.2 Ausstattung mit Räumen und Sachmitteln

Die räumliche Ausstattung der Interdisziplinären Frühförderstelle muss geeignet sein, um die Diagnostik, die Förderung und Behandlung der Kinder einzeln und in (kleinen) Gruppen durchführen zu können. Auf Barrierefreiheit ist zu achten.

Zur Durchführung der Komplexleistung ist eine ausreichende Zahl von Räumen mit sachgerechter Ausstattung vorzuhalten, die sich für den medizinisch-therapeutischen Bereich an den Bestimmungen der jeweils gültigen Bundesrahmenverträge nach § 125 Abs. 1 SGB V orientiert.

Bei Frühförderstellen für Sinnesbehinderte sollen indikationsabhängig zusätzlich schallgedämmte Audiometrieräume und/oder Low-Vision-Räume sowie Kinderaudiometrie-Anlage und messtechnische Ausstattung zur Kontrolle von Hör- und Sehsystemen vorgehalten werden.

In der Frühförderstelle sind zusätzliche Räume mit der Möglichkeit zur Mehrfachnutzung insbesondere für die Beratung der Eltern und anderer Bezugspersonen, für Elterngruppen, für Teambesprechungen und Fallberatungen vorzuhalten. Ferner bedarf es entsprechender Räumlichkeiten für die Büroarbeitsplätze der Mitarbeitenden.

Die Frühförderstelle muss räumlich in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt sein.

Zur Durchführung der Komplexleistung muss in der Interdisziplinären Frühförderstelle für die Bereiche Diagnostik, Förderung und Behandlung sowie Beratung die jeweilige Sachmittelausstattung vorhanden sein und einem zeitgemäßen Standard entsprechen. Die Sachmittelausstattung im medizinisch-therapeutischen Bereich orientiert sich ebenfalls an den Bestimmungen nach § 125 Abs. 1 SGB V. Die detaillierte Aufstellung ist in der Anlage 2 Strukturerhebungsbogen aufgeführt.

Unterschriftsfassung