

# Praktische Konsequenzen des Bundesteilhabegesetzes für die Früherkennung und die Frühförderung von Kindern mit (drohender) Behinderung

GERHARD KRINNINGER

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Systemischer Supervisor, ist Einrichtungs- und Fachbereichsleiter Frühförderung im Caritasverband für die Diözese Passau e.V.; sowie seit 2008 Vorstandsmitglied der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung, Landesvereinigung Bayern e.V.

**Um die praktischen Konsequenzen der Gesetzesreform auf die Weiterentwicklung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nachvollziehen zu können, ist es unumgänglich, sich mit dem grundlegenden Wandel im Verständnis von Behinderung, der Neuausrichtung der Eingliederungshilfe sowie mit den durch das BTHG veränderten Rollen der Leistungsträger, -berechtigten und -erbringer auseinanderzusetzen.**

## Zentrale Reformebenen des BTHG

Den Bundesländern werden weitreichende Gestaltungskompetenzen in der Umsetzung des BTHG eingeräumt. Von den Rehabilitationsträgern fordert dieses Gesetz ein bislang nicht gekanntes Maß an Koordination und Kooperation, um ein Zusammenwirken der Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen »wie aus einer Hand« zu ermöglichen. Im Bereich der Früherkennung und Frühförderung kommt den präzisierten und ergänzten Definitionsmerkmalen der Komplexleistung eine besondere Bedeutung zu.

## Der »neue Behinderungsbegriff« verlangt ein grundsätzliches Umdenken

»Behinderung« ist nicht (mehr) nur als rein personbezogene Beeinträchtigung zu verstehen, sondern als Ergebnis eines komplexen Wirkungszusammenhangs

von individuellen funktionellen Beeinträchtigungen *und* sozialen Benachteiligungen (vgl. § 2 (1) SGB IX/BTHG). Der »soziale Behinderungsbegriff« wird notwendigerweise ein Umdenken hinsichtlich Bedarfsermittlung, Leistungsansprüchen und Leistungserbringung auch in der Früherkennung und Frühförderung mit sich bringen.

## Zum Teilhabekonzept des BTHG

Das Teilhabekonzept des BTHG orientiert sich eng am bio-psycho-sozialen Modell, das der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO zugrunde liegt. In diesem Zusammenhang muss allerdings berücksichtigt werden, dass eine Beurteilung wesentlicher Teilhabebeschränkungen im Vorschulalter nicht ausschließlich nach Anzahl und Schweregrad von Teilhabekriterien der ICF-Komponente »Aktivitäten und

Partizipation« erfolgen kann. Vielmehr erhält bei Säuglingen, Klein- und Kindergartenkindern die Früherkennung und Frühförderung von Beeinträchtigungen und Entwicklungsrisiken im Sinne von § 42 (2) SGB IX/BTHG eine besondere, gleichsam antizipierende (Zusatz-) Bedeutung: Auch wenn sich bei jungen Kindern nicht immer konkrete Teilhabebeeinschränkungen beobachten lassen, kann oftmals / in bestimmten Fällen auf Grund der Begleitumstände dennoch eine drohende Behinderung mit zu erwartenden Teilhabebeeinschränkungen erkannt werden.

## »Neuer Behinderungsbegriff« – neue Schwerpunkte in der Zielsetzung

Das BTHG, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, lässt seine Programmatik bereits in der Namensgebung erkennen. Es misst dem individuellen Wunsch- und Wahlrecht aller Leistungsberechtigten (vgl. § 8 SGB IX/BTHG), den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit (drohenden) Behinderungen sowie den Bedarfen von Menschen mit (drohenden) seelischen Behinderungen einen hohen Stellenwert bei (s. § 1 SGB IX/BTHG). Nicht nur die teilhabeförderliche Verbesserung indivi-

forderung, ihre Angebote systematisch im Sinne des sozialen Behinderungsbegriffs und der Verbesserung der individuellen Teilhabe auszurichten. Damit dies gelingen kann, bedarf es einerseits der Entwicklung und Umsetzung sozialraumorientierter Teilhabekonzepte für Säuglinge, Klein- und Kindergartenkinder mit (drohender) Behinderung und deren Eltern/Familien. Andererseits müssen die beteiligten Rehabilitationsträger ein Leistungsverständnis entwickeln, das Ansprüche nicht nur isoliert auf ein einzelnes Individuum bezieht, sondern gleichermaßen Verantwortung für sozialraumorientierte und auf fachliche Kooperationen ausgerichtete Teilhabeleistungen übernimmt.

## Systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel

Das SGB IX/BTHG verpflichtet die Rehabilitationsträger zu einer frühzeitigen, vorrangigen, individuellen, funktionsbezogenen, einheitlichen, überprüfbareren und umfassenden Erkennung, Ermittlung und Feststellung von Rehabilitations- und Teilhabebedarfen. Um dies zu gewährleisten, sind sie gehalten, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen einzusetzen (vgl. §§ 12 (1), 13 (1 u. 2), 14 (2) und 15 (2)). Sind

Interdisziplinäre Frühförderung e.V., S. 7, und §§ 7 u. 8 Art. 23 »Änderung der Frühförderungsverordnung«, kurz FrühV/BTHG). Um angesichts dieser umfangreichen Verfahrensvorgaben zeitnah zu einer Lösung zu gelangen, empfiehlt der Ad-hoc-Ausschuss »Umsetzung des BTHG« der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), das bio-psychosoziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs zur Ermittlung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs zu machen (vgl. DVfR, August 2017, S. 7).

Die Umsetzung und Weiterentwicklung von Leitfäden und Arbeitsprozessen auf der Basis des bio-psychosozialen Modells wird im Praxisalltag Interdisziplinärer Frühförderstellen einen dauerhaften Mehraufwand nicht nur hinsichtlich der Bedarfsermittlung, Dokumentation und Kommunikation der beteiligten Personen untereinander, sondern auch hinsichtlich der (Erst-)Beratung, Zielformulierung, Maßnahmendurchführung sowie Überprüfung der Zielerreichung mit sich bringen. Ferner setzt eine (Teil-)Implementierung der ICF – wie sie auch immer zumindest für das Gesamtplanverfahren beschlossen werden mag – eine sachkundige Anwendung voraus, die erst individuell in Fortbildungen und institutionell in interdisziplinären Teamentwicklungsprozessen erworben und EDV-technisch umgesetzt werden muss.

## »Das offene, niedrigschwellige Beratungsangebot ermöglicht Eltern einen frühzeitigen und selbstbestimmten Zugang zur Komplexleistung Frühförderung«

dueller Funktionsfähigkeiten, sondern ebenso der Abbau von TeilhabebARRIEREN baulicher, technischer, kommunikativer und einstellungsbedingter (Vorurteile, Ängste) Art werden als zielführend angesehen (vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 192 u. 227), um die Selbstbestimmung sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Leistungsberechtigten zu stärken (vgl. § 1 SGB IX/BTHG). Die Anbieter von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung stehen somit vor der großen Heraus-

mehrere Leistungsgruppen oder Rehabilitationsträger beteiligt – wie im Falle der Komplexleistung Frühförderung –, so sind die erforderlichen Maßnahmen in einem Teilhabeplan zusammenzuführen (vgl. § 19). In der interdisziplinären Frühförderung übernimmt der für ihre Durchführung erforderliche Förder- und Behandlungsplan wesentliche Aufgaben des Teilhabeplans (vgl. Fachpapier »Gesamtprozess der Frühförderung als Komplexleistung an Interdisziplinären Frühförderstellen« der Vereinigung für

## Landesrechtliche Spielräume im Bereich der Früherkennung und Frühförderung

Die nähere Ausgestaltung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung überträgt das BTHG weitgehend den Ländern, verbunden mit der Möglichkeit, gewachsene Strukturen fortzuführen und weiterentwickeln zu können (vgl. BT-Drucksache 18/9522, S. 252). Dadurch werden Landesrecht und Landesrahmenvereinbarungen in hohem Maße über die Mindeststandards von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der künftigen Frühförderleistungen entscheiden, ebenso hinsichtlich der Vereinbarung pauschalierter Kostenaufteilungen (s. § 46 Abs. 2-5). Um die Komplexleistung Frühförderung sicherzustellen, muss es den Rehabilitationsträgern ein Anliegen sein, dass sich die Aufteilung der Kosten unter dem Strich zu 100 Prozent aufsummiert. Vieles ist derzeit noch offen.

## Zugang zur Komplexleistung Frühförderung

Das offene, niedrigschwellige Beratungsangebot, das vor der Einleitung der interdisziplinären Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden soll (vgl. § 6a (2) FrühV/BTHG), ermöglicht Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, einen frühzeitigen und selbstbestimmten Zugang zur Komplexleistung Frühförderung. Ferner ist die in § 7 (2) FrühV/BTHG formulerte Pflicht, zu begründen, warum die benötigten Leistungskomponenten nur in der besonderen Form der Komplexleistung interdisziplinär erbracht werden können, bereits zu großen Teilen durch die Definition der Komplexleistung Frühförderung im SGB IX erfüllt. Denn seit 2001 ist die interdisziplinäre Leistungserbringung mittels

Komplexleistung Frühförderung vorgenommen, damit die notwendigen Leistungen kind- und familienbezogen, wohnortnah und interdisziplinär umgesetzt werden können. So erschöpft sich die Komplexleistung für Kinder mit (drohenden) Behinderungen nicht in der Addition einzelner Leistungspflichten. Weiterhin können die Maßnahmen je nach Erfordernis gleichzeitig, nacheinander sowie in unterschiedlicher und wechselnder Intensität durchgeführt werden. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung auf der Basis eines Förder- und Behandlungsplans erbracht und richten sich grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Zu den in § 6a ergänzten Qualitäts-

teilhabeorientierte Maßnahmenplanung und -durchführung erfordern von Leistungsträgern und Leistungserbringern gleichermaßen eine anhaltende Bereitschaft, verantwortungsvoll und mit großem Respekt gegenüber den gestärkten Rechten von Menschen mit (drohender) Behinderung in der BTHG-Umsetzung zu handeln.

Die BTHG-Umsetzung wird das gesamte Leistungsspektrum von Früherkennung und Frühförderung verändern (müssen) – angefangen von offenem, niedrigschwelligem Beratungsangebot, Erstgespräch und umfassender Ermittlung von Rehabilitations- und Teilhabebedarf, über die Förder- und Behandlungsplanung, Förderung, Therapie und Beratung bis hin zu Erfolgskontrolle und Abschluss. Ein intensiver, mehrjähriger Veränderungs- und Entwicklungsprozess wird dafür vonnöten sein. ■

## »Die BTHG-Umsetzung wird das gesamte Leistungsspektrum von Früherkennung und Frühförderung verändern«

medizinisch-therapeutischer *und* heilpädagogischer Leistungen konstituierender Bestandteil der Komplexleistung Frühförderung.

Die Zusammenführung von interdisziplinär erbrachten Leistungen dient der Erreichung von übergreifenden Rehabilitations- und Teilhabezielen im Sinne des SGB IX/BTHG. Eine Bewilligung der Komplexleistung Frühförderung darf weder durch rein altersmäßig begründete Leistungsausschlüsse, z. B. bei Säuglingen, noch durch anderweitige Begrenzungen, z. B. indem »leistende« Rehabilitationsträger der Erfordernis einer umfassenden Bedarfsermittlung nicht nachkommen (vgl. §§ 14 (2) u. 15 (2) SGB IX/BTHG), eingeschränkt werden.

merkmale für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zählen insbesondere die Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität. Durch sie sollen der Austausch der beteiligten Fachrichtungen und Institutionen sowie die fachlich-interdisziplinäre Qualität der Komplexleistung Frühförderung gesichert werden. Für mobil aufsuchende Hilfen in Form von heilpädagogischen wie auch medizinisch-therapeutischen Leistungen kann es sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe geben. Eine Einschränkung auf rein medizinische Indikationen würde dem interdisziplinären Rehabilitations- und Teilhabeverständnis der Komplexleistung Frühförderung widersprechen.

## Ausblick

Die Verinnerlichung des Paradigmenwechsels im Verständnis von Behinderung und Teilhabe, die Implementierung des bio-psycho-sozialen Modells sowie einer ICF-orientierten Bedarfsermittlung, die Entwicklung sozialraumorientiert vernetzter Beratungsangebote, die

## Literatur



- Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)** Bundesgesetzbund Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016, siehe [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7)
- BT-Drucksache 18/9522**, siehe <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>
- International classification of functioning, disability and health (ICF)**, siehe [www.dimdi.de/Stellungnahme\\_des\\_Ad-hoc-Ausschusses](http://www.dimdi.de/Stellungnahme_des_Ad-hoc-Ausschusses)
- »Umsetzung des BTHG« der DVfR** [https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier\\_BTHG-Ausschuss\\_der\\_DVfR\\_zur\\_ICF-Nutzung\\_im\\_BTHG.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier_BTHG-Ausschuss_der_DVfR_zur_ICF-Nutzung_im_BTHG.pdf)
- Gesamtprozess der Frühförderung als Komplexleistung an Interdisziplinären Frühförderstellen, Fachpapier der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (VIFF) e.V.** (Veröffentlichung 07/2018, weitere Informationen unter [www.viff-fruehfoerderung.de](http://www.viff-fruehfoerderung.de))

## Weiterentwicklung der Komplexleistung Frühförderung

Sowohl in § 46 (3) SGB IX/BTHG als auch in § 5 (1) 3 Punkt und § 6a der FrühV/BTHG wurden bedeutsame organisatorische und qualitative Präzisierungen im Hinblick auf die