

# Vertrag

## über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen

(IFF-Vertrag)

**zwischen** der  
vertreten durch

**als Träger** der

(nachfolgend IFF genannt)

**und**

de  
der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf  
dem BKK Landesverband NORDWEST, Essen  
der IKK classic  
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen. Münster  
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel  
der Knappschaft, Bochum

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,

(nachfolgend Rehabilitationsträger genannt)

## **§ 1 - Gegenstand des Vertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung der Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ für noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder i.S.d. § 30 SGB IX i.V.m. der Frühförderungsverordnung (FrühV) vom 24.06.2003.

## **§ 2 - Geltungsbereich**

Der Vertrag gilt für die Vertragspartner und deren Mitglieder. Nicht vertretene Rehabilitationsträger können diesen Vertrag gegen sich gelten lassen.

## **§ 3 - Anspruchsberechtigter Personenkreis**

- (1) Das Angebot der Komplexleistung besteht für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder ab Geburt bis zum Schuleintritt. Die drohende Behinderung kann auch von Entwicklungsstörungen, -gefährdungen und -beeinträchtigungen (einschließlich Verhaltens- und seelischer Störungen) ausgehen.
- (2) Das Wunsch- und Wahlrecht des Personensorgeberechtigten des Kindes bei der Auswahl zugelassener Leistungserbringer bleibt unberührt.
- (3) Die persönlichen Leistungsvoraussetzungen der Versicherten/Leistungsberechtigten für die Inanspruchnahme der Komplexleistung werden durch die beteiligten Rehabilitationsträger nach den jeweils für sie geltenden Regelungen geprüft. Andere Ansprüche gegenüber den jeweiligen Rehabilitationsträgern bleiben unberührt.
- (4) Eine Förderung und Behandlung im Sinne dieses Vertrages ist ausgeschlossen, wenn die interdisziplinäre Komplexleistung nicht notwendig ist, um das Therapie und Förderziel zu erreichen, weil im Einzelfall Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder der Sozial-/Jugendhilfe ausreichend sind.
- (5) Leistungen nach diesem Vertrag sind auch ausgeschlossen, wenn für das förderbedürftige Kind nach Absatz 1 kein Anspruch auf Sozialleistungen nach dem SGB V oder dem SGB XII besteht.

## **§ 4 - Komplexleistung**

- (1) Die Komplexleistung umfasst alle erforderlichen Leistungen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation i. S. d. §§ 2, 5 und 6 FrühV. Die Zusammenstellung der verschiedenen Elemente ist individuell vorzunehmen und abhängig vom konkreten Förder- und Behandlungsbedarf des Kindes.

- (2) Es handelt sich immer dann um eine Komplexleistung im Sinne dieser Vereinbarung, wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (Förderzeitraum) von in der Regel mindestens einem Jahr Leistungen sowohl aus den Bereichen der medizinisch-therapeutischen als auch der heilpädagogischen Maßnahmen notwendig sind, um das übergreifend formulierte Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen. Entscheidend ist dabei, dass die Notwendigkeit der Komplexleistung durch die reale Verknüpfung und Abstimmung einzelner Maßnahmen, Methoden und Teilziele unter dem Dach einer gemeinsamen Zielsetzung verdeutlicht und nachvollziehbar wird. Dabei können die Maßnahmen gleichzeitig, nacheinander oder mit unterschiedlicher und ggf. auch wechselnder Intensität erfolgen.
- (3) Die Verordnung von Heilmitteln darf nicht veranlasst werden, soweit diese Bestandteil dieser Vereinbarung sind und im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen erbracht werden. Das Gleiche gilt für Leistungen, die in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) im gleichen Zeitraum mit Leistungen der IFF erbracht werden sollen. Hiervon unberührt bleiben Leistungen des SPZ im Rahmen der vertragsärztlichen Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung.

### **§ 5 - Inhalt und Umfang der Komplexleistung**

- (1) Die Komplexleistung umfasst
1. die interdisziplinäre Eingangsdagnostik,
  2. das Erstellen des Förder- und Behandlungsplans (FuB – Anlage 1 ),
  3. die Förderung und Behandlung (Fördereinheiten) auf der Grundlage des FuB,
  4. die interdisziplinäre Verlaufsdagnostik sowie
  5. die interdisziplinäre Abschlussdiagnostik
- (2) Die Fördereinheiten können je nach fallspezifischer Notwendigkeit entweder einzeln oder in der Gruppe abgegeben werden.
- (3) Die Fördereinheiten werden grundsätzlich in der Einrichtung durchgeführt. Bei fallspezifischer Notwendigkeit kann die Förderung auch im Lebens-/Wohnbereich erbracht werden. Ist bereits bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes bekannt, dass Fördereinheiten regelmäßig oder nicht nur als Einzelfall mobil erbracht werden müssen, so ist dies entsprechend im Förder- und Behandlungsplan zu begründen. Ergeben sich im Rahmen des Förderverlaufs Notwendigkeiten der mobilen Förderung, so ist dies entsprechend in der Patientenakte zu dokumentieren.

## **§ 6 - Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF)**

- (1) Die IFF verfügt über einen festangestellten Personalstamm, um die Anforderungen der Interdisziplinarität umsetzen zu können. Für die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung gilt die Anlage 2 als Bestandteil des Vertrages. Die IFF erbringt die Komplexleistung auf der Grundlage des anliegenden Konzeptes (Therapie-, Raum- und Personalkonzepte) als Anlage 3, das Bestandteil des Vertrages ist.
- (2) Änderungen der nachgewiesenen Voraussetzungen sind den Rehabilitationsträgern unverzüglich anzuzeigen. Personalwechsel der gleichen Fachrichtung im Sinne der Anlage 2 mit gleichem Arbeitszeitumfang sind nicht anzuzeigen. Wesentliche Änderungen des Konzeptes können eine Änderung des Vertrages zur Folge haben.
- (3) Urlaubs-, Krankheits- oder sonstige Abwesenheitszeiten des Personals dürfen nicht zu einer Beeinträchtigung des Förderprozesses führen.
- (4) Der Personalbestand ist den federführenden Rehabilitationsträgern jeweils zum 30.9. eines jeden Jahres unaufgefordert schriftlich mitzuteilen. Hierbei sind die Angaben entsprechend der Anlage 4 aufzulisten.

## **§ 7 - Diagnostik**

- (1) Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik wird als Bestandteil der Komplexleistung durch eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt (Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde oder die/der im Einzelfall die Kinderuntersuchung gem. § 26 SGB V durchführende Ärztin/Arzt) im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Verordnung veranlasst. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 4 Wochen nach der Ausstellung bei der IFF vorgelegt wird. Die Vorlage ist durch Datum, Unterschrift und Stempel auf der Rückseite der Verordnung von der IFF zu bestätigen. Mit der Eingangsdiagnostik ist innerhalb von 4 Wochen nach Vorlage der Verordnung in der IFF zu beginnen.
- (2) Auch wenn ein möglicher Förderbedarf durch Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder andere Stellen (z.B. Krankenhaus) festgestellt wird, darf die Eingangsdiagnostik nur aufgrund einer Verordnung der Vertragsärzte nach Absatz 1 erfolgen.
- (3) Die Eingangsdiagnostik umfasst die medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Diagnostik. Der Arzt der IFF entscheidet nach der eigenen durchgeführten medizinischen Diagnostik, ob und ggf. welche weiteren medizinisch-therapeutischen Diagnostiken durchgeführt werden sollen. Die Diagnostikverfahren/-inhalte haben dem allgemeinen und anerkannten Stand der medizinisch-therapeutischen/heilpädagogischen Versorgung zu entsprechen. Sofern diagnostische Maßnahmen erforderlich sind, die das normale Maß der ärztlichen Diagnostik überschreiten (Laboruntersuchungen, Untersuchungen im SPZ, etc) hat die IFF das Kind an den behandelnden Vertragskinderarzt zu verweisen.

- (4) Die Personensorgeberechtigten sind hinsichtlich über durchgeführte Diagnostiken, Berichte[US1] und Behandlungspläne, die durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum, ein Krankenhaus oder sonstige Behandler erstellt wurden, zu befragen und für die Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes (FUB) heranzuziehen. Sind diese Unterlagen nicht einholbar, ist ein entsprechender Vermerk in der Patientenakte erforderlich.
- (5) Liegt der IFF der Diagnostikbericht und/oder der Förder- und Behandlungsplan aus einem SPZ vor, so ist dieser als Grundlage zur Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes nach diesem Vertrag zu verwenden. Sofern der Bericht keine ausreichenden Diagnostikanteile enthält, können noch ergänzende Diagnostiken durchgeführt werden. Das Gleiche gilt für den Fall, dass für bereits vor dem Bedarf der Komplexleistung in der IFF behandelte Kinder eine Eingangsdiagnostik erstellt wird. Analoges gilt, wenn innerhalb der letzten 6 Monate bereits eine Eingangsdiagnostik nach diesem Vertrag durchgeführt wurde.
- (6) Die Eingangsdiagnostik ist abgeschlossen, wenn das Ergebnis der Diagnostik mit dem Personensorgeberechtigten besprochen und dies durch die Unterschrift bestätigt wurde.
- (7) Über das Ergebnis der Eingangsdiagnostik wird der verordnende Vertragsarzt durch die IFF schriftlich informiert.
- (8) Sofern nach durchgeführter Eingangsdiagnostik keine Fördereinheiten im Sinne der interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind, werden die zuständige Krankenkasse und der Sozialhilfeträger umgehend über das Ergebnis der Diagnostik informiert. Hierzu erhalten die Krankenkasse und der Sozialhilfeträger den Bericht über das Ergebnis der Eingangsdiagnostik gemäß Anlage 1.
- (9) Die interdisziplinäre Verlaufsdagnostik beschreibt den bisherigen Förderbedarf, den Ist-Zustand des Kindes und den weiteren Förderbedarf.
- (10) Die[US2] Durchführung einer Eingangsdiagnostik ist ausgeschlossen, wenn eine anschließende wirksame Förderung des Kindes auf Grund des Förderzeitraumes (§ 4 Abs. 2) nicht möglich ist. Dies insbesondere vor dem Hintergrund einer anstehenden Einschulung und ab dem diesen Zeitpunkt greifenden gesetzlichen Ausschlussanspruches. In diesen Fällen ist unverzüglich darauf hinzuwirken, dass erforderliche solitäre heilpädagogische und/oder medizinisch-therapeutische Maßnahmen über den jeweiligen Rehabilitationsträger beantragt werden.

### **§ 8 - Antragsverfahren**

- (1) Mit dem Antrag auf Kostenübernahme der Komplexleistung ist der Förder- und Behandlungsplan, zusammen mit der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und der Kopie der vertragsärztlichen Verordnung vorzulegen. Der Personensorgeberechtigte beantragt die Leistung im Namen des förder- und behandlungsbedürftigen Kindes.
- (2) Der Antrag auf Gewährung der Komplexleistung nach § 30 SGB IX i.V.m. der FrühV ist grundsätzlich an den sachlich und örtlich zuständigen Sozialhilfeträger (§§ 97, 98 SGB XII, AV-SGB XII NRW) zu richten. Die IFF reicht den Förder- und Behandlungsplan in 2-facher Ausfertigung ein.
- (3) Der Sozialhilfeträger prüft unverzüglich die Leistungsverpflichtung der am Vertrag teilnehmenden Rehabilitationsträger und leitet den Antrag im Falle fehlender Zuständigkeit an den zuständigen außervertraglichen Rehabilitationsträger (z.B. Träger der Unfallversicherung) weiter. Die Einrichtung, der zuweisende Vertragsarzt und der Personensorgeberechtigte des Kindes werden über die Weiterleitung unverzüglich unterrichtet.

### **§ 9 - Bewilligungsverfahren**

- (1) Der Sozialhilfeträger entscheidet alleine über Art und Umfang der Leistung auf Grundlage des FuB. Er erlässt gegenüber dem Antragsteller einen Bescheid und informiert die Beteiligten (IFF, zuweisender Vertragsarzt und die zuständige Krankenkasse) unverzüglich über seine Entscheidung. Die Bewilligung umfasst maximal 12 Monate. Der Bewilligungszeitraum darf bis zu 15 Monate umfassen, wenn er mit dem Schuleintritt endet.
- (2) Besteht der Förderbedarf über den Bewilligungszeitraum hinaus, so ist rechtzeitig vor Ablauf unter Vorlage des Berichtes der Verlaufsdagnostik (Anlage 1) die Fortsetzung der Förderung zu beantragen. Hierzu gilt das Verfahren analog § 8 sowie § 7 Abs. 7.
- (3) Müssen die Fördereinheiten für mehr als 3 Monate unterbrochen werden oder treten gravierende Änderungen im Gesundheitszustand des Kindes ein (z.B. Operation), die eine Änderung des Förder- und Behandlungsplanes erforderlich machen, endet die Bewilligung mit dem Tag der Unterbrechung oder Änderung des Gesundheitszustandes. Die Rehabilitationsträger sind unverzüglich über die Unterbrechung zu informieren. Über eine mögliche Fortsetzung der Förderung entscheidet der zuständige Sozialhilfeträger.

### **§ 10 – Fördereinheiten und Förderzeitraum**

- (1) Inhalt und Umfang der Fördereinheiten orientieren sich am Förder- und Behandlungsplan sowie an den physischen und psychischen Bedürfnissen des Kindes. Inhalt und Umfang der Förderung sind entsprechend zu dokumentieren (§ 17 Abs. 3).
- (2) Um eine ergebnisorientierte Förderung und Behandlung zu gewährleisten, hat die Kontinuität der Förderung oberste Priorität. Die IFF hat deshalb im Rahmen der Komplexleistung hierauf hinzuwirken.
- (3) Die Fördereinheiten sind am Tag der Leistungserbringung im Leistungsnachweis (Anlage 6) einzutragen und vom Personensorgeberechtigten und/oder durch einen namentlich benannten Beauftragten entsprechend gegenzuzeichnen.
- (4) Der regelmäßige Austausch (Teamgespräche) der an der Förderung Beteiligten sichert eine fortlaufende an die tatsächliche Entwicklung des Kindes angepasste Förderung. Änderungen gegenüber dem Förder- und Behandlungsplan und/oder dem Therapieziel sind zu dokumentieren. Die zeitlichen Intervalle der Team- und Fallgespräche ergeben sich aus dem beigefügtem Konzept (Anlage 3).

### **§ 11 – Abschluss der Komplexleistung**

- (1) Nach Abschluss des Förderzeitraums erstellt die IFF eine Abschlussdiagnostik (Abschlussbericht – FuB). Dieser Bericht wird den zuständigen Rehabilitationsträgern (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) und dem behandelnden Vertragsarzt übersandt.
- (2) Die Abschlussdiagnostik enthält den zum Zeitpunkt der Beendigung der Komplexleistung bestehenden Entwicklungsstand des Kindes und soweit erforderlich Empfehlungen für die weitere heilpädagogische bzw. medizinisch-therapeutische Versorgung.
- (3) Wird die Komplexleistung vor Erreichen des Teilhabeziels beendet oder kann beim Abschluss bereits davon ausgegangen werden, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut interdisziplinäre Frühförderung notwendig ist, so ist das im Abschlussbericht entsprechend zu vermerken.
- (4) Die Komplexleistung ist vor Erreichen des Teilhabeziels zu beenden, wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt für mehr als 6 Monate keine interdisziplinären Leistungen im Sinne der interdisziplinären Frühförderung durchführbar sind. Die Gründe hierfür sind im Abschlussbericht ausführlich darzulegen.
- (5) Wird das Teilhabeziel vor Ablauf des Bewilligungszeitraums erreicht, ist die Behandlung unverzüglich zu beenden.

## **§ 12 - Vergütung**

Die Vergütung ergibt sich aus Anlage 5 dieses Vertrages.

## **§ 13 - Abrechnungsverfahren**

- (1) Die Einrichtung rechnet die Komplexleistung nach den Bestimmungen der Anlage 5 ab.
- (2) Der Abrechnung der Fördereinheiten ist jeweils der Leistungsnachweis im Original (Anlage 6) beizufügen. Alternativ<sup>[US3]</sup> kann auch ein Duplikat eingereicht werden. Bei der erstmaligen Abrechnung von Fördereinheiten ist grundsätzlich der Bewilligungsbescheid beizufügen. Entsprechendes gilt bei Verlängerung des Förderzeitraums.
- (3) Für die Abrechnung der Eingangsdiagnostik ist, sofern ein Antrag auf Förderleistung im Rahmen der Komplexleistung gestellt wurde, gegenüber der Krankenkasse die vertragsärztliche Verordnung im Original und der Bescheid des Sozialhilfeträgers beizufügen. Bei Abrechnung gegenüber dem Sozialhilfeträger entfällt die Übersendung der Verordnung und des Bescheides. Wurde keine Komplexleistung beantragt, ist für die Abrechnung der durchgeführten Eingangsdiagnostik gegenüber der Krankenkasse die vertragsärztliche Verordnung im Original und die Erklärung der Personensorgeberechtigten zur (Eingangs-/Verlaufs-/Abschluss-)Diagnostik (Anlage 1a) beizufügen. Bei der Abrechnung gegenüber dem Sozialhilfeträger werden die Unterlagen in Kopie beigefügt.
- (4) Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Kalendertagen nach Rechnungseingang zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann die IFF nach der ersten Mahnung Verzugszinsen in Höhe von 4 v. H. ab dem auf den Tag des Zugangs der Mahnung folgenden Tag verlangen.
- (5) Zahlungen für Leistungen nach diesem Vertrag dürfen von den Leistungsberechtigten nicht gefordert werden.
- (6) Forderungen der IFF nach diesem Vertrag dürfen ohne Zustimmung des nach § 8 Abs. 2 zuständigen Sozialhilfeträgers nicht an Dritte abgetreten werden.
- (7) Forderungen aus der Erbringung von Leistungen nach § 5 können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie durchgeführt worden sind, nicht mehr erhoben werden.

## **§ 14 – Aufrechnung**

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass die IFF die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der Krankenkassen ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die Krankenkassen nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der Krankenkassen gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungsansprüche) oder sonstige Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkassen ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Krankenkassen aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt sind, gegenüber dem Abrechnungszentrum die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen.

## **§ 15 - Datenschutz**

- (1) Die IFF ist verpflichtet, die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (BDSG, §§ 67 – 85 SGB X etc.) zu beachten. Insbesondere darf sie personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten oder nutzen.
- (2) Die IFF unterliegt hinsichtlich der Daten der Versicherten und deren Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung erforderlichen Angaben (z.B. Eingangsdagnostik und Verlaufs-/Abschlussdiagnostik) gegenüber den behandelnden Ärzten und den Rehabilitationsträgern.
- (3) Die IFF ist verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Absätze 1 und 2 seinem Personal bekanntzugeben und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen. Die IFF verpflichtet sich, nur Personen zu beschäftigen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind.

## **§ 16 - Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Erfüllt die IFF die ihr obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie der betroffene Rehabilitationsträger schriftlich verwarnen und/oder eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EUR vereinbart werden. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - a) Änderungen des Konzeptes und/oder Nichterfüllung von organisatorischen und /oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (§ 6) ohne Absprache,

- b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- c) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 1315),
- d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- e) Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen an Ärzte für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen,
- f) Annahme und Forderung von Zahlungen nach § 13 Abs. 5 dieses Vertrages.

### **§ 17 - Qualitätssicherung**

- (1) Die IFF ist zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet mit dem Ziel, eine am Bedarf des Leistungsberechtigten orientierte, unter den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestmögliche Qualität zu gewährleisten. Dazu dienen die systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität.
- (2) Zur qualitätsgesicherten Struktur der Einrichtung müssen die personellen, räumlichen und sächlichen Anforderungen gemäß § 6 Abs. 1 erfüllt sein (Strukturqualität).
- (3) Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der Fördereinheiten sind das Konzept der Einrichtung und die individuellen Förder- und Behandlungspläne der Leistungsberechtigten. Die Einhaltung dieser Pläne ist anhand einer einzelfallbezogenen Dokumentation zu gewährleisten (Prozessqualität).
- (4) Im Rahmen der zur Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans erforderlichen Verlaufsdagnostik und bei der Abschlussdiagnostik ist zu prüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß die im individuellen Förder- und Behandlungsplan definierten Förder- und Behandlungsziele erreicht wurden (Ergebnisqualität).
- (5) Die Rehabilitationsträger sind berechtigt, die Einhaltung der vorgenannten Qualitätsstandards anhand von Stichproben überprüfen zu lassen. Das gilt auch für die Ergebnisqualität. Hierüber haben sich die Rehabilitationsträger vorher abzustimmen. Hierbei ist auch eine anlassbezogene Prüfung ohne Ankündigung möglich.
- (6) Die IFF hat an der Klärung mitzuwirken und die für die Qualitätssicherung/Prüfung benötigten Unterlagen kostenlos und unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Sofern im Rahmen der Prüfung der Ergebnisqualität die Patientendokumentationen notwendig sind, hat die IFF die angeforderten Unterlagen in Kopie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung zu stellen. Im Einzelfall können mit einer besonderen Begründung auch die Unterlagen im Original angefordert werden. Der IFF ist das Ergebnis der Prüfung durch den MDK mitzuteilen.

### **§ 18 - Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist.

### **§ 19 - In-Kraft-Treten und Gültigkeit des Vertrages**

- (1) Der Vertrag tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft. Er kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden, frühestens zum \_\_\_\_\_. Er kann von der IFF gegenüber den Rehabilitationsträgern sowie von den Krankenkassen/-verbänden gemeinschaftlich oder vom Sozialhilfeträger gegenüber der IFF gekündigt werden. Durch die Kündigung eines Vertragspartners gilt der Vertrag gegenüber allen Vertragspartnern als gekündigt.
- (2) Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch die fristlose Kündigung des Vertrages.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 5) kann gesondert gekündigt werden, sie berührt die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages nicht.

**Folgende Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.**

**Anlage 1** - Diagnostikbericht mit Förder- und Behandlungsplan

**Anlage 1a** - Bestätigung des Diagnostikgespräch

**Anlage 1b** - Antrag auf Komplexleistung

**Anlage 1c** - Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung

**Anlage 2** - personelle, räumliche und sachliche Ausstattung +  
Strukturerhebungsbogen

**Anlage 3** - Therapie-, Raum- und Personalkonzept der Einrichtung

**Anlage 4** - Meldung Personalbestand

**Anlage 5** - Vergütungsvereinbarung

**Anlage 6** - Leistungsnachweis

**Anlage 7** - Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V

**Anlage 8** - Protokollnotiz

, Bochum, Düsseldorf, Essen, Münster, den

AOK Rheinland/Hamburg  
-Die Gesundheitskasse

vertreten durch

BKK Landesverband Nordwest

Krankenkasse der nordrhein-westfälischen  
Landwirtschaft

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Knappschaft

IKK classic

Anlage 1

# ***Interdisziplinäre Frühförderung***

## **Förder- und Behandlungsplan**

---

### **Deckblatt**

<b>Kind</b>	<b>Mutter</b>	<b>Eltern</b>	<b>Vater</b>
-------------	---------------	---------------	--------------

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

geb. in: \_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

## Eingangsdagnostik

Interdisziplinäre Frühfördereinrichtung
---

erstellt am:

Erstdiagnostik

Datum

Folgediagnostik

Datum

Abschlussdiagnostik

Datum

Kind	Mutter	Eltern	Vater
------	--------	--------	-------

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

geb. in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Elternschaftsstatus:

leibl. Eltern \*s.1.)

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Muttersprache:

\_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte/r:

ja       nein

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Elternschaftsstatus:

leibl. Eltern \*s.1.)

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Muttersprache:

\_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte/r:

ja       nein

**Eingangsdagnostik –Seite 2**

Überweisender \_\_\_\_\_

Vertrags-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ 2/  
6/

Versicherungsnummer  
gültig bis  
Status

Krankenkasse des  
Versicherten: \_\_\_\_\_

(inkl. Anschrift)  
Kommunaler Kostenträger: \_\_\_\_\_

(inkl. Anschrift)  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Eingangsdiagnostik –Seite 3**

**Anamnestische Basisinformationen**

Schwangerschaftsverlauf:	<u>Unauffällig</u> <u>Risikoschwangerschaft (Risikozyffer)</u>
Geburt:	<u>Unauffällig</u> <u>Risikogeburt (Risikozyffer)</u>
Neonataler Verlauf:	<u>Unauffällig</u> <u>(Komplikationen)</u>
Meilensteine der frühkindlichen Entwicklungen: (krabbeln, laufen, sprechen, trocken etc.)	_____
Erkrankungen:	_____
Vorbefunde:	_____
Bisherige Therapie und Förderung:	_____
Laufende Behandlung	_____
Medikamente:	_____
Heilmittel:	_____
Hilfsmittel:	_____
Sozialleistungen: (Pflegegeld etc.)	_____
Zusätzliche Hilfen: (SGB V, SGB VIII, SGB IX)	_____
Kindergarten/-tageseinrichtung: Integrationskraft	_____ seit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Familiäre Rahmenbedingungen:	_____ <u>(z. B. einsatzfähige Großeltern, schlechte Deutschkenntnisse)</u>
Besonderheiten:	_____ <u>(z. B. Geburtsjahr der Geschwister, Erkrankungen der Geschwister, Verwandtenehe)</u>

---

## Ergebnisse der Eingangsdiagnostik

---

Beteiligte Fachkräfte    ÄrztIn     PädagogIn     PsychologIn     Medizinisch-  
Therapeutische  
Fachkraft

Diagnostik:  
(nach ICD 10) \_\_\_\_\_  
Diagnostik:  
(nach ICF sh. Anlage) \_\_\_\_\_  
Körperfunktion und Struktur,  
Aktivitäten, Partizipation: \_\_\_\_\_  
Pädagogische Diagnostik: \_\_\_\_\_  
Psychologische Diagnostik: \_\_\_\_\_  
Medizinisch-therapeutische  
Diagnostik: \_\_\_\_\_  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_ \*s.2.)  
  
Interdisziplinäres Fallgespräch am: \_\_\_\_\_  
Teilnehmer: \_\_\_\_\_

---

## Empfehlung zur Förderung und Behandlung

---

### Empfehlung für:

### Begründung:

Maßnahme nach SGB XII / IX  
als heilpädagogische Maßnahme

\_\_\_\_\_

Heilpädagogische Förderung

Psychomotorische Förderung

Förderung im Zentrum für  
Autismustherapie

Empfehlung zur Förderung: \_\_\_\_\_

Erbringung von Heilmitteln  
nach SGB V

\_\_\_\_\_

Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

Empfehlung zur Förderung: \_\_\_\_\_

SPZ

\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

keine weitere Förderung  
erforderlich

\_\_\_\_\_

Komplexleistung IFF  
(s. Schwerpunkte der Förderung auf  
folgender Seite)

\_\_\_\_\_

## Schwerpunkte der Förderung

Nur im Falle einer Empfehlung für die Komplexleistung Frühförderung ausfüllen

- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Wahrnehmung
- Kognition
- Kommunikation
- Sprache
- Mund- und Esstherapie
- Spiel- und Lernverhalten
- Verhalten und emotionale Entwicklung
- Selbstständigkeit
- \_\_\_\_\_

### unter Einschluss von Elternberatung

- Elternanleitung
- Gespräche über den Förderprozess
- Entwicklungsberatung
- Interaktionsberatung
- Hilfen zur Unterst. Bei d. Verarbeitung
- Vermittlung weiterer Hilfsangebote
- \_\_\_\_\_

### Führender Fachbereich:

- pädagogischer Fachbereich
- medizinisch-therap. Fachbereich
- psychologischer Fachbereich
- \_\_\_\_\_

### Form der Förderung / Behandlung:

- mobil
- ambulant
- nach Bedarf
  
- Einzelförderung
- Gruppenförderung
- nach Bedarf

Ziel d. Komplexleistung Frühförderung: \_\_\_\_\_

Therapiefrequenz: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

voraussichtl. Dauer der Komplexleistung \_\_\_\_\_

Frühförderung: \_\_\_\_\_

Bewilligungszeitraum / beantragter \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Abschließende Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (verantwortlicher Arzt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Leitung Frühförderstelle)

## Ergänzungsbogen zum Förderplan - Grunddaten

Seite 2 1.) Elternschaftsstatus	Zur Bearbeitung auf dem PC werden Auswahlfelder eingerichtet. Bsp.: leibl. Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Pflegeeltern, Großeltern, Verwandte, keine Eltern, unbekannt Bei Bedarf Möglichkeit der Aufteilung Info: Vater / Mutter
Seite 4 2.) Ergebnisse der Eingangsdagnostik Stichwort: Bemerkungen	Möglichkeit, den Grad der Behinderung und die vorhandene Pfleigestufe einzutragen. Dieser Punkt wurde kontrovers diskutiert, darum als Option hier an dieser Stelle eine Eintragung möglich.

**Anlage 1a Bestätigung des Diagnostikgespräches**

**Erklärung der Personensorgeberechtigten zum Förder- und  
Behandlungsplan**

Ich wurde / Wir wurden über die Ergebnisse der (Eingangs-, Folge- oder Abschluss-) Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung bei meinem / unserem Kind, \_\_\_\_\_, informiert. Der vorliegende Förder- und Behandlungsplan wurde mit mir/uns besprochen und ist mir/uns ausgehändigt worden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

**Anlage 1b Antrag auf Komplexleistung**

**Antrag auf Kostenübernahme der Komplexleistung**

Hiermit beantrage ich / beantragen wir für unser Kind, \_\_\_\_ \_\_\_\_, die Übernahme der Kosten für die Komplexleistung Frühförderung im Rahmen der Empfehlung lt. Förder- und Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frühförderstelle (Name) diesen Antrag an die Kostenträger zur Bearbeitung weiterleitet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

**Anlage 1c Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes:

, geb.:

sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

**1. dem überweisenden Vertragsarzt**

**2.**

**3.**

**pp**

und von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

**1.**

**2.**

**3.**

**pp**

einholen kann.

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die IFF von den o. g. Ärzten und von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind. Diese medizinischen Befunde werden nicht an die Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) weitergegeben, fließen aber in die Diagnostik und den Förder- und Behandlungsplan ein. Der Förder- und Behandlungsplan wird als Antrag an die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) gesandt.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die Ergebnisse der Diagnostik und der Förder- und Behandlungsplan an folgende Stellen übermittelt werden:

die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse)

den unter 1. genannten Arzt

Sonstige Stellen \_\_\_\_\_

Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert.

**Der bewilligende Rehabilitationsträger informiert den jeweils anderen Rehabilitationsträger über den Antrag.**

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)



## **Anlage 2**

### **Gemeinsame Anforderungen an die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung**

Die Vertragspartner stimmen überein, dass Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFFen) i.S.d. § 3 FrühV sowohl personell als auch räumlich so ausgestattet sein müssen, dass die Anforderung der Interdisziplinarität umgesetzt werden kann. Verbindliche Kooperationsverträge zur Sicherstellung der Leistungsvielfalt sind grundsätzlich möglich. Auszuschließen ist, dass „virtuelle“ IFFen (Komplettes Leistungsangebot nur über Kooperationen und Netzwerke) geschaffen werden.

Die Standards müssen den fachlichen Anforderungen entsprechen. Sie richten sich nach Spezialisierung und Leistungsprofil der Einrichtung, den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der zu behandelnden/fördernden Kinder. Regionale Gegebenheiten sind zu berücksichtigen.

Die Dokumentation erfolgt im beigefügten Strukturhebungsbogen (sh. Anhang zur Anlage 2). Für die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung werden daher folgende Hinweise gegeben:

#### **1. Personelle Anforderungen:**

Zur Sicherstellung der Komplexleistungen muß die IFF über einen festangestellten Personalstamm verfügen. Kooperationsverträge sind grundsätzlich möglich. Die in der Einrichtung über Kooperationsverträge beschäftigten Fachkräfte sind in die Arbeitsabläufe der IFF einzubeziehen und haben regelmäßig an Team- und/oder Fallbesprechungen teilzunehmen. In den Kooperationsverträgen sind Art und Umfang (insbesondere die Präsenzzeit) der interdisziplinären Zusammenarbeit zu regeln.

Für die Erbringung der Komplexleistung kommen folgende Berufsgruppen in Betracht:

#### **a) Für den pädagogischen Bereich:**

- Diplom-PädagogIn, Diplom-SonderpädagogIn, Diplom-HeilpädagogIn, Diplom-SozialpädagogIn/Diplom-SozialarbeiterIn,
- Staatlich anerkannte HeilpädagogIn,
- ErzieherIn mit heilpädagogischer Zusatzausbildung,
- MotopädIn/MotologIn RehabilitationspädagogIn,
- SprachbehindertenpädagogIn

**b) Für den medizinisch-therapeutischen Bereich:**

- PhysiotherapeutIn/KrankengymnastIn, möglichst mit neurophysiologischer Zusatzausbildung,
- SprachtherapeutIn (z. B. LogopädIn, SprachheilpädagogIn),
- ErgotherapeutIn

**c) Für den ärztlichen und psychologischen Bereich:**

- Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde
- Diplom-PsychologIn

Bei allen Berufsgruppen wird der Abschluss eines anerkannten Ausbildungsgangs vorausgesetzt. Soweit für die jeweiligen Berufe eine staatliche Anerkennung geregelt ist, muss diese nachgewiesen werden. Erfahrungen in der fachspezifischen Arbeit mit behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern sind erforderlich und im Einzelfall nachzuweisen.

**2. Räumliche und sachliche Anforderungen:**

Die räumliche Ausstattung zur Durchführung der Komplexleistung "Früherkennung/Frühförderung" muss in ihrer Größe und Lage geeignet sein, die Diagnostik, Förderung/Behandlung der Kinder und die Beratung der Eltern/Bezugsperson effektiv und effizient durchführen zu können.

Hierfür sind Räume in ausreichender Anzahl und Größe mit der jeweils sachgerechten Ausstattung vorzuhalten.

**Anhang zur Anlage 2 – Strukturhebungsbogen**

Wird je nach IFF-Einrichtung individuell eingefügt

**Anlage 3** - Therapie-, Raum- und Personalkonzept der Einrichtung

Wird je nach IFF-Einrichtung individuell eingefügt

## **Anlage 4** - Meldung Personalbestand



## Anlage 5 - Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung

### Gem. § 12 des Vertrages über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen

Zwischen der

vertreten durch

als Träger der

und

de , Amt für ,

der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

dem BKK Landesverband NORDWEST, Essen

der IKK classic

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen. Münster,  
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel

der Knappschaft, Bochum

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch  
den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen  
(nachfolgend Rehabilitationsträger genannt)

wird folgende Vergütungsvereinbarung getroffen.

## **§ 1 - Vergütungen**

- (1) Die Vergütungsvereinbarung entspricht den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit. Sie versetzt die Einrichtung in die Lage die Komplexleistung Frühförderung nach der Maßgabe dieser Vereinbarung und im Rahmen der Bestimmungen nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 zu erbringen.
- (2) Folgende Vergütungssätze sind vereinbart:
- |  |     |
|--|-----|
| 1. Eingangsdagnostik<br>mit Erstellen des Förder- und Behandlungsplans                               | EUR |
| 2. Eingangsdagnostik nach § 7 Abs. 5 des Vertrages<br>mit Erstellen des Förder- und Behandlungsplans | EUR |
| 3. Preis je Fördereinheit (ambulant/mobil)   | EUR |
| 4. Preis je Fördereinheit (ambulant)   | EUR |
| 5. Preis je Fördereinheit (mobil)  | EUR |
| 6. Preis je Fördereinheit Gruppe (max. 3 Kinder)   | EUR |
| 7. Verlaufsdiagnostik  | EUR |
| 8. Abschlussdiagnostik   | EUR |

Mit diesen Beträgen sind alle Kosten im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung der interdisziplinären Frühförderung abgegolten. Sofern unter den Nummern 5 und 6 keine Vergütung ausgewiesen ist, sind die Leistungen der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik Bestandteil der Kosten der Fördereinheiten und können nicht gesondert abgerechnet werden.

## **§ 2 - Rechnungsstellung**

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt einmal monatlich für alle im Vormonat erbrachten Leistungen. Mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger können hierzu abweichende Vereinbarungen getroffen werden.
- (2) Bei der Abrechnung ist das Leistungsdatum anzugeben. Bei der Diagnostik ist der Tag der Leistungserbringung der Tag der Unterschrift des Personensorgeberechtigten gemäß § 7 Abs. 6 des Vertrages.
- (3) Die Abrechnung der Leistungen nach § 1 Absatz 2 erfolgt in Höhe der Sätze nach Absatz 3 gegenüber dem \_\_\_\_\_ und, sofern nachfolgend unter den Punkten b Beträge angegeben werden der jeweils zuständigen Krankenkasse.

(4) Entsprechend der Vereinbarung unter den Rehabilitationsträgern ist

**die Eingangsdiagnostik (§1 Absatz 2 Nr. 1) mit**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 09 001)

**die Eingangsdiagnostik (§1 Absatz 2 Nr. 2) mit**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 09 002),

**die Kosten für die Fördereinheiten (§ 1 Abs. 2 Nr. 3) mit**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 01 001)

**die Kosten für die ambulanten Fördereinheiten (§ 1 Abs. 2 Nr. 4) mit**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 01 002)

**die Kosten für die mobilen Fördereinheiten (§ 1 Abs. 2 Nr. 5) mit**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 01 003)

**die Kosten für die Fördereinheit (§ 1 Abs. 2 Nr. 6) für Gruppe (max. 3 Kinder)**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 02 001)

**die Kosten der Verlaufsdagnostik (§ 1 Abs. 2 Nr. 7)**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 09 003),

**die Kosten der Abschlussdiagnostik (§ 1 Abs. 2 Nr. 8)**

- a. EUR gegenüber dem Sozialamt und
- b. EUR gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse  
(Vertrag 68 - Pos. Nr. 02 09 004),  
abzurechnen.

- (5) Für die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, können von den Krankenkassen abgewiesen werden. (Anlage7)
- (6) Beanstandungen aufgrund der Rechnungsprüfung müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang bei der Kommune und bei der jeweils zuständigen Krankenkasse von diesen bei der IFF geltend gemacht werden.
- (7) Überträgt die IFF die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.
- (8) Die IFF ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.  
  
Hat die IFF dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder per Email zur Kenntnis zu bringen.
- (9) Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (10) Schädigt die Abrechnungs-/Verrechnungsstelle bei der Abrechnung die Krankenkasse, so haften der Leistungserbringer, mit dessen Abrechnung der Schaden verursacht wurde, und die Abrechnungs-/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.
- (11) Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.

### § 3 - Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft.
- (2) Sie kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden, frühestens zum \_\_\_\_\_. Sie kann von der IFF gegenüber den Rehabilitationsträgern sowie von den Krankenkassen/-verbänden gemeinschaftlich oder vom Sozialhilfeträger gegenüber der IFF gekündigt werden. Durch die Kündigung eines Vertragspartners gilt der Vertrag gegenüber allen Vertragspartnern als gekündigt.

\_\_\_\_\_, Bochum, Düsseldorf, Essen, Kassel, \_\_\_\_\_, den

AOK Rheinland/Hamburg  
- Die Gesundheitskasse

vertreten durch

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK classic

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Knappschaft

Krankenkasse der nordrhein-westfälischen  
Landwirtschaft

## Anlage 6

Leistungsnachweis Nr. \_\_\_\_\_ Fördereinheiten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kind: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Datum	ambulant (a) mobil (b) Gruppe (G)	Leistungsort	<u>Inhalt der FE</u>	Hdz Fachkraft	Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

(KG=Krankengymnastik; ERGO=Ergotherapie; LOGO =Logopädie; HP=Heilpädagogik, PM=Psychomotorik)

## Anlage 6

Datum	ambulant (a) mobil (b) Gruppe (G)	Leistungsort	<u>Inhalt der FE</u>	Hdz Fachkraft	Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

(KG=Krankengymnastik; ERGO=Ergotherapie; LOGO =Logopädie; HP=Heilpädagogik, PM=Psychomotorik)

## Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringer nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, können von den Krankenkassen abgewiesen werden. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
  - a) Abrechnungsdaten
  - b) Urbelege
    - Bei der Erstdiagnostik:
      - Kopie der ärztlichen Verordnung im Original oder in Kopie,
      - Bestätigung der Eingangsdagnostik (Anlage 1a des FuB)
    - Bei der Verlaufs-/Abschlussdiagnostik:
      - Bestätigung der Verlaufs- oder Abschlussdiagnostik (Anlage 1a des FuB)
    - Bei den Fördereinheit:
      - Leistungsnachweis (Anlage 6 des Vertrages) in Fotokopie,
  - c) bei erstmaliger Abrechnung Kopie des Bewilligungsbescheides des Sozialhilfeträgers
  - d) Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, ggf. zusätzlich Sammelrechnung),
  - e) Begleitzettel für Urbelege gemäß Anlage 4 der Richtlinie bei maschineller Abrechnung
2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Nr. 1.9 der Richtlinien sind die Leistungserbringer der interdisziplinären Frühförderung nach § 30 SGB IX verpflichtet, die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenträger übermitteln, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Krankenkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

## Anlage 7 - Datenträgeraustausch

3. Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Das gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle erfolgt. Das IK ist auf der Rechnung durch Schriftgröße und Fettdruck deutlich hervorzuheben.
  
4. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein. Für die Dauer der Testphase ist die pauschale Rechnungskürzung i. S. d. Absatzes 2 ausgeschlossen.  

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn er der Daten annehmenden Stelle der Krankenkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwendbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der technischen Anlage nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
  
5. Zur Rechnungslegung sind die maschinell verwertbaren Daten an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.
  
6. Die Krankenkassen werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien annehmen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
  
7. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Nummer 1 Buchstaben b bis d sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach Nummer 1 Buchstaben a) zu liefern. Die Unterlagen sind in der in den Richtlinien (§ 4) beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

## Anlage 7 - Datenträgeraustausch

8. Bei maschineller Abrechnung ist den rechnungsbegründenden Unterlagen ein Begleitzettel gemäß Nummer 1 Buchstabe e beizufügen.
9. Die Abrechnungsdaten müssen mindestens folgende Inhalte aufweisen:
  - IK des Zugelassenen (§ 5 Abs. 3 der Richtlinie),
  - Abrechnungspositionsnummer (gem. Anlage 5) sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
  - Rechnungs- und Belegnummer,
10. In der Abrechnung ist der in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung (Anlage 5) festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (AC/TK) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 7-stelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.
11. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
  - Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
  - Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
  - Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1 der Richtlinie),
  - Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
  - nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
  - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).
12. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

## **Anlage 7 - Datenträgeraustausch**

13. Als Rechnungseingangsdatum nach § 13 Absatz 4 des Vertrages gilt bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern der Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen.

## **Anhang**

Richtlinie der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie Hebammen und Entbindungspflegern in der Fassung vom 20.11.2006

## **Protokollnotiz zum Vertrag**

Es wurden keine abweichenden Regelungen vereinbart.