

Landesrahmenvereinbarung
zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung
behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
gemäß § 46 SGB IX in Verbindung mit der
Frühförderungsverordnung (FrühV)
vom 24.06.2003,
zuletzt geändert am 23.12.2016

zwischen

dem Landschaftsverband Rheinland
dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe

und

der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf
der AOK NordWest, Dortmund
dem BKK-Landesverband NORDWEST, Essen
der IKK classic, Dresden, zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK
gesund plus, IKK Nord, IKK Südwest
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirt-
schaftliche Krankenkasse, Kassel
der KNAPPSCHAFT, Bochum
- handelnd für die jeweilige Kassenart -

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)
BARMER
DAK-Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Handelskrankenkasse (hkk)
HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

(im Folgenden Rehabilitationsträger)

und

den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e. V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e. V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e. V.

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V.

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.

Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Der Paritätische - Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.

Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.

Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Nordrhein e. V.

Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Westfalen-Lippe e. V.

Jüdische Gemeinden Landesverbände

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Gegenstand der Landesrahmenvereinbarung
- § 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis
- § 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)
- § 4 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
- § 5 Verfahren zur Anerkennung für die Erbringung von Komplexleistung
- § 6 Komplexleistung
- § 7 Zugangsregelung
- § 8 Förder- und Behandlungsplan (FuB)
- § 9 Kostenaufteilung
- § 10 Antragsverfahren
- § 11 Entscheidungsverfahren
- § 12 Abrechnungsverfahren
- § 13 Qualitätssicherung und Evaluation
- § 14 Schlichtungskommission
- § 15 Vergütungsgrundsätze
- § 16 Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung
- § 17 Kündigung der Landesrahmenvereinbarung
- § 18 Salvatorische Klausel
- § 19 In-Kraft-Treten der Landesrahmenvereinbarung

Präambel

Zur Früherkennung und Frühförderung existiert für Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ein Gesamtsystem von Hilfen, das von Ärztinnen/Ärzten, heilpädagogischen, medizinisch-therapeutischen und psychologischen Diensten und Einrichtungen getragen wird.

Ziel der Früherkennung und Frühförderung ist es, eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung eines Kindes frühzeitig zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mindern sowie die Teilhabe des Kindes in seinem Lebensumfeld zu fördern.

Mit der Einführung des Begriffs der Komplexleistung hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass bei der Früherkennung und Frühförderung Leistungskomplexe entstehen, die sowohl Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX als auch Leistungen zur sozialen Teilhabe gemäß §§ 76 und 79 SGB IX umfassen.

Ziel der Komplexleistung ist es, die Leistungserbringung aus einer Hand zu ermöglichen. Das bedeutet vor allem, dass die Förder-, Therapie- und Beratungsangebote innerhalb der Komplexleistung interdisziplinär aufeinander abgestimmt werden, die notwendigen Rahmenbedingungen für die interdisziplinäre Abstimmung aller Fachdisziplinen gewährleistet sind und so die Förderung der Kinder wirksamer wird.

Die Vereinbarung ist auch ein wesentlicher Baustein zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention in Nordrhein-Westfalen. Sie berücksichtigt das Wohl, die Rechte und die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Kinder.

Diese Landesrahmenvereinbarung regelt das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringer zur Erbringung der Komplexleistung und setzt damit das Kooperationsgebot um.

Im Sinne der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse ist ein landesweites Angebot der Komplexleistung erforderlich.

Psychologische, pädagogische, soziale und medizinische Hilfen regen im partnerschaftlichen Zusammenwirken von Fachkräften und Erziehungsberechtigten die Entwicklung des Kindes sowie die Entfaltung seiner Persönlichkeit an, sie unterstützen die Erziehung, die

soziale Entwicklung und die Teilhabe des Kindes am Leben in der Gemeinschaft im Sinne der Inklusion.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Familienorientierung in der Frühförderung zu. Familienorientierung in der Frühförderung bedeutet, die Erziehungsberechtigten in ihrer Handlungskompetenz zu unterstützen und die Wechselwirkungen zwischen Kind, Familie und sozialem Umfeld im Sinne einer umfassenden Teilhabe des Kindes am Leben in der Gemeinschaft zu berücksichtigen. Die medizinisch-therapeutischen Leistungen sind eingebunden in das Gesamtangebot der Komplexleistung. Sie stehen in Wechselwirkung mit den pädagogischen, psychologischen und sozialen Inhalten und sind interdisziplinär abzustimmen.

§ 1

Gegenstand der Landesrahmenvereinbarung

- (1) Gegenstand der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung (FrühV) ist die Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ (im Folgenden „Komplexleistung“) noch nicht eingeschulter Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Kinder im Sinne des § 46 SGB IX in Verbindung mit der FrühV.
- (2) Die Landesrahmenvereinbarung regelt die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Komplexleistung und enthält Vorgaben zum Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den einzelnen Einrichtungen.
- (3) Folgende Anlagen sind in ihrer jeweils gültigen Fassung gemäß § 46 Abs. 4 SGB IX Bestandteil dieser Landesrahmenvereinbarung und für Vertragsabschlüsse anzuwenden:
 - a) Anlage 1 - Mustervertrag über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF-Mustervertrag) inklusive der Anlagen 1 bis 9,
 - b) Anlage 2 – Kalkulationsmatrix.

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis für Leistungen gemäß § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX in Verbindung mit § 46 Abs. 3 SGB IX sind Kinder mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt.

(2) Ist die Komplexleistung nicht notwendig, um das Therapie- und Förderziel zu erreichen, weil im Einzelfall Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur sozialen Teilhabe oder der Sozial-/Jugendhilfe ausreichend sind, ist eine Förderung und Behandlung im Sinne dieser Landesrahmenvereinbarung ausgeschlossen.

(3) Die beteiligten Rehabilitationsträger prüfen die persönlichen Leistungsvoraussetzungen der Leistungsberechtigten für die Inanspruchnahme der Komplexleistung nach den jeweils für sie geltenden Regelungen. Andere Ansprüche gegenüber den jeweiligen Rehabilitationsträgern bleiben unberührt.

§ 3

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)

1. Allgemeine Anforderungen

(1) IFF sind im Sinne des § 3 FrühV familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um drohende oder bereits eingetretene Behinderungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten heilpädagogischen, medizinisch-therapeutischen und psychologischen Fachkräften zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und diese durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (im Folgenden auch „Leistungserbringer“). Es finden regelmäßige interdisziplinäre Team- und Fallbesprechungen sowie der regelmäßige Austausch mit anderen das Kind betreuenden Institutionen (zum Beispiel Tageseinrichtungen für Kinder, Sozialpädiatrischen Zentren, Erziehungsberatungsstellen) statt. Die IFF arbeiten eng mit den für das Kind verantwortlichen Vertragsärztinnen/-ärzten und Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendmedizin zusammen. Die Beratung und Einbindung der Erziehungsberechtigten ist wesentlicher Bestandteil der Leistung. Die Leistungen werden ambulant oder mobil aufsuchend erbracht.

(2) Die Vereinbarungspartner stimmen überein, dass IFF einen festangestellten Personalstamm benötigen, der die Anforderungen der Interdisziplinarität angemessen personalzentriert umsetzt. Eine ausschließlich auf Kooperationsverträgen beruhende Leistungserbringung („virtuelle IFF“) wird dem nicht gerecht.

(3) Verbindliche Kooperationsverträge zur Sicherstellung der Leistungsvielfalt sind grundsätzlich möglich. Die erforderliche Personalausstattung ist wegen der sehr heterogenen Angebots- und Bedarfsstruktur anhand der Einrichtungskonzeption zwischen den Rehabilitationsträgern und den jeweiligen Einrichtungsträgern vor Ort zu regeln.

2. Personelle Anforderungen

(1) Für die Erbringung der Komplexleistung kommen folgende Berufsgruppen in Betracht:

- a) Für den pädagogischen Bereich:
 - aa) Diplom-Pädagoginnen/-Pädagogen, Diplom-Sonderpädagoginnen/-pädagogen, Diplom-Heilpädagoginnen/-pädagogen, Diplom-Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Diplom-Sozialarbeiterinnen/-Sozialarbeiter sowie Hochschulabsolventinnen/Hochschulabsolventen mit vergleichbaren Bachelor- oder Master-Abschlüssen, vorzugsweise mit den Schwerpunkten Heilpädagogik, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit, Rehabilitationspädagogik, Frühe Kindheit.
 - bb) Staatlich anerkannte Heilpädagoginnen/-pädagogen.
 - cc) Erzieherinnen/Erzieher mit heilpädagogischer Zusatzausbildung.
 - dd) Motopädinnen/Motopäden, Motologinnen/Motologen, Rehabilitationspädagoginnen/-pädagogen.
 - ee) Sprachbehindertenpädagoginnen/-pädagogen.
- b) Für den medizinisch-therapeutischen Bereich:
 - aa) Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Krankengymnastinnen/-gymnasten mit neurophysiologischer Zusatzausbildung, mindestens aber mit Kenntnissen in neurophysiologisch fundierten Behandlungsmethoden und mit Erfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe.
 - bb) Sprachtherapeutinnen/-therapeuten (zum Beispiel Logopädinnen/Logopäden, Sprachheilpädagoginnen/-pädagogen), möglichst mit einschlägigen, auf die Störungsbilder und Altersgruppe bezogenen spezifischen Zusatzqualifikationen, mindestens aber mit Kenntnissen in Konzepten, Methoden und Techniken in der Logopädie für die Zielgruppe und Praxiserfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe.
 - cc) Ergotherapeutinnen/-therapeuten möglichst mit einschlägigen, auf die Störungsbilder und die Altersgruppe bezogenen spezifischen Zusatzqualifikationen, mindestens aber mit Kenntnissen in Konzepten, Methoden und Techniken in der ergotherapeutischen Arbeit für die Zielgruppe und Praxiserfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe.
- c) Für den ärztlichen und den psychologischen Bereich:
 - aa) Fachärztinnen/Fachärzte für Kinderheilkunde, möglichst mit besonderer Qualifikation in Sozialpädiatrie oder Neuropädiatrie, mindestens aber mit Kenntnissen in diesen Bereichen und in kindlicher Entwicklung sowie Praxiserfahrung in der Arbeit mit der Klientel.
 - bb) Diplom-Psychologinnen/-Psychologen oder vergleichbare Master-Abschlüsse, mit Schwerpunktkenntnissen in der frühkindlichen Entwicklung, der Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik und weiteren diagnostischen Verfahren sowie

möglichst mit Zusatzqualifikation, mindestens aber mit Kenntnissen in psychotherapeutischen Beratungsverfahren und Praxiserfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe.

d) Für den Bereich Leitung

Hochschul-/Fachhochschulabsolventinnen/-absolventen mit Abschluss im Bereich Pädagogik oder Psychologie oder vergleichbaren Studiengängen. Eine praktische Berufserfahrung im Bereich der Frühförderung oder vergleichbaren Praxisfeldern ist Eingangsvoraussetzung.

- (2) Bei allen Berufsgruppen wird der Abschluss eines anerkannten Ausbildungsgangs vorausgesetzt. Soweit für die jeweiligen Berufe eine staatliche Anerkennung geregelt ist, muss diese nachgewiesen werden.
- (3) 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 der interdisziplinären Zusammenarbeit (insbesondere Präsenzzeiten) zu regeln.
- (4) Bei allen Berufsgruppen ist eine gute Praxisanleitung durch eine im Arbeitsfeld erfahrene Fachkraft sowie durch Supervision sicherzustellen, mindestens aber eine fach- und arbeitsfeldbezogene Fortbildung.

3. Räumliche Anforderungen

Die räumliche Ausstattung zur Durchführung der Komplexleistung muss geeignet sein, um die Diagnostik, die Förderung/Behandlung der Kinder und die Beratung der Erziehungsberechtigten effektiv und effizient durchführen zu können. Hierfür sind ausreichend Räume mit sachgerechter Ausstattung vorzuhalten.

4. Sächliche Anforderungen

Die sächlichen Anforderungen richten sich nach Spezialisierung und Leistungsprofil der Einrichtung, den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der behandelten/geförderten Kinder. Regionale Gegebenheiten sind zu berücksichtigen.

5. Fördereinheiten und Diagnostik

- (1) Über die Diagnostikleistungen hinaus wird die Komplexleistung Frühförderung in Fördereinheiten erbracht. Eine Fördereinheit bezeichnet die Zeit, in der Leistungen im direkten Kontakt am Kind erbracht werden zuzüglich der Zeit für indirekte Leistungen. Die direkte Leistung beträgt:
 - a) 60 Minuten bei heilpädagogischen Leistungen.
 - b) 45 Minuten bei medizinisch-therapeutischen Leistungen.
- (2) Die Dauer der Diagnostikleistungen wird wie folgt pauschal festgelegt:
 - a) Durchschnittlich 10 Stunden für eine Eingangsdiagnostik.

b) Je durchschnittlich 6 Stunden für eine Verlaufs- und Abschlussdiagnostik.

6. Mindeststandards der Fördereinheit und Kalkulationseckwerte

(1) Die Verträge zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern gemäß IFF-Mustervertrag werden unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards und Kalkulationseckwerte geschlossen.

(2) Folgende Mindeststandards und Kalkulationseckwerte sind einzuhalten:

a) Die durchschnittliche Dauer der Fördereinheit beträgt mindestens 100 Minuten, wobei sich diese wie folgt zusammensetzen:

aa) Die heilpädagogische Fördereinheit setzt sich aus 60 Minuten am Kind und 45 bis 60 Minuten indirekte Leistungen zusammen.

bb) Die medizinisch-therapeutische Fördereinheit setzt sich aus 45 Minuten am Kind und den indirekten Leistungen zusammen, wobei sich die indirekten Leistungen rechnerisch aus der durchschnittlichen Dauer einer Fördereinheit ergeben. Sie betragen aber mindestens 30 Minuten.

cc) Bei der Berechnung der Fördereinheiten wird das Verhältnis zwischen heilpädagogischen zu medizinisch-therapeutischen Fördereinheiten gemäß § 46 SGB IX mit 65 Prozent zu 35 Prozent als Orientierungsgröße zu Grunde gelegt.

b) Für die Förderungen in der Gruppe gilt, dass für das erste Kind 100 Prozent und für das zweite und dritte Kind jeweils 90 Prozent des Entgeltsatzes vergütet wird. Für das vierte Kind wird wiederum 100 Prozent für das fünfte und sechste Kind jeweils 90 Prozent des Entgeltsatzes vergütet.

c) Bei der Kalkulation des Entgeltes einer Fördereinheit wird eine Quote von 70 Prozent ambulant zu 30 Prozent mobil sowie ein Zeitaufschlag von 20 Minuten vereinbart (vergleiche Anlage 2 zu dieser Vereinbarung).

d) Das offene niederschwellige Beratungsangebot gemäß § 6a Nr. 2 FrühV wird mit 120 Minuten pro Kind und bewilligtem Förder- und Behandlungsplan (FuB), orientiert an den Entgeltsätzen der heilpädagogischen Kräfte, vergütet.

e) Bei der Kalkulation wird für kurzfristig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine eine Ausfallquote von 5 Prozent berücksichtigt.

f) Im Rahmen der bewilligten Fördereinheiten kann die Einrichtung in begründeten Fällen eine separate Beratung der Erziehungsberechtigten durchführen. Diese Fördereinheiten sind im Leistungsnachweis entsprechend zu kennzeichnen. Sollte die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers ersichtlich werden, muss spätestens mit dem folgenden FuB in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten und der IFF eine Überleitung der Leistung an den zuständigen Kostenträger erfolgen.

(3) Eine Abweichung von den hier vereinbarten Mindeststandards und Kalkulationseckwerten kann in begründeten Einzelfällen verhandelt und einvernehmlich vereinbart werden.

§ 4

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Die SPZ sind fachübergreifend arbeitende Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im Zuge einer Ermächtigung nach § 119 SGB V die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik, Behandlung und Förderung durch SPZ ist danach auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, medizinischen Einrichtungen oder IFF behandelt werden können. Sofern Träger ermächtigter SPZ auch Komplexleistungen nach der FrühV erbringen wollen, gilt § 3 dieser Vereinbarung entsprechend.

§ 5

Verfahren zur Anerkennung für die Erbringung von Komplexleistung

- (1) Interessierte Leistungserbringer beantragen die Anerkennung zur Durchführung der Komplexleistung bei dem jeweils zuständigen Eingliederungshilfeträger und den Krankenkassen(/-verbänden). Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 Nr. 1-4 dieser Landesrahmenvereinbarung unter Beifügung seiner Konzeption sowie aussagefähiger Unterlagen zur personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung und Standards nach.
- (2) Innerhalb von drei Monaten nach Einreichen der vollständigen Antragsunterlagen soll ein Verhandlungstermin stattfinden. Nach weiteren drei Monaten soll das Anerkennungsverfahren abgeschlossen sein. Dies beinhaltet auch eine Vereinbarung auf der Grundlage des IFF-Mustervertrages, inklusive einer Vergütungsvereinbarung auf der Grundlage der Kalkulationsmatrix (vergleiche Anlage 2 dieser Vereinbarung).
- (3) Der Abschluss eines IFF-Mustervertrages mit einem geeigneten Leistungserbringer erfolgt nach abgeschlossenem Anerkennungsverfahren und gemeinsamer Prüfung sowie einvernehmlicher Entscheidung durch die vertretungsberechtigten Rehabilitationsträger. In den Verträgen können gegebenenfalls Übergangsfristen zur Erfüllung der Eignungsvoraussetzungen im Einzelnen festgelegt werden.

§ 6

Komplexleistung

- (1) Die Komplexleistung umfasst gemäß §§ 2, 5, 6 und 6a FrühV:
 - a) ein offenes, niederschwelliges Beratungsangebot für Erziehungsberechtigte, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten. Dieses Beratungsangebot kann vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden,
 - b) die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik gemäß § 7 dieser Vereinbarung,
 - c) das Erstellen des FuB gemäß § 8 dieser Vereinbarung,
 - d) die Förderung und Behandlung des Kindes inklusive der Beratung der Erziehungsberechtigten auf der Grundlage des FuB,
 - e) die regelmäßige interdisziplinäre Fallberatung zur gegebenenfalls notwendigen Anpassung der Förderplanung sowie die Dokumentation des Förderprozesses und alle damit verbundenen Inhalte,
 - f) die interdisziplinäre Verlaufsdiagnostik sowie
 - g) die interdisziplinäre Abschlussdiagnostik.
- (2) Die Komplexleistung umfasst alle erforderlichen heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Sinne des § 46 Abs. 1 bis 3 SGB IX. Die Zusammenstellung der verschiedenen Leistungen ist nach dem Ergebnis der Eingangsdiagnostik im FuB individuell und abhängig vom konkreten Förderbedarf des Kindes zu beschreiben. Es ist sicherzustellen, dass keine Doppelleistungen erbracht und abgerechnet werden.
- (3) Voraussetzung für eine Komplexleistung im Sinne des § 46 SGB IX und der FrühV ist, dass für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel mindestens ein Jahr) sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen notwendig sind, um ein übergreifend formuliertes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen.
- (4) Die Fördereinheiten können je nach fallspezifischer Notwendigkeit entweder einzeln oder in der Gruppe ambulant in der Einrichtung des Leistungserbringers erbracht werden. Bei fallspezifischer, pädagogischer, medizinischer, sozialer oder organisatorischer Notwendigkeit kann die Förderung im Lebens-/Wohnbereich und/oder in der Kindertageseinrichtung mobil erbracht werden. Sie beinhaltet auch die regelmäßige Beratung und Einbeziehung der Erziehungsberechtigten.
- (5) Inhalt und Anzahl der zu erbringenden Fördereinheiten orientieren sich an den physischen und psychischen Bedarfen des Kindes, dazu gehört auch der Beratungsbedarf der Erziehungsberechtigten. Inhalt und Anzahl der erbrachten Förderungen sind zu dokumentieren.

- (6) Die Eingangsdiagnostik umfasst die heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Diagnostik (einschließlich psychologischer Diagnostik). Die Ärztin/der Arzt des Leistungserbringers entscheidet mit den an der Diagnostik beteiligten Fachkräften in interdisziplinärer Abstimmung, ob und gegebenenfalls welche weiteren medizinisch-therapeutischen Diagnostiken durchgeführt werden sollen. Die Diagnostikverfahren/-inhalte entsprechen dem allgemeinen und anerkannten fachlichen Standard. Sofern diagnostische Maßnahmen erforderlich sind, die das normale Maß der ärztlichen Diagnostik überschreiten (Laboruntersuchungen, Untersuchungen im SPZ etc.), hat die IFF das Kind an die behandelnde Vertragsärztin/den behandelnden Vertragsarzt zu verweisen. Liegt der IFF ein Diagnostikbericht und/oder ein FuB aus einem SPZ oder einer anderen Fachinstitution vor, der nicht älter ist als sechs Monate, so ist dieser als Grundlage zur Erstellung des FuB zu verwenden bzw. zu berücksichtigen. Sofern der Bericht keine ausreichenden Diagnostikanteile enthält, sind diese ergänzend durchzuführen. Die Eingangsdiagnostik ist abgeschlossen, wenn das Ergebnis der Diagnostik mit den Erziehungsberechtigten besprochen wurde, sie eine Kopie des FuB erhalten haben und dies durch die Unterschrift bestätigt wurde.
- (7) In der Verlaufs- und Abschlussdiagnostik werden die Erkenntnisse aus Förderung und Therapie im Verhältnis zur Therapieplanung dargestellt. Abweichungen des Erreichten vom Förder- und Behandlungsziel sind entsprechend interdisziplinär und gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten zu reflektieren und zu dokumentieren. Sie müssen in der Verlaufsdiagnostik und bei der weiteren Förderplanung berücksichtigt werden.
- (8) Die Abschlussdiagnostik ermittelt den zum Zeitpunkt der Beendigung der Komplexleistung bestehenden Entwicklungsstand des Kindes. Der Leistungserbringer fasst den Entwicklungsstand in einem Abschlussbericht zusammen. Der Abschlussbericht enthält neben diesen Informationen auch Empfehlungen für die weitere heilpädagogische bzw. medizinisch-therapeutische Versorgung. Der Abschlussbericht wird den zuständigen Rehabilitationsträgern (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse), der/dem behandelnden Vertragsärztin/-arzt und den Erziehungsberechtigten übersandt.

§ 7

Zugangsregelung

Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik in der IFF wird als Bestandteil der Komplexleistung durch eine Vertragsärztin/einen Vertragsarzt (Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde oder die/der im Einzelfall die Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V durchführende Ärztin/Arzt) im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verordnung veranlasst. Wird ein möglicher Förderbedarf durch andere Ärztinnen/Ärzte

oder Institutionen festgestellt, verweisen diese an die vorgenannte Vertragsärztin/den vorgenannten Vertragsarzt.

§ 8

Förder- und Behandlungsplan (FuB)

- (1) Das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik wird im FuB (vergleiche Anlage 1 IFF-Mustervertrag) dokumentiert.
- (2) Der individuelle FuB ist auf der Grundlage der Verlaufsdiagnostik mindestens einmal jährlich zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
- (3) Im FuB werden mindestens folgende Bereiche dokumentiert:
 - a) Diagnosestellung nach der jeweils gültigen Fassung der ICD,
 - b) Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen, orientiert an der jeweils gültigen Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY),
 - c) relevante anamnestische Daten,
 - d) vorhandene wesentliche Vorbefunde,
 - e) Festlegung eines individuellen Teilhabezieles sowie individueller fachspezifischer Förder- und Behandlungsziele (jeweils orientiert an der gültigen Fassung der ICF-CY),
 - f) Auflistung der nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Förder- und Behandlungsangebote für das Kind unter Einbeziehung seiner Erziehungsberechtigten mit Angabe von:
 - aa) Art, Leistungsinhalte und Förder- und Behandlungsform,
 - bb) Förder- und Behandlungsumfang (Menge und Frequenz) und Förderzeitraum,
 - cc) Hinweise auf erforderliche Hilfen und Hilfsmittel,
 - dd) Behandlungs- und Förderort.

§ 9

Kostenaufteilung

- (1) Gemäß § 46 Abs. 5 SGB IX in Verbindung mit § 9 FrühV vereinbaren die jeweils beteiligten Rehabilitationsträger mit dem Träger der IFF die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5, 6 und 6 a FrühV erforderlichen Leistungen.
- (2) Die Finanzierung der Leistungen gemäß § 6 dieser Landesrahmenvereinbarung obliegt den zuständigen Rehabilitationsträgern. Sie vereinbaren eine Kostenteilung auf der

Basis der vereinbarten Personalausstattung (Verhältnis pädagogisches und medizinisch-therapeutisches Personal). Näheres regelt die Kalkulationsmatrix (vergleiche Anlage 2 zu dieser Vereinbarung).

§ 10

Antragsverfahren

- (1) Die Komplexleistung Frühförderung nach § 46 SGB IX in Verbindung mit der FrühV, die nach der (Eingangs-) Diagnostik auf Grundlage des FuB erbracht werden soll, wird auf Antrag erbracht.
- (2) Der Antrag auf Gewährung einer Komplexleistung soll grundsätzlich an den zuständigen Eingliederungshilfeträger gerichtet werden. Wird ein Antrag bei einem anderen beteiligten Rehabilitationsträger gemäß § 8 Abs. 1 FrühV gestellt, leitet dieser den Antrag unverzüglich an den zuständigen Eingliederungshilfeträger weiter.

§ 11

Entscheidungsverfahren

- (1) Der nach § 10 dieser Landesrahmenvereinbarung zuständige Eingliederungshilfeträger entscheidet auf der Grundlage des FuB über den Antrag auf Komplexleistung.
- (2) Die zuständige Krankenkasse bestätigt auf Anfrage des Eingliederungshilfeträgers unverzüglich ihre Leistungsverpflichtung aufgrund des vorliegenden Versicherungsschutzes des Leistungsberechtigten.
- (3) Der Eingliederungshilfeträger erteilt innerhalb der gesetzlichen Fristen gemäß § 8 FrühV nach Eingang der vertraglich vereinbarten Unterlagen und der Bestätigung durch die Krankenkasse einen Bescheid an die/den Leistungsberechtigten/n. Gleichzeitig informiert er den Leistungserbringer und die zuständige Krankenkasse über den Inhalt der Entscheidung.
- (4) Wird der Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen gemäß § 8 FrühV beschieden und an den Antragsteller weitergeleitet, kann der Leistungserbringer im Interesse des Kindes und seiner Erziehungsberechtigten mit den Leistungen der Förderung/Therapie/Beratung entsprechend des FuBs beginnen und die jedenfalls bis zum Eingang der Entscheidung erbrachten Leistungen abrechnen, im Fall einer positiven Entscheidung auch darüber hinaus.

§ 12

Abrechnungsverfahren

- (1) Die Leistungserbringer oder ihre ermächtigte Abrechnungs-/Verrechnungsstelle rechnen die Komplexleistung direkt mit den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern ab. Näheres zu dem Abrechnungsverfahren regelt § 13 sowie die Anlage 7 des IFF-Mustervertrages.
- (2) Zuzahlungen dürfen von den Rehabilitanden nicht gefordert werden. Forderungen der Leistungserbringer an die Rehabilitationsträger dürfen ohne Zustimmung des zuständigen Rehabilitationsträgers nicht an Dritte abgetreten werden.

§ 13

Qualitätssicherung und Evaluation

- (1) Die Partner dieser Landesrahmenvereinbarung nach § 46 SGB IX bilden auf Landesebene den Runden Tisch IFF NRW.
- (2) Der Runde Tisch IFF NRW erarbeitet eine Geschäftsordnung mit Hinweisen zum Teilnehmerkreis, zum Sitzungssturnus und zu organisatorischen Verantwortlichkeiten.
- (3) Die Landesrahmenvereinbarung wird von den Vereinbarungspartnern als „lernendes System“ verstanden; sie gehen von der Notwendigkeit einer Berücksichtigung von Umsetzungsproblemen, Evaluationsergebnissen, fachlichen und rechtlichen Entwicklungen im Runden Tisch IFF NRW aus.
- (4) Darüber hinaus vereinbaren die Vereinbarungspartner, bis 31.12.2024 im Rahmen einer gemeinsamen Evaluation zu untersuchen, wie sich die Leistungen der Leistungserbringer landeseinheitlich entwickelt haben und welche Fragestellungen bzw. welche Bedarfe der Kinder sich derart verändert haben, dass neue Standards verhandelt werden müssen. In diese Evaluation fließen die Ergebnisse aus der Analyse und fachlichen Bewertung der solitären heilpädagogischen Leistungen gemäß Landesrahmenvertrag Eingliederungshilfe nach § 131 SGB IX ein.

§ 14

Schlichtungskommission

- (1) Kommt ein IFF-Vertrag gemäß der Anlage der Landesrahmenvereinbarung in der vorgesehenen Frist (vergleiche § 5 Landesrahmenvereinbarung) oder eine Vergütungs-

und Abrechnungsvereinbarung gemäß Anlage 5 zum IFF-Mustervertrag innerhalb einer Frist von sechs Monaten nicht zustande, können die Vertragspartner die Schlichtungskommission anrufen.

- (2) Die Schlichtungskommission setzt sich aus je einer Vertreterin/einem Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege, der gesetzlichen Krankenkassen und der Landschaftsverbände, die jeweils nicht an den strittigen Verhandlungen beteiligt sind, zusammen. Eine neutrale Person, benannt vom Runden Tisch NRW, berät die Schlichtungskommission und moderiert die Sitzung. Vertreter/Vertreterinnen der an den strittigen Verhandlungen unmittelbar beteiligten Verbände und Krankenkassen sowie der betroffenen Frühförderstelle werden in den Sitzungen der Schlichtungskommission angehört.
- (3) Die Schlichtungssprüche der Schlichtungskommission werden konsensual getroffen.

§ 15

Vergütungsgrundsätze

- (1) Bei der Festlegung von Vergütungen sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit zu beachten. Die Vergütung darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum abzuschließen. Sie gilt so lange fort, bis eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen wurde.
- (2) Die Höhe der Vergütung wird auf Grundlage der Kalkulationsmatrix (vergleiche Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) vereinbart.
- (3) Die Vergütungssätze laut Vergütungsvereinbarung berücksichtigen die in der Kalkulationsmatrix (vergleiche Anlage 2 zu dieser Vereinbarung) festgelegten Kostenarten und -bestandteile. Dazu zählen insbesondere:
 - a) die Personal- und Sachkosten,
 - b) der Aufwand für Leitung und allgemeine Verwaltung,
 - c) Kosten für betriebsnotwendige Anlagen im Eigentum oder zur Miete sowie dazugehörige Betriebskosten,
 - d) eine kalkulierte Kapazität,
 - e) eine kalkulierte Auslastung,
 - f) sowie weitere vergütungsrelevante Rahmenbedingungen.
- (4) Die Empfehlungen der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt-Berichte) zur Normalarbeitszeit in der jeweils gültigen Fassung werden anerkannt. Die im Zuge der Stellenbemessung der von der KGSt genannten Minderzeiten sind dabei in den indirekten Zeiten der einzelnen Fördereinheiten enthalten.
- (5) Die Personalkosten umfassen den gesamten zur Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Aufwand, der dem Leistungserbringer durch die Beschäftigung des

für die Erbringung der Leistungen einzusetzenden Personals entsteht. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann bei IFF-Verträgen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung von Vergütungen nach dem vorherigen Satz nachzuweisen.

- a) Die Personalkosten setzen sich insbesondere zusammen aus:
 - aa) Arbeitgeber-Brutto-Lohn- und Gehaltsaufwendungen nebst Zulagen und Zuschlägen, Sonderzahlungen und sonstigen Leistungen in Geld oder Geldwert sowie
 - bb) Beiträgen zur gesetzlichen Sozialversicherung und
 - cc) Aufwendungen für betriebliche Alters- und Zusatzversorgungseinrichtungen oder sonstige Sozialleistungen,soweit sie mit dem einzusetzenden Personal vereinbart sind.
 - b) Die Personalkosten umfassen darüber hinaus auch die sog. Personalnebenkosten, hierbei insbesondere:
 - aa) Aufwand für angemessene Fort- und Weiterbildung sowie Supervision,
 - bb) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich der Kosten für deren vollständige oder teilweise Freistellung (wie zum Beispiel Betriebsräte, Mitarbeitervertretung, Schwerbehindertenvertretung, Gleichstellungsbeauftragte, Datenschutzbeauftragte, Hygienebeauftragte), anteilig bezogen auf die Gesamtgröße des Trägers,
 - cc) Berufsgenossenschaftsbeiträge sowie andere gesetzliche Umlagen und Beiträge,
 - dd) Aufwendungen zur Arbeitssicherheit (insbesondere Brandschutz, Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz), anteilig bezogen auf die Gesamtgröße des Trägers.
 - c) Der notwendige Aufwand für Leitung und allgemeine Verwaltung umfasst die Personalkosten insbesondere für folgende Funktionen:
 - aa) Rechnungswesen und Controlling,
 - bb) Personalverwaltung,
 - cc) Qualitätsmanagement,
 - dd) IT, Datenschutz und Digitalisierung,
 - ee) Objektbetreuung (soweit nicht der Miete zuzurechnen),
 - ff) Geschäftsführung, Abteilungsleitung, Bereichsleitung, Einrichtungsleitung.
- (6) Die personelle Ausstattung und die Qualifikation des Personals richten sich nach dem Bedarf der Leistungsberechtigten und den Erfordernissen der Leistungen nach dem abgestimmten Konzept des Leistungserbringers sowie den gesetzlichen Vorgaben.
- (7) Die Sachkosten beinhalten den gesamten zur Erbringung der vereinbarten Leistung erforderlichen räumlichen und sächlichen Aufwand.

§ 16

Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

- (1) Die Rehabilitationsträger sind gemäß § 128 SGB IX sowie § 17 des IFF-Mustervertrages berechtigt, die Einhaltung der vorgenannten Standards anhand von Stichproben zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen. Hierüber haben sich die Rehabilitationsträger vorher abzustimmen. Hierbei ist auch eine anlassbezogene Prüfung ohne Ankündigung möglich.
- (2) Der Leistungserbringer hat an der Prüfung mitzuwirken und die für die Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit benötigten Unterlagen den Rehabilitationsträgern oder dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung zu stellen. Sofern im Rahmen der Prüfung die Leistungsdokumentation der einzelnen Leistungsberechtigten notwendig ist, hat der Leistungserbringer die angeforderten Unterlagen in Kopie zur Verfügung zu stellen. Im Einzelfall können mit einer besonderen Begründung auch die Unterlagen im Original angefordert werden.
- (3) Die Prüfung kann sich auf einen Zeitraum beziehen, der zum Zeitpunkt der Prüfungsmitteilung höchstens fünf Kalenderjahre zurückliegt. Die Prüfung umfasst einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten.
- (4) In der Regel teilt der Träger der Eingliederungshilfe dem Leistungserbringer vor Beginn der Prüfung schriftlich mit, dass und für welchen Zeitraum eine Prüfung durchgeführt wird und welche Belege vorzulegen sind. Handelt es sich um eine Prüfung aufgrund einer Beschwerde, ist der Leistungserbringer hierauf hinzuweisen.
- (5) Sollte während einer Prüfung eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erforderlich sein (zum Beispiel die Erweiterung des Prüfzeitraums oder eine anlassbezogene Erweiterung), teilt der Träger der Eingliederungshilfe dies dem Leistungserbringer schriftlich mit und fordert diesen auf, die die Erweiterung betreffenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
- (6) Dem Leistungserbringer ist das Ergebnis der Prüfung durch den Eingliederungshilfe-träger mitzuteilen.
- (7) Die Vertragsparteien vereinbaren, nach Abschluss dieser Vereinbarung im Rahmen des Runden Tisches IFF NRW unverzüglich Verhandlungen über weitere konkretisierende Vereinbarungen zu § 16 Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung dieser Landesrahmenvereinbarung aufzunehmen.

§ 17

Kündigung der Landesrahmenvereinbarung

- (1) Die Landesrahmenvereinbarung kann von jeder einzelnen Vertragspartei mit einer Frist von zwölf Monaten gegenüber den federführenden Stellen der jeweiligen Rehabilitationsträger bzw. der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen schriftlich gekündigt werden. Vor einer Kündigung soll der Versuch einer einvernehmlichen Lösung durch den Runden Tisch IFF NRW unternommen werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, unverzüglich Verhandlungen über eine Neuregelung der Landesrahmenvereinbarung aufzunehmen. Die gekündigte Vereinbarung wirkt über den Kündigungstermin hinaus, jedoch längstens zwölf Monate.

§ 18

Salvatorische Klausel

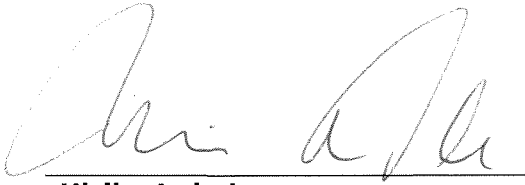
Sollten einzelne Regelungen dieser Landesrahmenvereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die unwirksamen Regelungen durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck des Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist.

§ 19

In-Kraft-Treten der Landesrahmenvereinbarung

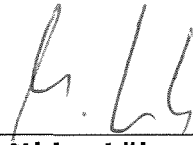
- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2020 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarungspartner sind sich darin einig, die Umsetzung dieser Landesrahmenvereinbarung im Weiteren gemeinsam zu überprüfen, die gewonnenen Erfahrungen auszuwerten und bei Bedarf in Gespräche zur Fortschreibung oder Veränderung einzutreten.

Düsseldorf, den 24.09.2019



Ulrike Lubek

Landschaftsverband Rheinland
Direktorin des
Landschaftsverbandes



Matthias Löb

Landschaftsverband Westfalen-
Lippe
Direktor des
Landschaftsverbandes