

Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderverordnung – FrühV) in Baden-Württemberg

zwischen

dem Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart

dem Städtetag Baden-Württemberg, Stuttgart

und

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart

dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, Kornwestheim

der IKK classic, Dresden

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Stuttgart

der Knappschaft, Regionaldirektion München

und

der Arbeiterwohlfahrt Baden e. V., Karlsruhe

dem Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V., Stuttgart

dem Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V., Freiburg

dem Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V., Karlsruhe

dem Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V. Stuttgart

dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart

wird folgende

Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung

geschlossen:

Präambel

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) rechnen die Komplexleistungen gemäß der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) in Baden-Württemberg (nachstehend Landesrahmenvereinbarung) auf Basis dieser Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung ab. Die Erbringung von Heilmittelleistungen oder heilpädagogischen Leistungen als Einzelleistung ist nicht Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 1 Allgemeines

1. Für die Abrechenbarkeit der Preise ist das Datum der Leistungserbringung ausschlaggebend.
2. Für die Krankenkassen sind die Vergütungssätze abschließend. Für medizinisch-therapeutische Leistungen können daneben keine weiteren Kosten geltend gemacht werden.
3. Bei den Leistungen der Sozialhilfe handelt es sich in § 4 um optionale Sätze, die mit dem Sozialhilfeträger vereinbart werden können. Grundsätzlich erfolgen die Verhandlungen vor Ort; daher sind Abweichungen und weitere Bestandteile möglich.

§ 2 Art und Umfang der Leistung

1. Die Komplexleistung wird nach den Erfordernissen des Einzelfalls in der Regel ambulant in der IFF oder mobil erbracht, vorrangig im häuslichen Umfeld (sofern keine medizinischen Indikationen: siehe Anlage „Begründungen für Mobile Frühförderung“). In geeigneten Fällen soll die Förderung in Gruppen erfolgen. Die Komplexleistung wird durch interdisziplinäre Teamgespräche ergänzt.
2. Die Gesamtleistung muss angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach dem genehmigten Förder- und Behandlungsplan.

§ 3 Vergütungsinhalte und Vergütungsumfang

1. Mit den in § 4 genannten Vergütungssätzen sind alle im Zusammenhang mit den Leistungen stehenden erforderlichen Aufwendungen (z. B. Vor- und Nachbereitung, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, Dokumentation) abgegolten. Zuzahlungen, sofern nicht gesetzlich vorgeschrieben, dürfen von den Leistungsempfängern nicht gefordert werden.
2. Grundlage für die Abrechnung ist der genehmigte Förder- und Behandlungsplan (FuB).
3. Die Förder- und Behandlungseinheit (BE) umfasst 60 Minuten, von denen 45 Minuten auf die notwendigen kind- und elternbezogenen Aufgabenstellungen und 15 Minuten auf Vor- und Nachbereitung entfallen. Die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ist als kindbezogene Leistung innerhalb des im Förder- und Behandlungsplan festgelegten Umfangs zu erbringen.
4. Die Gruppenbehandlung dauert mindestens 60 Minuten.

5. Mobile Förder- und Behandlungsleistungen können erbracht und abgerechnet werden, wenn diese im FuB begründet und genehmigt sind. Mit dieser Pauschale sind alle im Zusammenhang mit der mobilen Leistung anfallenden Kosten, wie Wegegebühren, Zeitaufwand und Hausbesuchspauschalen abgegolten. Im FuB begründete und genehmigte Doppelbehandlungen sind möglich. In diesen Fällen kann die zweite Stunde als BE abgerechnet werden. Die Anzahl der laut Förder- und Behandlungsplan genehmigten Leistungen erhöht sich dadurch nicht.

§ 4 Vergütung

Gebühren- position	Leistung	Krankenkassen*	Kommunale Träger*
		Betrag in EUR	
0201001	Erstgespräch (2-4 BE)	67,50	67,50
0201020	Eingangsdagnostik	230,00	
	Förder- und Behandlungsleistung einzeln		
0201502	Physiotherapie	45,00	
0201503	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	45,00	
0201504	Ergotherapie	45,00	
	Heilpädagogik / Psychologische Leistungen		45,00
	Förder- und Behandlungsleistung Gruppe (je Kind)		
0202502	Physiotherapie	16,50	
0202503	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	16,50	
0202504	Ergotherapie	16,50	
	Heilpädagogik / Psychologische Leistungen		16,50
	Mobile Förder- und Behandlungsleistung einzeln		
0209502	Physiotherapie	56,00	
0209503	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	56,00	
0209504	Ergotherapie	56,00	
	Heilpädagogik / Psychologische Leistungen		56,00
	Teamgespräche (je Kind je Therapeut/in je Monat)		
0209903	Physiotherapie	8,00	
0209904	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	8,00	

0209905	Ergotherapie Heilpädagogik / Psychologische Leistungen	8,00	8,00
---------	--	------	------

*für die Verbindlichkeit siehe § 1 Ziffern 2 und 3

§ 5 Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen

1. Für das Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen gilt § 302 SGB V unter besonderer Berücksichtigung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Krankenkassen kürzen dem Leistungserbringer bis zu 5% des Rechnungsbetrages, wenn aus Gründen, die er zu vertreten hat, die Daten nicht maschinell übermittelt werden (§ 303 SGB V).
3. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Förder- und Behandlungsserie unter Vorlage des Förder- und Behandlungsplans und der Empfangsbestätigung (Anlage 1 zur Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung) im Original. Dauert die Behandlungsserie länger als drei Monate, kann eine Zwischenabrechnung vorgenommen werden. Der Zwischenabrechnung sind der Förder- und Behandlungsplan in Kopie und die Empfangsbestätigung im Original beizufügen.
4. Für die Abrechnung der Komplexeistung ist ein gesondertes Institutionskennzeichen (IK) erforderlich.
5. Die Abrechnungen sollen einmal monatlich erfolgen und den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden.
6. Dem Leistungserbringer bzw. der von ihm beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Abrechnungsunterlagen.
7. Die Krankenkassen behalten sich vor, nach § 302 SGB V nicht korrekt gestellte Rechnungen abzuweisen. Zusammengehörige Abrechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang geliefert werden (in der Regel längstens 2 Wochen).
8. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweiligen Krankenkasse. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
9. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Gemäß § 45 SGB I gilt für den Vergütungsanspruch eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres in dem die Behandlungsserie beendet wurde. Für die Rückforderung von Zahlungen beginnt die 4-Jahres-Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde.

§ 6 Abrechnungsverfahren mit den Sozialhilfeträgern

Das Abrechnungsverfahren wird zwischen IFF und Sozialhilfeträgern vor Ort vereinbart.

§ 7 Inkrafttreten der Vergütungsvereinbarung

Die Vergütungsvereinbarung tritt am 01. Juli 2014 in Kraft.

§ 8 Kündigung der Vergütungsvereinbarung

Die Vergütungsvereinbarung kann von den Vereinbarungspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Monats, frühestens zum 01. Juli 2016 gekündigt werden. Die Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; eine neue Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung soll innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden.

Datum:

Landkreistag Baden-Württemberg

Datum:

Städtetag Baden-Württemberg

Datum:

AOK Baden-Württemberg

Datum:

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

Datum:

BKK Landesverband Süd

Datum:

IKK classic

Datum:

Sozialversicherung für Landwirtschaft
Forsten und Gartenbau

Datum:

Knappschaft, Regionaldirektion
München

Datum:

Caritasverband für die Erzdiözese
Freiburg e. V.

Datum:

Caritasverband der Diözese
Rottenburg-Stuttgart e. V.

Datum:

Diakonisches Werk der Evangelischen
Landeskirche in Baden e. V.

Datum:

Arbeiterwohlfahrt Baden e. V.

Datum:

Diakonisches Werk der evangelischen
Kirche in Württemberg e. V.

Datum:

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Anlage zur Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarung:

Bitte immer unmittelbar nach Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. der vertretungsberechtigten Bezugsperson quittieren lassen

Empfangsbestätigung für Leistungen der Krankenkassen (Nicht erforderlich für Teamgespräche!)

	Datum	Leistung	Unterschrift		Datum	Leistung	Unterschrift
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

Zwischenabrechnung

Endabrechnung