

Die LVR-Kindpauschale – Auf dem Weg zu inklusiver Bildung, Erziehung und Betreuung in der Kita

**Informationen zum neuen LVR-Fördersystem für Kinder
mit Behinderung in Kindertagesstätten**



Inhalt

Vorwort	2
Warum der Systemwechsel?	5
Was ändert sich ...	10
... konzeptionell in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit in den Kitas?	11
... für Kinder und ihre Eltern?	16
... für Träger und ihre Einrichtungen?	19
... für Therapeutinnen und Therapeuten?	22
Wann geht es los?	24
Interview mit Professor Dr. Jürgen Rolle, Vorsitzender des LVR-Landesjugendhilfeausschusses zur Einführung der Kindpauschale	27
Kurz und knapp	33
Weiterführende Informationen	36
Anlagen	38



Prof. Dr. Jürgen Rolle
Vorsitzender des
LVR-Landesjugendhilfe-
ausschusses



Ulrike Lubek
LVR-Direktorin

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Eltern, werte Einrichtungsträger und Mitarbeitende in den Kindertageseinrichtungen,

die Umstellung einer Fördersystematik und die damit verbundenen Veränderungen in einem bestehenden System erzeugen Unruhe und mitunter auch Sorgen. Die Einführung der LVR-Kindpauschale bildet da keine Ausnahme.

Die LVR-Kindpauschale soll eine qualitätsorientierte, die persönliche Weiterentwicklung des einzelnen Kindes mit Behinderung sicherstellende Förderung ermöglichen. Mit der Kindpauschale wird der zusätzlich bestehende, behinderungsbedingte pädagogische Förderbedarf über die durch das Kinderbildungsgesetz (KiBiz) des Landes NRW gewährten Pauschalen hinaus sichergestellt. Die Erhöhung der Fachkraftstunden und die Reduzierung der Gruppengröße stellen dabei einen ersten, gleichwohl wichtigen Schritt auf dem Weg zur inklusiven Betreuung auf einem hohen Qualitätsniveau dar.

Eine gute und kindgerechte Bildung, Erziehung und Betreuung in der Kindertageseinrichtung (Kita) hat für Eltern oberste Priorität, schließlich soll sich das eigene Kind in der Kita nicht nur wohlfühlen, sondern in seiner individuellen Entwicklung auch gefördert werden.

Wir erleben im Landschaftsverband Rheinland (LVR) seit dem Beschluss zur Einführung der Kindpauschale zum einen eine Verunsicherung bei den Eltern von Kindern mit Behinderung, die im Zuge der Umstellung eine Verschlechterung der Qualität in der Betreuung befürchten. Therapeutinnen und Therapeuten sehen zum anderen durch die Systemumstellung ihre berufliche Existenz gefährdet. Leitungen und Beschäftigte von Kindertageseinrichtungen treibt zudem die Frage um, ob sie den Anforderungen an eine inklusive Bildung, Erziehung und Betreuung in ihrer Einrichtung und den individuellen Bedürfnissen der Kinder mit und

ohne Behinderung gerecht werden können. Kommunale Träger wiederum arbeiten noch am Ausbau des Betreuungsplatzangebotes, um dem bestehenden Rechtsanspruch gerecht zu werden.

An Sie alle richtet sich diese Broschüre. Wir wollen erklären, welche Gründe und Motive maßgeblich für den Systemwechsel sind und was genau die Einführung der Kindpauschale für die einzelnen Beteiligten bedeutet.

Wir hoffen, Ihrem berechtigten Informationsbedürfnis mit dieser Veröffentlichung Rechnung zu tragen und wir hoffen auch, Sie davon überzeugen zu können, dass der eingeschlagene Weg der Richtige ist – zum Wohle der Kinder, die alle ein Recht haben, selbstverständlich und gleichberechtigt Teil der Gemeinschaft zu sein.

Die auch von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention steht für eine inklusive Gesellschaft, von deren Vielfalt wir alle profitieren. Sie steht für ein Miteinander und nicht für das gerade in Deutschland oftmals weiterhin vorherrschende Nebeneinander von Menschen mit und ohne Behinderungen. Die hierfür notwendigen Veränderungsprozesse müssen wir gemeinsam einleiten und gestalten.

Es geht bei der Inklusion um Menschenrechte – auch für die Kleinsten. Denn allen Menschen sollen die gleichen Teilhabemöglichkeiten offen stehen: in der Schule, im Beruf, beim Wohnen und eben auch schon von Anfang an – in der Kita.

Ihr



Prof. Dr. Jürgen Rolle

Vorsitzender des LVR-Landesjugendhilfeausschusses

Ihre



Ulrike Lubek

LVR-Direktorin



Warum der Systemwechsel?

Auf dem Weg zu inklusiven Lebensverhältnissen

Bei der UN-Behindertenrechtskonvention, die geltendes Recht in Deutschland ist, geht es um Menschenrechte. Inklusion, Partizipation und Selbstbestimmung sind ebenso wie Arbeit und Bildung Rechte für alle Menschen, gleich welchen Alters oder Geschlechts und ganz gleich, ob sie eine Behinderung haben oder nicht. Ziel sind inklusive Lebensverhältnisse von Beginn an, also auch in der Kita. Schon Kindern soll Zugehörigkeit ermöglicht werden, sie sollen sich als wichtiger und selbstverständlicher Teil der Gesellschaft erleben.

Um gleichberechtigte Teilhabe schon in den Kindertageseinrichtungen zu gewährleisten, stellt der LVR seine Fördersystematik für Kinder mit Behinderung¹ in Tageseinrichtungen um. Mit der gemeinsamen Betreuung von Kindern mit und ohne Behinderung in den Kitas im Rheinland wurden seit Beginn der 80er Jahre viele positive Erfahrungen gemacht und wichtige Schritte für eine vielfältige und individuelle Bildungsarbeit für Kinder mit und ohne Behinderung vollzogen: Aber bei allem Erfolg dieser integrativen Gruppen muss doch konstatiert werden, dass die meisten Kitas im Rheinland für Kinder mit Behinderung bisher verschlossen sind und eine wohnortnahe Kita-Betreuung für Kinder mit Behinderung eher die Ausnahme ist.

Während im Rheinland lediglich in rund 640 der dortigen rund 5.500 Kitas auch Kinder mit einer Behinderung betreut werden, besteht in Westfalen in fast 3.000 Kitas diese Möglichkeit. Diese kaum zufriedenstellende Situation ist auf die bisherige Förderpraxis im Rheinland zurückzuführen: Bisher stand nicht das einzelne Kind im Fokus der Förderung, sondern die integrative Gruppe in der jeweiligen Einrichtung. Der LVR verändert nun sein Finanzierungssystem, damit auch Eltern von Kindern mit einer Behinderung nach ihren persönlichen Kriterien diejenige Einrichtung für ihr Kind auswählen können, die sie für die Richtige halten.

1 Wenn im Folgenden von Kindern mit Behinderung die Rede ist, sind Kinder mit einer wesentlichen Behinderung und Kinder, die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind, gemeint.

Die Kindpauschale ermöglicht insoweit zum einen eine wohnortnahe Betreuung, die die Bildung und Pflege von Freundschaften für das Kind deutlich erleichtert. Zum anderen stellt die Pauschale auch Mittel für die Qualifizierung des Personals und für die Beratung von Eltern zur Verfügung. Beides sind wichtige Voraussetzungen, damit Inklusion gelingen kann. Letztlich kommt es auf die Haltung jedes Einzelnen und auf seine Bereitschaft an, Behinderungen als etwas Natürlichem zu begegnen und den Gewinn und die Bereicherung von Vielfalt zu erkennen.

Finanzierung der therapeutischen Leistungen

Über die bisherige institutionelle Förderung der integrativen Gruppen durch den LVR wurden von den Einrichtungen überwiegend fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt. Am 1. Juli 2011 wurde die Heilmittelrichtlinie dahingehend angepasst, dass eine therapeutische Behandlung von Kindern auch in der Kita möglich ist und infolgedessen auch die Kosten dieser ärztlich verordneten therapeutischen Leistungen von den Krankenkassen zu tragen sind. Die Krankenkassen erkennen ihre Leistungspflicht eindeutig an. In der Präambel eines erstellten Mustervertrages mit den Krankenkassen heißt es dazu: „Dieser Vertrag regelt die Versorgung von behinderten Kindern in der ganztägigen inklusiven Förderung in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln. Um die medizinisch-therapeutische notwendige Versorgung sicherstellen zu können, kann die Heilmittelversorgung in der vom Kind besuchten Einrichtung erbracht werden. Die Einrichtung stellt u.a. sicher, dass die Eltern in die Therapie eingebunden und über ihren Verlauf regelmäßig informiert sind.“

Der gesamte Mustervertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/ Kindertagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein ist dieser Broschüre als Anlage beigefügt.

Dass die notwendigen therapeutischen Leistungen für die Kinder jetzt über die Krankenkassen abgerechnet werden können, war nur ein Beweggrund für den LVR, wenn auch ein entscheidender, sich aus der



institutionellen Förderung der Therapieleistungen zurück zu ziehen. Wir haben nach 30 Jahren institutioneller Förderung aber auch erkennen müssen, dass wir durch das mit der Betriebserlaubnis vorgegebene Therapiesetting der Festanstellung von Therapeutinnen und Therapeuten (in der Regel wurden Physiotherapie und Logopädie genehmigt) den sich in den letzten Jahren gewandelten Behinderungsbildern der Kinder und damit neuen Notwendigkeiten in der Therapie nicht mehr passgenau gerecht werden. Damals ging es darum, den Kindern mit Behinderungen überhaupt einen Besuch in der Kita zu ermöglichen. Das gewählte Therapiesetting hat dies über viele Jahre und Jahrzehnte ermöglicht und erfolgreich unterstützt. Die Behinderungsbilder haben sich aber ganz wesentlich verändert, so gibt es auch neuere medizinische/diagnostische Erkenntnisse, die aufzeigen, dass die Kinder zum Teil besondere Behandlungen (Komplexleistungen) benötigen, denen das bislang vorgesehene Setting nicht mehr gerecht werden kann. Die sich zunehmend etablierenden Frühförderstellen haben im Rahmen einer Evaluierung ihrer Arbeit

gezeigt, dass mit einer zu Beginn der Therapien umfänglichen Diagnostik und einer darauf aufsetzenden passgenauen behinderungsgerechten Therapie dem Unterstützungsbedarf des einzelnen Kindes am besten geholfen wird. So kann verhindert werden, dass die Kinder in den Einrichtungen zwar eine Therapie erhalten, sie aber zusätzlich dennoch externe Therapien in Anspruch nehmen müssen, um dem Förderbedarf aufgrund des individuellen Behinderungsbildes gerecht werden zu können.

Der LVR ist ein umlagefinanzierter Verband, das heißt er wird überwiegend von seinen Mitgliedskörperschaften finanziert, das sind die kreisfreien Städte und die Kreise im Rheinland sowie die StädteRegion Aachen. Bei den Mitgliedskörperschaften sind die finanziellen Handlungsmöglichkeiten bereits weitgehend erschöpft. Der LVR muss in der Festsetzung der Umlage darauf – gesetzlich normiert – Rücksicht nehmen, das heißt er kann keine Leistungen erbringen und über die Umlage finanzieren, für die eindeutig ein anderer Leistungsträger zuständig ist. Für therapeutische Leistungen sind das nach der Heilmittelrichtlinie die Krankenkassen.

Die Änderung der Fördersystematik erfolgt also auch vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Rahmenbedingungen.



Was ändert sich ...

... konzeptionell in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit in den Kitas?

Kindertageseinrichtungen, die Kinder mit einer Behinderung aufnehmen möchten, müssen eine Förder- und Teilhabeplanung entwickeln, in der auch erste Überlegungen zur Weiterentwicklung des pädagogischen Konzeptes getroffen werden. Die pädagogische Konzeption soll ebenso wie die weitere Qualifikation der Mitarbeitenden eine erfolgreiche inklusive Bildung, Erziehung und Betreuung gewährleisten (vgl. S. 19).

Pädagogische Arbeit

Für den Ausbau der pädagogischen Arbeit stellt der LVR ab dem Kindergartenjahr 2014/2015 den Einrichtungen eine Pauschale in Höhe von jährlich 5.000 Euro pro Kind mit Behinderung zur Verfügung (LVR-Kindpauschale). Der LVR verspricht sich hiervon eine deutliche Verbesserung in der Betreuungsqualität, da dieser Betrag im Wesentlichen für zusätzliche Fachkraftstunden aufgewendet werden muss. Hinzu kommt, dass Voraussetzung zur Gewährung der Kindpauschale die Reduzierung von Plätzen in der jeweiligen Gruppe ist. Dabei hängt die Anzahl der zu reduzierenden Plätze von der Anzahl der Kinder mit Behinderung in der jeweiligen Gruppe ab.

Aus der Pauschale können auch die Leistungen von Motopädinnen und Motopäden finanziert werden, deren Leistungen nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Auch die pädagogischen Arbeitsanteile von Therapeutinnen und Therapeuten sind über die Kindpauschale finanzierbar. Auf diese Weise wird auch in Zukunft ein ganzheitliches und interdisziplinäres Arbeiten ermöglicht.

Mit der Kindpauschale soll zudem die Qualifizierung und Fortbildung des Personals gefördert werden, um eine inklusiv ausgerichtete pädagogische Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln sowie die Beratungskompetenzen zu stärken. Zudem kann die Förderung für den zeitlichen Aufwand für Vernetzung, insbesondere mit medizinisch-therapeutischen Praxen oder interdisziplinär arbeitenden anderen Einrichtungen, wie Frühförderstellen, und für die Beratung von Eltern von Kindern mit Behinderung verwendet werden.

Therapeutische Arbeit

Auch künftig können Kinder mit Behinderung Therapien in den Kindertageseinrichtungen vor Ort wahrnehmen. Sowohl in der Übergangsphase im Kindergartenjahr 2014/2015 als auch danach, denn Kindertageseinrichtungen haben die Möglichkeit, dort erbrachte Therapieleistungen mit den Krankenkassen direkt abzurechnen. Dafür müssen sie sich allerdings über eine Kassenzulassung **als Ort der Leistungserbringung** bei einer beliebigen Krankenkasse anerkennen lassen. Der Mustervertrag mit den Krankenkassen, der als Anlage beigefügt ist, soll hier ebenso als Hilfestellung dienen wie die von uns auf unserer Internetseite **www.kindpauschale.lvr.de** veröffentlichten weiteren Arbeitshilfen wie zum Beispiel der Antrag auf Kassenzulassung gemäß §124 SGB V und die Zulassungsempfehlungen nach §124 Abs. 4 SGB V. Um die Zulassung zu erhalten und somit Ort der Leistungserbringung zu werden, sind fachliche, räumliche und sächliche Voraussetzungen zu erfüllen: Die Einrichtungen müssen zum einen über therapeutisches Personal verfügen, welches aufgrund der Ausbildung durch die Krankenkassen anerkannt ist. Zum anderen müssen ein geeigneter Therapieraum sowie die für die Therapie notwendige Ausstattung und Hilfsmittel vorhanden sein.

Die Abrechnung der Verordnungen erfolgt dann mit der jeweiligen Krankenkasse, der die Eltern des Kindes angehören bzw. bei privat versicherten Eltern direkt über deren private Krankenversicherung. Dieses Organisationsmodell bietet sich insbesondere für die Kitas an, die bisher über integrative Gruppen verfügten und die genannten Bedingungen mit hoher Wahrscheinlichkeit erfüllen.



Alternativ können Träger von mehreren Kindertageseinrichtungen **Kompetenzzentren** bilden und das dort angestellte therapeutische Personal in die verschiedenen Einrichtungen entsenden, um dort die unterschiedlichen Therapiebedarfe sicherzustellen. Auch hier ist es erforderlich, dass die Therapeutinnen und Therapeuten eine Ausbildung haben, die von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist und somit die Möglichkeit haben, über Verordnungen abrechnen zu können. Organisatorisch erheblich ist, dass dabei nur eine der Einrichtungen, bei der das therapeutische Personal dann anzustellen ist, auch über die räumlichen und sächlichen Voraussetzungen verfügen sowie über die Kassenzulassung als Ort der Leistungserbringung anerkannt sein muss. Dieses Organisationsmodell ermöglicht es insbesondere Kitas, die noch keine Erfahrungen mit der inklusiven Betreuung sammeln konnten, mit erfahrenen Einrichtungen zu kooperieren. Der konkrete Arbeitseinsatz des therapeutischen Personals ist dann zwischen den einzelnen Einrichtungen vertraglich zu regeln.

In einer weiteren Organisationsoption können **Kooperationsvereinbarungen mit externen therapeutischen Praxen** geschlossen und so ebenfalls Therapien in den Einrichtungen selbst ermöglicht werden, ohne hierfür spezielle Therapieräume vorhalten zu müssen. Die erforderliche ungestörte Atmosphäre kann ebenso in einem Nebenraum oder in einem Mehrzweckraum für die Zeit der Therapie gewährleistet werden. Auch **Kooperationen mit Frühförderzentren** sind nach Absprache mit den zuständigen Rehabilitationsträgern (Krankenkasse und örtlicher Sozialhilfeträger) eine Möglichkeit, Therapien während der Betreuungszeit in der Kita wahrzunehmen. Wenn von externen Praxen oder von Frühförderzentren über die therapeutischen Leistungen hinaus pädagogische Leistungen erbracht werden sollen, sollten diese ebenfalls durch Kooperationsvereinbarungen vereinbart werden. Diese Leistungen sind durch den Träger zu finanzieren; allerdings kann hierfür auch die LVR-Kindpauschale verwendet werden.

Das Modell der Kooperationsvereinbarungen kann sich ebenfalls für Kitas ohne Erfahrungen mit inklusiver Betreuung anbieten, die zunächst

nur einen Betreuungsplatz mit einem Kind mit Behinderung besetzen möchten – gerade wenn die Bildung eines Kompetenzzentrums (siehe oben) aufgrund zu großer Entfernungen zwischen einzelnen Kindertageseinrichtungen nicht möglich ist.

Für Eltern eines Kindes mit Behinderung, die die Therapie in eigener Regie und Verantwortung außerhalb der Kita organisieren möchten, besteht selbstverständlich die Option, auch eine Kita auszuwählen, die entsprechende Therapieangebote vor Ort nicht vorhält. An eine Platzreduzierung und eine Fachkraftstundenzahlerhöhung ist allerdings auch diese Kita bei der Aufnahme eines Kindes mit Behinderung gebunden, wenn die LVR-Kindpauschale beantragt wird.

Wichtig ist: Die Finanzierung von Therapien durch den LVR entfällt ab dem Kindergartenjahr 2015/2016. Die Entscheidung, wie die therapeutische Versorgung in der Einrichtung erbracht werden soll, liegt beim einzelnen Träger. Zudem entscheidet der Träger über die Gestaltung der Arbeitsverträge für fest angestelltes therapeutisches Personal, sofern er sich für dieses Modell entscheidet.

... für Kinder und ihre Eltern?

Wahlfreiheit

Künftig haben alle Eltern die Möglichkeit, einen Kitaplatz in einer Regelinrichtung ihrer Wahl zu suchen. Eine Kita in Wohnortnähe besuchen zu können, bietet den Kindern und ihren Eltern die Möglichkeit, Freundschaften und soziale Kontakte in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld aufzubauen und diese auch mit vertretbarem Aufwand pflegen zu können. Bisher konnten Eltern ihr Kind überwiegend nur in Kitas mit einer integrativen Gruppe anmelden, künftig soll diese Möglichkeit für alle Einrichtungen im Rheinland bestehen.

Eine Verpflichtung zur Aufnahme von Kindern mit Behinderung besteht allerdings derzeit lediglich in kommunalen Einrichtungen, die das Jugendamt für die inklusive Betreuung ausgewählt hat. Hier sind alle staatlichen Ebenen aber auch die Zivilgesellschaft gefordert, auf alle Träger im Sinne der Inklusion positiv motivierend einzuwirken.

Selbstverständlich können die Eltern auch den Betreuungsumfang für ihr Kind wählen, 25, 35 oder 45 Stunden in der Woche. Sollte das Kind allerdings nicht ganztägig in der Kita untergebracht sein (25 Stunden/Woche), sehen die Krankenkassen die Notwendigkeit, die therapeutischen Leistungen außerhalb der Einrichtung wahrzunehmen.

Therapieverordnungen

Mit Einführung der Kindpauschale wird den Eltern – mit Blick auf das Wohl ihres Kindes – mehr Verantwortung für die regelmäßige Einholung von ärztlichen Verordnungen für die notwendigen therapeutischen Leistungen übertragen. Damit rückt der individuelle therapeutische Bedarf im Zusammenhang mit der Entwicklung des Kindes stärker in den Fokus und wird nun noch regelmäßiger auch aus ärztlicher Sicht reflektiert. Ein kontinuierlicher Kontakt zum behandelnden Arzt beziehungsweise zur Ärztin ist gewünscht und wichtig, damit regelmäßig überprüft wird, ob die angedachten Therapiewege die gewünschten Ziele erreichen. Mehr



Verantwortung bedeutet allerdings auch einen größeren Zeitaufwand für die Eltern und verlangt zusätzliches Engagement für die regelmäßige Konsultation des Arztes oder der Ärztin.

Wichtig ist: Es besteht die Möglichkeit einer Langfristgenehmigung durch den Kinderarzt: Die Therapie kann dabei ohne Unterbrechung für bis zu zwölf Wochen erfolgen.

Eltern müssen nicht befürchten, dass behandelnde Kinderärzte sich aufgrund zu knapper Budgets weigern, notwendige Verordnungen auszustellen: Die Behandlung von Kindern mit Behinderung ist in den meisten Fällen nicht relevant für das Budget (Heilmittel-Richtgrößenprüfung), vielmehr bestehen entsprechende Praxisbesonderheiten. Sollten Ärztinnen und Ärzte Verordnungen mit Verweis auf das eigene Budget ablehnen, sollten Eltern sofort ihre Krankenkassen informieren, damit von dort die nötige Aufklärungsarbeit erfolgen kann.

Elternbeiträge

Bei der Umstellung der Fördersystematik steht die Erhöhung der Betreuungsqualität im Vordergrund, nicht ein pauschaler Nachteilsausgleich, wie er auf Bundesebene mit dem Bundesteilhabegeld in Rede steht. Insofern werden künftig auch Eltern von Kindern mit einer Behinderung für die Betreuung ihres Kindes den kommunal festgelegten Elternbeitrag an das zuständige Jugendamt entrichten müssen; selbstverständlich nur, soweit ihr Einkommen dies zulässt.

... für Träger und ihre Einrichtungen?

Konzeptentwicklung

Alle Kitas, die zukünftig inklusiv betreuen möchten, auch die Einrichtungen, die mittels ihrer integrativen Gruppen bereits Erfahrungen mit einer gemeinsamen Betreuung von Kindern mit und ohne Behinderung gemacht haben, stehen vor der Aufgabe, das bestehende Betreuungs-/ Erziehungs- und Bildungskonzept im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zu reflektieren und anzupassen. Vielfach ist dies sicherlich bereits geschehen. Es sind die notwendigen konzeptionellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die in der Konvention vermittelten Werte und der bestehende Anspruch auf inklusive Betreuung tatsächlich befördert und umgesetzt werden können. Hierzu ist eine Förder- und Teilhabepflicht vorzulegen. Bestehende Konzepte sind so weiterzuentwickeln, dass sie den Bedürfnissen aller Kinder gerecht werden.



Die Konzeption sollte auf folgende Fragestellungen eingehen:

- Wie hat sich das Team im Hinblick auf die künftige Betreuung von Kindern mit Behinderung vorbereitet?
 - Fortbildung
 - Teamentwicklung usw.
- Welche Beteiligungs-, Mitgestaltungs- und Beschwerdemöglichkeiten werden auch den Kindern mit Behinderung in der Einrichtung geboten?
- Wie soll die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team konkret gestaltet werden?
- Wie soll die Erziehungspartnerschaft mit Eltern von Kindern mit Behinderung gestaltet und wie sollen deren Bedürfnisse berücksichtigt werden?
- Wie sollen die individuellen Bedürfnisse aller Kinder im Alltag der Einrichtung berücksichtigt werden?

Mit dem Kinderbildungsgesetz (KiBiz) liegen neben der LVR-Kindpauerschule die notwendigen finanziellen Voraussetzungen zur Finanzierung der nötigen Anpassungen, zum Beispiel hinsichtlich Gruppengröße und besserer Fachkraftausstattung, vor.

Voraussetzung für eine gelungene Inklusion und damit wichtiger Bestandteil der Betreuungskonzeption ist eine positive Haltung aller Beteiligten zu einer inklusiven Betreuung.

Die Kitaleitungen sind hier in besonderer Weise gefordert, bestehende Unsicherheiten und Vorbehalte bei den Mitarbeitenden, aber auch bei den Eltern – gerade auch bei den Eltern mit Kindern ohne eine Behinderung – zu erkennen. Diese Unsicherheiten oder gar Vorbehalte gilt es aufzugreifen und durch Information und Gespräche überwinden zu helfen.

Ressourceneinsatz

Es liegt allein in der Verantwortung des Trägers, sowohl die ihm zur Verfügung stehenden finanziellen als auch personellen Ressourcen so einzusetzen, dass die individuellen Kompetenzen und Bedarfe von Kindern mit und ohne Behinderung optimal in der Betreuung berücksichtigt werden können. Durch die KiBiz-Förderung, die die Zahlung des 3,5-fachen Betreuungssatzes für ein Kind mit Behinderung vorsieht, und durch die LVR-Kindpauschale, die eine Platzreduzierung erfordert und zusätzlich den Aufbau von Fachkraftstunden ermöglicht, verbessern sich die Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtungen.

Flexibilität

Die LVR-Kindpauschale bietet den Trägern von Kindertageseinrichtungen – im Gegensatz zu der früheren gruppenbezogenen Förderung, die immer fünf Kinder mit Behinderung in einer integrativen Gruppe vorsah – eine höhere Flexibilität bei der Aufnahme von Kindern mit Behinderung. Die Platzzahlen können im Rahmen der genehmigten Gesamtplatzzahl je nach Alter und Betreuungszeiten der Kinder variiert werden.

... für Therapeutinnen und Therapeuten?

Beschäftigungsverhältnisse

Verschiedene Organisationsmodelle zur Erbringung therapeutischer Leistungen sind künftig möglich. Auch die Beschäftigung von fest angestellten Therapeutinnen und Therapeuten in der Kindertageseinrichtung stellt weiterhin eine Option dar.

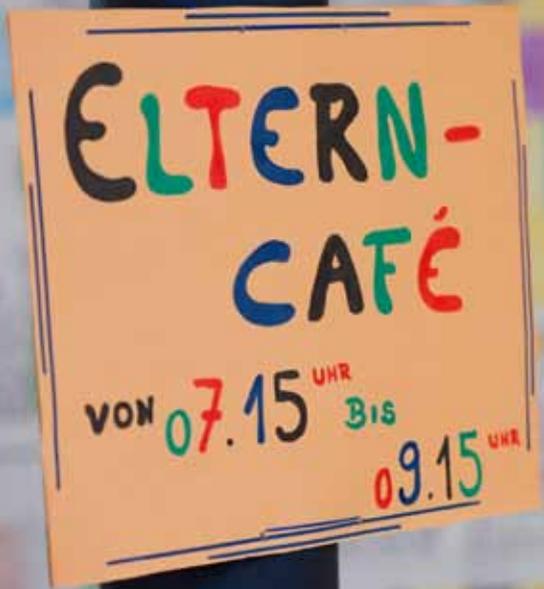
Es obliegt der Entscheidung des einzelnen Trägers, die von den personellen, räumlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen vor Ort abhängen dürfte, ob er für seine Einrichtung eine Kassenzulassung als Ort der Leistungserbringung beantragt und im Rahmen dessen therapeutisches Personal fest anstellt. Wird eine solche Zulassung als Ort der Leistungserbringung erfolgreich beantragt, können therapeutische Fachkräfte ihre Leistungen über Verordnungen mit den Krankenkassen abrechnen – sofern sie ihrerseits aufgrund der Ausbildung durch die Krankenkassen anerkannt sind. Auch in den Kompetenzzentren können Therapeutinnen und Therapeuten künftig eine Festanstellung erhalten.

Neben den Therapeutinnen und Therapeuten sind auch Motopädinnen und Motopäden in den Kindertageseinrichtungen beschäftigt. Letztere können derzeit keine Kassenzulassung erhalten und ihre Leistungen entsprechend nicht mit den Krankenkassen abrechnen. Der LVR hat in seinen Richtlinien zur Förderung der Inklusion in Kindertageseinrichtungen eine Regelung aufgenommen, dass neben dem Einsatz pädagogischer Fachkräfte auch der Einsatz der Motopädinnen und Motopäden durch die LVR-Kindpauschale finanziert werden kann. Der LVR hat damit die Basis für einen weiteren, da bewährten Einsatz der Motopädinnen und Motopäden in den Kindertageseinrichtungen gelegt.



Zusammenarbeit

Um auch in Zukunft in den Kitas die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen therapeutischem Personal und pädagogischen Fachkräften zu ermöglichen, können über die Kindpauschale auch die pädagogischen Arbeitsanteile von Therapeutinnen und Therapeuten finanziert werden.



Wann geht es los?

Die Kindpauschale wird vom LVR mit dem Kindergartenjahr 2014/2015 eingeführt. Damit Träger und Einrichtungen Zeit für die erforderliche Umsetzung ihres neuen beziehungsweise angepassten Betriebskonzeptes und Organisationsmodells haben, die organisatorischen Fragen klären und Veränderungen herbeiführen können, hat der LVR allerdings eine Übergangsfrist bis zum vollständigen Systemwechsel mit Beginn des Kindergartenjahres 2015/2016 vorgesehen.

Mit dieser Übergangsfrist trägt der LVR der Sorge Rechnung, das derzeitige Modell des Therapieangebotes über fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten nicht kurzfristig umstellen zu können. Er übernimmt unter Anrechnung der Kindpauschale die Finanzierung der jährlichen Personalkosten des fest angestellten therapeutischen Personals im Kindergartenjahr 2014/2015 noch vollständig. Danach muss die Finanzierung der Therapieleistungen allerdings durch die Krankenkassen – in sicherlich verschiedenen Organisationsformen – sichergestellt werden, das heißt spätestens ab dem Kindergartenjahr 2015/2016.

Die damit verbundenen Veränderungen gilt es, in einer überarbeiteten pädagogischen Konzeption aufzugreifen und an den neuen Rahmenbedingungen auszurichten, damit in den Einrichtungen weiterhin und ohne Unterbrechung auch Kinder mit Behinderungen betreut werden können.



Eine neue Betriebserlaubnis der Einrichtungen mit ehemals integrativen Gruppen wird in den kommenden Monaten zu beantragen sein. Die Neufassung der Betriebserlaubnisse ermöglicht Trägern von inklusiv arbeitenden Tageseinrichtungen für Kinder eine größere Flexibilität in ihrer Belegungsstruktur und bedarf bei Veränderungen bei der Aufnahme von Kindern mit Behinderung stets nur dann einer Neubeantragung, wenn die genehmigte Gesamtplatzzahl überschritten wird. Alle weiteren Vorgaben zur Betreuung von Kindern mit Behinderung werden über die Richtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland zur Förderung der Inklusion in Kindertageseinrichtungen (Flnk) geregelt. Dies bedeutet, dass der Antrag in diesen Fällen auch rückwirkend – mit Wirkung zum 1. August 2014 – gestellt werden kann und damit nicht zum 1. August 2014 vorliegen muss. Nehmen Sie gerne bei Fragen und Unklarheiten dazu Kontakt mit uns auf.



Interview mit
Professor Dr. Jürgen Rolle,
Vorsitzender des
LVR-Landesjugendhilfe-
ausschusses zur Einführung
der Kindpauschale

Herr Professor Rolle, ist die Einführung der Kindpauschale für den LVR lediglich eine Sparmaßnahme?

Nein, die Kindpauschale ist gar keine Sparmaßnahme: Pro Kind mit Behinderung werden den Kitas vom LVR künftig nicht mehr 2.800 Euro, sondern 5.000 Euro zur Verfügung gestellt.

Vielmehr geht es hier um uneingeschränkte Teilhabe – es geht also um Inklusion. Wir wollen es möglich machen, dass jedes Kind in die Tageseinrichtung gehen kann, die sich seine Eltern wünschen. Wir wollen, dass der Besuch auch für ein einzelnes Kind mit Behinderung in jeder Gemeinde und in jeder Kita möglich ist. Also müssen wir abhängig vom jeweiligen Kind und nicht mehr die Einrichtung und dort vorhandene Gruppenstrukturen fördern.

Bis hierhin geht es nicht im Mindesten um Geld. Hinzu kommt allerdings, dass mit Inkrafttreten der Heilmittelrichtlinie von 2011 auch die Kosten für ärztlich verordnete Therapien, die während der ganztägigen Betreuung in der Kita erbracht werden, von den Krankenkassen übernommen werden. Der LVR kann hier mit Blick auf die ihn finanzierenden Kommunen, Städte und Kreise nicht freiwillig Leistungen übernehmen, deren Finanzierung per Gesetz jemand anderes, nämlich die Krankenkassen, zu tragen hat.

Mit der Kindpauschale stärkt der LVR also die pädagogische Arbeit in den Kitas und schafft die Voraussetzungen für eine inklusive Betreuung. Die Finanzierung der therapeutischen Arbeit hätte ohnehin aufgrund der bestehenden Rechtslage umgestellt werden müssen.

Also musste für eine inklusive Betreuung das bestehende System verändert werden?

Ja, denn eine kindspezifische Förderung ist im bestehenden System schlicht nicht möglich. 1983, als wir das bisherige System eingeführt haben, ging es darum, Kindern mit Behinderung den Besuch einer Kita überhaupt erst zu ermöglichen. Das Mittel der Wahl war damals die

integrative Gruppe. Und das war auch gut und richtig so. Statt 25 Kindern sollten nur 15 Kinder eine Gruppe besuchen, fünf davon mit Behinderung. Hierfür wurden die kompletten Kosten übernommen. Jetzt hat dies aber dazu geführt, dass im Rheinland – wegen der Konzentration auf das System „integrative Gruppe“ – nur etwa 640 Kindertageseinrichtungen Plätze für Kinder mit Behinderungen bereithalten. In Westfalen, wo schon seit vielen Jahren kindspezifisch statt institutionell gefördert wird, sind es rund fünfmal so viele. Wo individuell gefördert wird, sind die Teilhabemöglichkeiten also deutlich größer. Alleine diese Zahlen zeigten uns, dass wir umdenken müssen. Zusätzlich belegte ein Modellprojekt, dass viele Eltern für ihr Kind die Regeleinrichtung in unmittelbarer Nähe des Wohnortes bevorzugen. In Folge dessen beobachteten wir, dass manche integrative Gruppe gar nicht mehr voll belegt wurde. Das System funktionierte nur, so lange auch alle Kinder mit Behinderung von den örtlichen Jugendämtern in integrative Gruppen geschickt wurden. Um also dem Gedanken der Inklusion einerseits und dem Elternwillen andererseits Rechnung zu tragen, war eine Systemumstellung unerlässlich.



Wenn das System also umgestellt werden muss, warum gibt es dann so kurze Übergangszeiten?

Ich empfinde die Übergangszeit nicht als zu kurz: Im Kindergartenjahr 2014/15 ändert sich letztlich doch noch gar nichts! In den bisherigen integrativen Gruppen werden die Lohnkosten des therapeutischen Personals unter Anrechnung der Kindpauschale bis zum Beginn des Kindergartenjahres 2015/2016 vollständig übernommen. Und die sich der Inklusion erstmalig öffnenden Träger und Einrichtungen starten ohnehin direkt unter den neuen Rahmenbedingungen.

Der Zeitraum bis zum Kindergartenjahr 2015/2016 sollte allerdings von denjenigen Trägern besonders gut genutzt werden, die sich bisher noch nicht mit inklusiver Betreuung befasst haben, damit sie allerspätestens zum folgenden Kindergartenjahr auf Anfragen interessierter Eltern angemessen reagieren und die vorhandenen Bedarfe befriedigen können.

Bis zum Kindergartenjahr 2015/2016 sollten zudem die meisten Kapazitätsprobleme, die durch den seit August 2013 bestehenden Rechtsanspruch auf U3-Betreuung gerade in den wachsenden Zentren der Rheinschiene noch bestehen, behoben sein. Dann sehen sich die Kita in der Nachbarschaft und das örtliche Sozialamt auch eher in der Lage, die mit Aufnahme eines Kindes mit Behinderung verbundene Platzzahlreduzierung umzusetzen.

Überdies hat der LVR-Landesjugendhilfeausschuss die Einrichtung einer Monitoring-Gruppe, die durch einen interfraktionellen Arbeitskreis des Landesjugendhilfeausschusses begleitet werden wird, beschlossen. So wird die Umsetzung des neuen Förderverfahrens fortlaufend und unter Einbeziehung der Freien Träger evaluiert. Die politische Vertretung wird den Prozess also aufmerksam und kritisch verfolgen und bei Stolpersteinen und Problemen nach individuellen Lösungen suchen.

An der Grundsystematik wird allerdings nicht mehr gerüttelt, denn wir sind überzeugt, dass es sich um den richtigen Weg handelt.

Ehalten die Kinder denn weiterhin die erforderlichen Therapien, wenn der LVR sich aus der Finanzierung zurückzieht?

Niemand, erst recht nicht der LVR, zieht sich einfach so aus der Finanzierung zurück. Deswegen gibt es ja auch für die Kitas mit integrativen Gruppen die Übergangsfristen bis zum Kindergartenjahr 2015/2016. Aber es gibt einen Kostenträger für ärztlich verordnete Therapien: die Krankenkassen. Also haben wir Gespräche mit den Kassen geführt. Entgegen aller im Vorfeld formulierten Sorgen sind diese ausgesprochen konstruktiv verlaufen. Die notwendige therapeutische, auf das Kind zugeschnittene Versorgung ist also in jedem Falle gesichert.

In Rede steht lediglich, wo und von wem diese Leistungen künftig erbracht werden. Hier sind die Träger gefragt, aus den verschiedenen denkbaren Organisationsmodellen das für sie Geeignete auszuwählen, um so dem dringlichen und nachvollziehbaren Wunsch vieler Eltern nachzukommen, Therapien auch künftig in der Kita stattfinden zu lassen. Dafür haben wir in den Gesprächen mit den Kassen gute Voraussetzungen ausgehandelt: So konnten wir uns bereits im März bei der Frage zum Ort der Leistungserbringung auf ein vereinfachtes Antragsverfahren verständigen. Praktisch heißt das: Therapeutische Leistungen können in den meisten Fällen auch weiterhin in der Kita vor Ort erbracht werden. Ein Mustervertrag soll zudem die Abrechnung mit den Krankenkassen vereinfachen. Die Budgets der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden durch das Verschreiben solcher Therapien ohnehin nicht belastet.

Überdies haben wir unsere Pauschale so bemessen, dass über die Finanzierung zusätzlicher Fachkraftstunden auch bei einer „Fortführung“ der bisherigen integrativen Gruppenstärke im neuen System die pädagogischen Arbeitsanteile einer halben therapeutischen Kraft weiter finanziert werden können. Aber wie gesagt: Hier sind die Träger gefragt, entsprechende Konzepte zu entwickeln und Anpassungen vorzunehmen.

Warum zahlen Eltern von Kindern mit Behinderung zukünftig auch Elternbeiträge?

Dies hat eigentlich nichts mit der hier angesprochenen Systemumstellung zu tun. Anfang der 1980er Jahre besuchten Kinder mit Beeinträchtigungen keine Kita, sondern eine heilpädagogische Einrichtung. Sie wurden also separiert. Für den Besuch dieser Gruppen mussten von den Eltern keine Beiträge entrichtet werden. Die Befreiung von den Kita-Beiträgen erschien notwendig für die Erreichung einer Bereitschaft der Eltern, ihrem Kind einen Kita-Besuch außerhalb der heilpädagogischen Einrichtung zu ermöglichen. Heute besuchen auch Kinder mit Behinderung in der Regel eine Kita. Entsprechend ist hier kein weiterer Anreiz notwendig. Insofern werden ab dem Kindergartenjahr 2014/15 Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung gleich behandelt. Das heißt, sie zahlen je nach Einkommenssituation den ortsüblichen Elternbeitrag.

Darf es überhaupt weiter integrative Gruppen geben?

Auch künftig können natürlich mehrere, genauer gesagt bis zu sechs Kinder mit einer Behinderung in einer Kita-Gruppe betreut werden. Insofern heißt die Umstellung der Fördersystematik keinesfalls, dass die bisher in integrativen Gruppen betreuten Kinder womöglich ihren Betreuungsplatz verlieren. Allerdings haben auch die Einrichtungen mit den bisherigen integrativen Gruppen künftig zu gewährleisten, dass das Therapieangebot „passt“. Das therapeutische Angebot muss sich an dem ärztlich festgestellten Bedarfen der Kinder orientieren und nicht an den vorgehaltenen Qualifikationen der in der Kita beschäftigten therapeutischen Kräfte. Dies muss sich auch in der Förder- und Teilhabeplanung der Einrichtung widerspiegeln.



Kurz und knapp

Ziel der LVR-Kindpauschale ist es zum einen, auch **Kindern** mit Behinderung den Besuch einer Kita nahe ihrem Zuhause zu ermöglichen, damit sie dauerhafte Kontakte und Freundschaften schließen können. Sie selbst sollen in der Lage sein, Freundschaften auch außerhalb der Kita und langfristig zu pflegen. Zum anderen soll über zusätzliche Fachkraftstunden eine bessere Betreuungsqualität erreicht werden.

Eltern können die Kita auswählen, die ihnen konzeptionell und räumlich besonders geeignet für ihr Kind erscheint – auch unter Berücksichtigung der jeweils angebotenen Organisationsmodelle therapeutischer Versorgung. Sie können dabei den Stundenumfang der Betreuung selbst wählen. Ihre Verantwortung nimmt allerdings zu, da sie gewährleisten müssen, dass die notwendigen ärztlichen Verordnungen für die Therapien ihres Kindes regelmäßig und rechtzeitig vorliegen.

Eltern werden abhängig von ihrem Einkommen künftig zudem den kommunal festgelegten Elternbeitrag für die Kita-Betreuung entrichten müssen, sofern sie hierzu finanziell in der Lage sind.

Alle **Träger, Einrichtungsleitungen und Kita-Beschäftigten** sind zum Wohle der Kinder angehalten, sich für eine inklusive Betreuung zu öffnen. Die spezifischen Bedürfnisse, aber auch die besonderen Fähigkeiten der Kinder mit Behinderung, gilt es zu erkennen, zu berücksichtigen und zu fördern. Die Entwicklung einer Förder- und Teilhabeplanung und insbesondere die Weiterentwicklung der pädagogischen Konzeption durch die Einrichtungsträger sind dabei Grundvoraussetzungen für eine gelungene inklusive Betreuung. Hierzu berät das LVR-Landesjugendamt gerne.

Für alle Träger von Kindertageseinrichtungen bestehen verschiedene Organisationsoptionen, damit für die betreuten Kinder mit Behinderung die erforderlichen Therapien während der Betreuungszeit in der Kita erbracht werden können. Dabei muss sich das Angebot an den ärztlich festgestellten Bedarfen der Kinder orientieren.

Träger und Einrichtungsleitungen müssen künftig zum einen bedarfsorientierter planen, denn die Gruppenstruktur einer Einrichtung ist durch die Möglichkeiten, die sich durch das Kinderbildungsgesetz und die neue LVR-Kindpauschale bieten, gestaltbarer geworden. Zum anderen sind Modelle zur therapeutischen Versorgung gefragt, die eine sich unter Umständen jährlich verändernde Gruppenstruktur berücksichtigen und die je nach Organisationsmodell so flexibel sind, dass sie auch den kurzfristig sich ändernden therapeutischen Bedarfen Rechnung tragen können.

Jugendämter müssen ihre Jugendhilfeplanung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention qualifizieren und vernetzen: Wenn alle Kinder alle Kitas besuchen können sollen, muss eine bedarfsorientierte Versorgung von Kindern im Jahresverlauf planbar und anpassungsfähig sein. Das Vorhalten der notwendigen Kapazitäten in der Kinderbetreuung ist hier wesentliche Gelingensvoraussetzung, auch für Inklusion in der Kita.

Der mitunter auch schwierige Weg zu inklusiven Lebensverhältnissen lohnt sich. Davon ist der LVR überzeugt. Von inklusiver Bildung, Erziehung und Betreuung profitieren sowohl die Kinder mit als auch die Kinder ohne eine Behinderung.



Weiterführende Informationen

Weitere Informationen finden Sie unter www.kindpauschale.lvr.de. Die dortige Liste häufig gestellter Fragen wird stetig aktualisiert. Ebenso sind Arbeitshilfen hinsichtlich der Kassenzulassung wie auch der Mustervertrag mit den Krankenkassen sowie das Protokoll über das Gespräch der Krankenkassen mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege im Internet verfügbar. Den Antrag für die Beantragung der LVR-Kindpauschale mit Bearbeitungshinweisen finden Sie ebenfalls über die angegebene Adresse. Daneben unterstützt der LVR in Informationsveranstaltungen und Workshops Träger und Jugendämter beim Umgang mit dem neuen Fördersystem.

Der LVR hat ein Servicetelefon eingerichtet, das unter den beiden Telefonnummern 0221 809-4747 (insbesondere bei pädagogischen Fragestellungen) und 0221 809-4141 (insbesondere bei therapeutischen Fragestellungen) erreichbar ist. Die Servicezeiten sind montags und mittwochs von 14 bis 16 Uhr, dienstags und donnerstags von 9 bis 12 Uhr sowie freitags von 9 bis 11 Uhr.

Ihre Ansprechpartnerinnen im LVR-Landesjugendamt

Ragna Muth-Imgrund

Telefon: 0221 809-6248

E-Mail: ragna.muth-imgrund@lvr.de

Elke Pfeiffer

Telefon: 0221 809-4057

E-Mail: elke.pfeiffer@lvr.de

Silke Zeyen

Telefon: 0221 809-6746

E-Mail: silke.zeyen@lvr.de



Anlagen

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/Kindertagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

Zwischen

als Träger

- nachstehend Leistungserbringer genannt -

einerseits

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST, Essen
Hauptverwaltung Essen

der IKK classic, Dresden

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Münster

der Knappschaft, Bochum

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

- nachstehend Krankenkassen genannt -

andererseits

wird folgender Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V geschlossen:

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

Präambel

Dieser Vertrag regelt die Versorgung von behinderten Kindern in der ganztägigen inklusiven Förderung in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln. Um die medizinisch-therapeutisch notwendige Versorgung sicherstellen zu können, kann die Heilmittelversorgung in der vom Kind besuchten Einrichtung erbracht werden. Die Einrichtung stellt u. a. sicher, dass die Eltern in die Therapie eingebunden und über ihren Verlauf regelmäßig informiert sind.

§ 1 - Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln nach § 32 SGB V in Verbindung mit der Heilmittel-Richtlinie, die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Fortbildung.
- (2) Der Leistungserbringer ist gemäß § 124 Abs. 2 SGB V zugelassen zur Abgabe von Heilmitteln. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Tatbestände, die seine Zulassung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der AOK Rheinland/Hamburg und dem Verband der Ersatz-Krankenkassen e.V., Berlin, vertreten durch die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf anzuzeigen. Das gilt insbesondere für Personalwechsel.
- (3) Die Anlagen 1 bis 3 sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 - Art und Umfang der Leistungen

- (1) Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften, der Heilmittel-Richtlinie, den Rahmenempfehlungen, der Zulassung nach § 124 SGB V sowie den Regelungen dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung. Die Voraussetzungen für die Zulassung sind in der Anlage 3 geregelt.
- (2) Die Versorgung mit Heilmitteln muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen nicht bewirkt werden (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- (3) Es dürfen nur die Leistungen erbracht werden, zu denen das Personal fachlich qualifiziert und berechtigt ist und für die eine Zulassung bzw. Abgabeberechtigung nach § 124 SGB V erteilt wurde.

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet die für ihn tätigen Heilmittelerbringer (Therapeuten) im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis über die Fortbildung der als fachliche Leitung benannten Mitarbeiter(-innen) ist auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse zu erbringen. Bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung erfolgt ein Vergütungsabschlag nach § 125 Abs. 2 SGB V auf die vereinbarten Höchstpreise. Näheres zu den Inhalten der Nachweise sowie zum Verfahren regelt die Anlage 1 dieses Vertrages. .

§ 3 - Abgabe der Leistungen sowie Inhalt und Umfang der Kooperation

- (1) Leistungen nach dieser Vereinbarung dürfen nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung (entsprechend Vordruckmuster 13 -Physikalisch Therapie, 14 -Stimm-Sprech- und Sprachtherapie und 18 –Ergotherapie in der jeweils geltenden Fassung) abgegeben werden.
- (2) Die Leistungen haben der ärztlichen Verordnung zu entsprechen. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Vertragsarztes. Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen.
- (3) Um den größtmöglichen Therapieerfolg sicherzustellen, hat der Therapeut die Eltern in den Therapieverlauf einzubinden. Hierzu gehören die Abstimmung der Therapieschritte, die regelmäßige Information und der Austausch über den Stand der Entwicklung sowie die direkte Einbindung der Eltern in die Therapie.
- (4) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Therapiefrequenz durch den Therapeuten ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten unten links auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (5) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Therapeut die Behandlung zu unterbrechen und hierüber unverzüglich den verordnenden Vertragsarzt zu informieren. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine Neuverordnung durch den Vertragsarzt erforderlich.
- (6) Wird im Verlauf der Behandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

- (7) Die empfangene Maßnahme ist vom Therapeuten auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten, seinem gesetzlichen Vertreter oder einer vom gesetzlichen Vertreter bestimmten Person durch Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung zu bestätigen. Zur Person ist das Verhältnis zum Patienten anzugeben (z.B. Tante, Nachbar, Tagesmutter). Eine Vordatierung oder Globalbestätigung über den Empfang der Leistungen ist unzulässig. Unzulässig ist auch die Empfangsbestätigung durch den Leistungserbringer oder den für ihn tätigen Therapeuten.
- (8) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- (9) Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert oder im begründeten Ausnahmefall
 - a) bei Erkrankung des Kindes oder des Therapeuten für maximal 4 Wochen (K)
 - b) bei Urlaub bzw. (Schul-)Ferien maximal 4 Wochen (F)Eine Addition der Unterbrechnungstatbestände über die 4 Wochen hinaus ist nicht zulässig. Der Grund der Unterbrechnung ist vom Therapeuten unten links auf der Rückseite der Verordnung zu begründen und zu mit dem entsprechenden Kennzeichen (K oder F) zu dokumentieren.
- (10) Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen nach Ende einer Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Therapeut die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (11) Der Leistungserbringer ist für die ordnungsgemäße Ausführung der Behandlung verantwortlich. Der Leistungserbringer haftet für die Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten. Verstöße seiner Mitarbeiter und sonstigen Erfüllungsgehilfen gegen die vorgenannten Pflichten werden ihm zugerechnet.

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

§ 4 - Vergütung

- (1) Die Vergütung für die nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen ist in der Anlage 2 geregelt. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Mit der vereinbarten Vergütung sind sämtliche im Zusammenhang mit der Leistungserbringung und der Erfüllung der Pflichten nach diesem Vertrag erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Die Abrechnung höherer Vergütungen als nach Satz 1 sind ausgeschlossen.
- (2) Mit Ausnahme der Zuzahlung gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 SGB V sowie für Leistungen, die keine Kassenleistung sind und der Versicherte auf eigenen Wunsch und auf eigene Rechnung in Anspruch nimmt (Wunschleistungen) dürfen Zahlungen vom Versicherten weder gefordert noch angenommen werden.

§ 5 - Rechnungslegung

- (1) Der Leistungserbringer ist für die ordnungsgemäße Abrechnung verantwortlich, auch wenn er eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle zur Abrechnung mit der Krankenkasse beauftragt hat.
- (2) Für die Rechnungslegung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Diese Richtlinien sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt nach Abschluß der Behandlungsserie im auf das Behandlungsende folgenden Monat.
- (4) Abgerechnet werden dürfen nur tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen.
- (5) 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.
- (6) Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, daß die sich aus den Abrechnungsunterlagen ergebenden Daten und Informationen über Versicherte nur zu Abrechnungszwecken verwendet werden (§ 7 Datenschutzbestimmungen).

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

§ 6 – Zahlungsfristen, Beanstandungen

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 4 Wochen 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 der Leistungserbringer nach der ersten Mahnung Verzugszinsen in Höhe von 4 v. H. ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.
- (2) Bei Berichtigung ist der Leistungserbringer oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle zu informieren.
- (3) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungs-/Verrechnungsstelle setzen voraus, daß der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vorliegt. Eine erneute Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus.
- (4) Zahlungen an eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vor.
- (5) Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (6) 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.
- (7) Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (8) Beanstandungen aufgrund der Rechnungsprüfung müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang von der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer oder seiner Abrechnungs-/Verrechnungsstelle geltend gemacht werden.
- (9) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden, nicht mehr erhoben werden.

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

§ 7 – Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (BDSG, §§ 67 – 85 SGB X) zu beachten. Insbesondere darf er personenbezogene Daten auf der Grundlage dieses Vertrages nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten oder nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Daten der Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Absätze 1 und 2 seinem Personal bekanntzugeben und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nur Personen zu beschäftigen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind.

§ 8 – Qualitätssicherung, Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Schadensersatz

- (1) Der Leistungserbringer und die für ihn tätigen Therapeuten sind verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Der Leistungserbringer hat dies zu überwachen.
Die Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (2) Die Krankenkassen oder eine von ihr beauftragte Stelle können zur Qualitätssicherung oder Behebung von Zweifeln über das vertragsgemäße Verhalten des Leistungserbringers eine Prüfung vornehmen. Der Leistungserbringer hat an der Klärung mitzuwirken.
- (3) Die für die Qualitätssicherung/Prüfung benötigten Unterlagen des Leistungserbringers stellt dieser kostenlos und unverzüglich zur Verfügung.
- (4) Bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten können die Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Anhörung des Leistungserbringers über geeignete Maßnahmen befinden. Als schwerwiegender Verstoß gelten insbesondere
 - a. Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen (§ 3 Abs. 6)
 - b. Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen oder Zuzahlungen von Versicherten gegen die Bestimmungen dieses Vertrages (§ 4 Abs. 2)
 - c. Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen an Ärzte für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

- d. Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen (§ 7)
 - e. Vordatierung oder Vorquittierung von noch nicht erbrachten Leistungen (§ 3 Abs. 6)
 - f. Mißachtung der Zulassungsvoraussetzungen und/oder von Auflagen des Zulassungsbescheides (§ 1 Abs. 2)
- (5) Als geeignete Maßnahmen kommen in Betracht
- 1. Verwarnung,
 - 2. Abmahnung,
 - 3. Vertragsstrafe bis zu 50.000 EUR
 - 4. Kündigung des Vertrags gemäß § 11 Abs. 2.

Die vorstehenden Vertragsstrafen gelten für jeden einzelnen Vertragsverstoß. Der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden ist unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 5 zu ersetzen. Die Kündigungsrechte gemäß § 11 bleiben unberührt.

§ 9 – Aufrechnung

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, daß der Leistungserbringer 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.

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

§ 10 - Salvatorische Klausel -

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtswidrig oder nichtig sein ganz oder teilweise rechtswidrig oder nichtig werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Das gleiche gilt für den Fall, dass der Vertrag eine Regelungslücke aufweisen sollte.

§ 11 - Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2015 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten, erstmalig zum 31.12.2016 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist (außerordentliche Kündigung) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei Verstößen nach § 8 Abs. 4 dieses Vertrages.

Folgende Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

- Anlage 1** Fortbildung im Heilmittelbereich (Anlage 4 der Rahmenempfehlung)
- Anlage 2** Höchstpreisvereinbarung mit Leistungsbeschreibung
- Anlage 3** Zulassungsbestimmungen

Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung
in Nordrhein

Bochum, Dresden, Düsseldorf, Essen, Münster, , den

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Münster

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung NRW

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK classic

Knappschaft

Anlage 1 zum Vertrag vom XXXXXX über Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung

Fortbildung im Bereich Physio-, Ergo- und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auf der Basis der Anlage 4 vom 25. September 2006 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung im jeweiligen Heilmittelbereich ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden. Bisher sehen die Rahmenempfehlungen in § 12 Abs. 3 lediglich eine allgemeine inhaltlich nicht näher definierte Fortbildungspflicht vor. Mit Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 wurde die Fortbildung ausdrücklich der Regelungskompetenz der Empfehlungspartner (vgl. § 125 Abs. 1 Ziff. 2 SGB V) zugeordnet. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an die für den Leistungserbringer tätigen Heilmittelerbringer (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt).

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Heilmittelerbringer. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01. November 2011 für alle zu diesem Zeitpunkt im tätigen Heilmittelerbringer. Bei erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als Heilmittelerbringer nach dem 01.11.2011 beginnt der Betrachtungszeitraum mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den Krankenkassen

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen.

Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

5. Als Fortbildung anererkennungsfähige Veranstaltungen

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 14 der Rahmenempfehlungen) wird im Umfang der tatsächlich abgeleiteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen.
- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf den jeweiligen Heilmittelbereich erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.
- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- Bei umfangreicheren Fortbildungen (z.B. Zertifikatspositionen) werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

6. Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die gemäß der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: Supervisionen im Rahmen der Weiterbildung gemäß den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder –verbesserungen

7. Qualitätskriterien für Fortbildungen

7.1. Qualitätsmerkmale für Dozenten

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder

- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich oder in einem der o.g. Fachgebiete.

7.2. Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 7.1) mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen.

Die Dozenten müssen die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

8. Teilnahmebescheinigung

Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter.

9. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 7) 60 Monate aufzubewahren.

10. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

11. Nachweis

Für den jeweiligen Betrachtungszeitraum hat der Leistungserbringer für die für ihn tätigen Heilmittelerbringer die erforderlichen Fortbildungspunkte durch Übersendung von unbeglaubigten Kopien der Fortbildungsbestätigung/-zertifikate nachzuweisen. Im begründeten Einzelfall können auch Originalbescheinigungen oder beglaubigte Kopien angefordert werden.

Die Teilnahmebestätigung hat Angaben über die Unterrichtsinhalte und die Fortbildungspunkte zu enthalten (siehe Punkt 8).

Die Nachweise sind innerhalb von vier Wochen nach Zugang der schriftlichen Anforderung zu erbringen.

12. Verfahren bei Zweifeln

Zweifel über die Anerkennungsfähigkeit sind zunächst gegenüber dem Leistungserbringer unter Hinweis auf die Punkte 5 bis 7 zu begründen. Dem Leistungserbringer ist danach die Möglichkeit zur Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist einzuräumen. Beanstandete Fortbildungsnachweise können durch andere bereits erbrachte anerkannte Fortbildungen ersetzt werden. Diese sollten in der Regel innerhalb von 30 Kalendertagen nachgereicht werden.

13. Vergütungskürzung

Eine Kürzung der Vergütung durch die Krankenkassen setzt voraus, dass der Zugelassene gar keine oder Fortbildungsnachweise ohne ausreichende Punktzahl vorgelegt hat.

Die Vergütungskürzung erfolgt über die noch nicht fälligen oder noch nicht vorgelegten Abrechnungen bis die erforderlichen Fortbildungsnachweise erbracht wurden.

Die Vergütungskürzung erfolgt in Höhe von pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages. Nach einem halben Jahr ab Vergütungskürzung verdoppelt sich dieser v. H.- Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen des Leistungserbringers von Beginn an.

Entscheidet der Vertragsausschuss, dass keine ausreichenden Fortbildungsnachweise vorliegen, können die Krankenkassen ab dem Tag nach der Entscheidung des Vertragsausschusses künftige Vergütungsansprüche kürzen. Die Nachholfrist gemäß Punkt 12 beginnt ebenfalls mit dem Tag nach der Entscheidung des Vertragsausschusses.

14. Übergangsregelung

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt. Dem Rechnung tragend werden nach dem 31. Dezember 2010 begonnene Fortbildungen auf den Betrachtungszeitraum ab 01. November 2011 angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt werden.

MUSTER

Anlage 2 zum Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

🔗 2920205

Vereinbarung mit dem

über die Vergütung von Leistungen der physikalischen Therapie, der Stimm-/Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie

Pos.-Nr.		Vergütung
	Stimm-, Sprech- u. Sprachtherapie	
33003	Erstuntersuchung/Befunderhebung	52,65 EUR
33112	Einzelbehandlung (45 Minuten)	28,94 EUR
33401	Beratung u. Anleitung der Bezugsperson	7,24 EUR
	Ergotherapie	
54001	Erstuntersuchung/Befunderhebung	15,84 EUR
54101	Einzelbehandlung (45 Minuten)	28,54 EUR
54111	Beratung und Anleitung der Bezugsperson	7,13 EUR
	Physiotherapie	
20301	Bewegungstherapie (auch Atemgymnastik, Wirbelsäulengymnastik, Orthopädisches Turnen), Einzelbehandlung	4,62 EUR
20401	Bewegungstherapie/orth. Turnen bei 2 bis 5 Teilnehmern, je Person	2,72 EUR
20501	Krankengymnastik – einschließlich Atemtherapie – als Einzelbehandlung	12,09 EUR
20708	Spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath (1) (KG-ZNS-Kinder)	21,92 EUR
20709	Spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta (1) (KG-ZNS-Kinder)	21,92 EUR

Anlage 2 zum Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung im Rheinland

Zu 33003

Diese Position ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar und von den Eltern o. der Bezugsperson des Versicherten auf der Rückseite der Verordnung unter Angabe des Datums als Erstuntersuchung zu bestätigen.

Am gleichen Tag kann keine therapeutische Behandlung durchgeführt und abgerechnet werden.

Zu 54001

Diese Position ist bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar und von den Eltern o. der Bezugsperson des Versicherten auf der Rückseite der Verordnung unter Angabe des Datums als Erstuntersuchung zu bestätigen.

Im Verlauf der Behandlung kann eine erneute Befunderhebung zur Überprüfung der ergotherapeutischen Ziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes erforderlich sein.

Zu 33112/54101

Diese Einzelbehandlung umfaßt grundsätzlich 45 Minuten Therapie am Patienten (face-to-face). Im Einzelfall kann die Therapiezeit aus medizinischen Gründen auch kürzer sein. Sie muss aber mindestens 25 Minuten (Therapiezeit am Patienten) umfassen.

Zu 33401/54111

Die Beratung der Eltern o. der Bezugsperson sowie die Anleitung (Schulung) zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind regelmäßig während des Therapieverlaufs durchzuführen. Diese Position ist nur abrechnungsfähig, wenn diese Leistung mindestens 10 Minuten umfaßt und zusätzlich zur Leistung nach Position 33112/54101 erbracht wird.

Diese Leistung ist nicht abrechnungsfähig für die Beratung und Anleitung des Personals der Einrichtung.

Zu 20702

Diese Leistungen sind nur durch dafür ausgebildetes Personal zu erbringen. Die Qualifikation ist der zulassenden Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen.

Anlage 2 zum Vertrag über die Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung im Rheinland

Zu 20708/20709

Diese Leistungen sind nur durch dafür ausgebildetes Personal zu erbringen. Die fachliche Qualifikation hierfür ist vor der ersten Behandlung gegenüber der zulassenden Krankenkasse nachzuweisen.

Die Vereinbarung zur Vergütung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, schriftlich gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung wird die zuletzt vereinbarte Vergütung weiter gezahlt.

Bochum, Dresden, Düsseldorf, Essen, Münster, , den

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung NRW

IKK classic

BKK-Landesverband NORDWEST

Knappschaft

Anlage 3 zum Vertrag über Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

Zulassungsvoraussetzungen für die Heilmittelabgabe im Rahmen der inklusiven Förderung in Kindergärten/Kindertagesstätten

1. Sofern nachfolgend nichts anderes vereinbart wird, finden die Bestimmungen der Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden in der Fassung vom 18.10.2010 (Zulassungsempfehlungen), Anwendung.
2. Abweichend finden für die Zulassung von Kindergärten/-tagesstätten nachfolgende Voraussetzungen Anwendung:

2.1. Persönliche Voraussetzungen

- 2.1.1. Der Kindergarten/die Kindertagesstätte hält für die Heilmittel-Leistungserbringung angestelltes Personal vor.
- 2.1.2. Das Personal hat in seiner persönlichen Befähigung den Zulassungsempfehlungen zu entsprechen.
- 2.1.3. Der zeitliche Umfang der Tätigkeit im Kindergarten/in der Kindertagesstätte richtet sich nach dem Bedarf und kann daher auch von geringfügigem Zeitumfang sein.

2.2. Räumliche Voraussetzungen

- 2.2.1. Der Kindergarten/die Kindertagesstätte verfügt über einen oder mehrere Therapieräume, die während der Therapiestunden ausschließlich dem jeweiligen Therapeuten zur Verfügung stehen.
- 2.2.2. Die Therapieräume müssen in ihrer Lage und Ausstattung eine ungestörte und kindgerechte Therapie ermöglichen.
- 2.2.3. Die Therapieräume sollen behindertengerecht zugänglich sein, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen
- 2.2.4. Jeder Therapieraum muss mindestens eine frei nutzbare Therapiefläche von 12 qm haben. Bei mehreren Therapieräumen sollte ein Therapieraum eine frei nutzbare Therapiefläche von 20 qm haben.
- 2.2.5. Die Therapieraumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40 m – lichte Höhe – betragen.
- 2.2.6. Die Therapieräume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar sein

Anlage 3 zum Vertrag über Heilmittelabgabe in Kindergärten/-tagesstätten für Kinder in der inklusiven Förderung in Nordrhein

2.3. Sächliche Ausstattung

2.3.1. Der Kindergarten/die Kindertagesstätte verfügt über die für die Therapie notwendige Grundausstattung. Soweit in der Zulassungsempfehlung nichts ausgeführt ist gehören hierzu u.a.

- kindgerechte Sitzmöbel (auch für Kleingruppen – 2 Kinder)
- Artikulationsspiegel
- Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z. B. Liege, Matte)
- Therapeutisches Bild- und Spielmaterial
- Ton- und/oder Bildaufnahmegerät
- Material zur Klang- und Rhythmusarbeit
- Material für Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen
- Material für die Behandlung von Schluckstörungen (hygienisch und gekühlt aufzubewahren)

2.3.2. Sofern sonstige Materialien oder Ausstattungsgegenstände für eine Therapie erforderlich sind, hat der Kindergarten/die Kindertagesstätte sicherzustellen, dass sie zur Verfügung gestellt werden.

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
50663 Köln
www.lvr.de

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die 9,4 Millionen Menschen im Rheinland.

Mit seinen 40 Schulen, zehn Kliniken, 19 Museen und Kulturinstitutionen sowie mit seinem Heilpädagogischen Netzwerk und dem Landesjugendamt erfüllt er Aufgaben, die rheinlandweit wahrgenommen werden. Der LVR ist Deutschlands größter Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen und engagiert sich für Inklusion in allen Lebensbereichen. „Qualität für Menschen“ ist sein Leitgedanke.

Die 13 kreisfreien Städte und die 12 Kreise im Rheinland sowie die StädteRegion Aachen sind die Mitglieds Körperschaften des LVR. In der Landschaftsversammlung Rheinland gestalten Politikerinnen und Politiker aus den rheinischen Kommunen die Arbeit des Verbandes.

Konzeption und Text:

LVR-Dezernat Jugend

Druckerei:

LVR-Druckerei
Ottoplatz 2, 50679 Köln

Gestaltung:

LVR-Druckerei

Stand:

Juli 2014

Fotos:

Volker Lannert

Bestellen:

www.publikationen.lvr.de

