

## **Gemeinsame Vollzugshinweise der Vertragspartner zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS)**

Die gemeinsamen Vollzugshinweise beinhalten die Interpretation des Rahmenvertrages zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFS) in Bayern vom 19.05.2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011 (RV IFS) und regeln die Beantragung, die Genehmigung, die Abrechnung, Weitergewährung und Beendigung der Frühfördermaßnahmen. Sie sind eine verlässliche Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern, der Kassenärztlichen Vereinigung und den IFS. Sie sollen der Verwaltungsvereinfachung für alle Vertragsparteien dienen.

\*Bei Berufsgruppen ist immer von beiden Geschlechtern die Rede.

### **1. Offenes Beratungsangebot**

Im Leistungsmodul „Offenes Beratungsangebot“ werden die sorgeberechtigten Personen beraten und das förderbedürftige Kind in die Maßnahmen der Frühförderung vermittelt. Das Offene Beratungsangebot kann auch von Pflegeeltern in Anspruch genommen werden. Es umfasst zwei Behandlungseinheiten. Die Durchführung eines Offenen Beratungsangebots kann, muss aber nicht vorab beim zuständigen Sozialhilfeträger angezeigt oder beantragt werden.

Eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger kann nur auf der Grundlage eines Antrags erfolgen, der spätestens mit der Abrechnung eingereicht wird (Antragsformular siehe Anlage 6b Rahmenvertrag Frühförderung).

Offene Beratungsangebote werden mit der Monats-/Quartalsabrechnung zu Lasten des Sozialhilfeträgers abgerechnet. Grundlage ist der von einer sorgeberechtigten Person/ oder einem Pflegeeltern teil unterschriebene Antrag für die Kostenübernahme.

Ein offenes Beratungsangebot kann je Kind in begründeten Fällen mehrfach in Anspruch genommen werden. (Gründe sind z.B. Wiedervorstellung, Wechsel der Frühförderstelle, Umzug; stichpunktartige Angabe genügt) Wenn im letzten Abfragepunkt des Antrags gemäß Anlage 6 b kein Kreuz gesetzt wurde, löst dies noch keine Kenntnis des Sozialhilfeträgers bezüglich des Bedarfs auf Durchführung einer Frühfördermaßnahme im Sinne des § 18 SGB XII aus.

## **2. Eingangsdiagnostik**

Die Eingangsdiagnostik wird vom Arzt durch Aushändigung des Förder- und Behandlungsplans mit mindestens den Kopfdaten (Versichertendaten) veranlasst.

Die Initiative für die Durchführung des Leistungsmoduls „Eingangsdiagnostik“ kann sowohl vom behandelnden Arzt/ als auch von der IFS als Ergebnis des offenen Beratungsangebotes ausgehen.

In Folge der jeweiligen Eingangsdiagnostik durch den Arzt und der IFS wird vom behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der IFS eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Komplexleistung getroffen und durch die gemeinsame Erstellung und Unterzeichnung eines Förder- und Behandlungsplans belegt.

### **2.1. Medizinische Diagnose**

Die medizinische Diagnose durch den Arzt muss als verschlüsselte Diagnose (ICD 10) angegeben werden. Daneben ist es erforderlich, die Leitsymptomatik zu benennen.

### **2.2. Nichtmedizinische Diagnose**

Die nichtmedizinische Diagnose der IFS kann nach festgelegten Schlüsselwörtern (*siehe Anlage 1*) erfolgen. Daneben ist es erforderlich, die Fähigkeitseinschränkung zu benennen.

## **3. Antragsverfahren**

### **3.1. Erstantrag**

- (1) Mit dem Antrag bekunden die sorgeberechtigten Personen ihren Willen, eine interdisziplinäre Förderung und Behandlung ihres Kindes in Anspruch nehmen zu wollen.
  
- (2) Auf dem Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe ist grundsätzlich die Unterschrift aller sorgeberechtigten Personen (leibliche Eltern, Adoptiveltern, abweichend kann Vormund oder Pfleger bestellt sein) erforderlich. Es genügt die Unterschrift eines Sorgeberechtigten, wenn sich die sorgeberechtigten Eltern darüber geeinigt haben, dass die Eingliederungshilfemaßnahme für das Kind in Anspruch genommen werden soll. Dies ist auf dem Antragsformular entsprechend anzukreuzen. Ebenso genügt die Unterschrift eines Sorgeberechtigten, wenn er das alleinige Vertretungsrecht besitzt. Dies ist auf dem Antragsformular unter der Rubrik „Familienverhältnisse“ gesondert vermerkt. Der voraussichtliche Behandlungsbeginn kann nicht vor dem Ausstellungsdatum des Förder- und Behandlungsplanes liegen.

- (3) Dem Antrag wird der Förder- und Behandlungsplan im Original oder, je nach Absprache mit dem jeweiligen Bezirk, in Kopie beigelegt. Nachträgliche Änderungen vor Beginn der Frühfördermaßnahme sind im medizinisch-therapeutischen Bereich durch den Arzt und im heilpädagogisch-psychologischen Bereich durch die Frühförderstelle mit Datum und Namenszeichen abzuzeichnen.
- (4) Ein Antrag der sorgeberechtigten Personen auf Frühförderung gilt als vollständig, wenn folgende Unterlagen beim Sozialhilfeträger vorliegen:
- Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach Anlage 6a des Rahmenvertrages Frühförderung
  - Förder- und Behandlungsplan mit einem voraussichtlichen Förderzeitraum von i.d.R. 1 Jahr (im Original oder Kopie, in Abstimmung mit dem jeweiligen Bezirk)
  - Sowie weitere Unterlagen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Pflegegutachten, Schulrückstellungsbescheid (soweit vorhanden) Bei Pflegekindern ist die Bestattungsurkunde bzw. ein geeigneter Nachweis, aus dem sich die Pflegschaft ergibt, vorzulegen.
  - bei Nicht-EU-Bürgern: Kopie des Aufenthaltstitels des Kindes und der Eltern
- (5) Sofern der Wohnort des Kindes in Bayern liegt und kein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht, ist der jeweilige Bezirk für die Leistungsgewährung zuständig. Bei Kindern in Pflegefamilien oder in Heimen ist der Antrag bei dem Träger der Sozialhilfe zu stellen, in dessen Zuständigkeitsbereich das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie bzw. das Heim seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Diese Regelung gilt allerdings im Falle der Heimunterbringung des Kindes nur dann, wenn die Kosten im Heim auch vom Sozialhilfeträger gezahlt werden. Sofern diese Kosten von einem anderen Sozialleistungsträger getragen werden, findet § 97 Abs. 4 SGB XII i. V. m. § 107 SGB XII keine Anwendung, so dass sich die Zuständigkeit gemäß § 98 Abs. 1 SGB XII nach dem tatsächlichen Aufenthalt im Heim richtet. Sofern ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht, ist die kreisfreie Stadt oder der Landkreis, in der das Kind lebt, für die Gewährung der Leistungen zuständig. Sofern der Antrag bei einer unzuständigen Behörde gestellt wird, ist diese verpflichtet, den Antrag umgehend an die richtige Behörde weiterzuleiten.

In eiligen Fällen kann die Kenntnisnahme des Sozialhilfeträgers durch telefonische Kontaktaufnahme oder die Übersendung der Antragsunterlagen per Fax oder Email sichergestellt werden.

Der Beginn des Bewilligungszeitraumes ist identisch mit dem im Feld „voraussichtlicher Beginn der Behandlung“ auf dem Förder- und Behandlungsplan eingetragenen Datum. Eine Übernahme der Kosten der heilpädagogisch-psychologischen Leistungen kann jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt der Kenntnis des jeweiligen Bezirks für die Laufzeit des Förder- und Behandlungsplans erfolgen. Der Beginn der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist identisch mit dem im Bescheid des Sozialhilfeträgers genannten Beginn des Bewilligungszeitraums.

Der Kostenträger entscheidet nach Eingang des vollständigen Antrags (vgl. Pkt. 3.1 Absatz 4) innerhalb von 2 Wochen durch Bescheid. In Zweifelsfällen können die entsprechenden Unterlagen zu einer weiteren Prüfung einer anderen geeigneten Stelle vorgelegt werden. Eine Regelüberprüfung durch den MDK erfolgt nicht.

### **3.2. Bescheiderteilung**

Der Bescheid des Sozialhilfeträgers muss die Gewährung einer Komplexleistung unter Angabe des heilpädagogisch-psychologischen Gesamtbedarfs, in der Regel bis zu 72 Behandlungseinheiten für den Bewilligungszeitraum von in der Regel einem Jahr zum Gegenstand haben.

### **3.3. Verlängerungsantrag**

Für die Verlängerung erforderlich ist der neu ausgestellte Förder- und Behandlungsplan, der auf der Grundlage der fachspezifischen Verlaufsdagnostik mit dem Arzt erstellt und den sorgeberechtigten Personen abgestimmt ist. Der Wunsch der sorgeberechtigten Personen auf Fortführung der Leistungen der IFS wird durch einen formlosen Antrag rechtzeitig, möglichst bis spätestens 2 Wochen **vor Ablauf** des Bewilligungszeitraums, angezeigt. Wenn in Ausnahmefällen bis zu diesem Datum der Förder- und Behandlungsplan nicht beigebracht werden kann (z.B. Schließung der Arztpraxis wegen Urlaub, Mutter-Kind-Kur, Unzuverlässigkeit der Eltern) wird der Bedarf der Verlängerung angezeigt und die Unterlagen werden baldmöglichst nachgereicht. Über die heilpädagogisch-psychologischen Leistungen entscheidet der Kostenträger nach Eingang des formlosen Antrags und des ordnungsgemäß, d.h. vollständig ausgestellten Förder- und Behandlungsplans und gegebenenfalls weiterer erforderlicher Unterlagen, innerhalb von 2 Wochen.

### **3.4. Beendigung der Maßnahme**

Die Beendigung der Frühfördermaßnahme wird gegenüber dem Sozialhilfeträger innerhalb von zwei Monaten schriftlich angezeigt und eine kurze Abschlussempfehlung (Anlage 10) mit Förderhinweis vorgelegt. Auf Wunsch der Krankenkasse ist diese im Einzelfall auch der Kasse vorzulegen.

## **4. Leistungsgewährung und Leistungserbringung**

### **4.1. Verteilung der Behandlungseinheiten**

#### **- heilpädagogisch-psychologische BE:**

Die heilpädagogisch-psychologischen Behandlungseinheiten werden für den Förderzeitraum als Summe bewilligt. Die flexible Verteilung der bewilligten Gesamtsumme über den Förderzeitraum erfolgt durch die Einrichtung entsprechend dem Bedarf des Kindes.

Es handelt sich immer dann um eine Komplexleistung im Sinne des § 30 SGB IX und der FrühV, wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogisch-psychologische Leistungen notwendig sind. Dabei können Maßnahmen gleichzeitig, nacheinander oder mit unterschiedlicher und ggf. wechselnder Intensität erfolgen, sofern sie nach dem Förder- und Behandlungsplan für denselben Förderzeitraum vereinbart wurden.

Die lt. Rahmenvertrag Frühförderung vorgesehenen 72 Behandlungseinheiten pro Behandlungsjahr sowie die über den Kostenübernahmebescheid genehmigten Behandlungseinheiten stellen den Regelfall (vgl. Anlage 5) dar. Bei Beantragung eines Mehrbedarfs ist dieser gesondert zu begründen.

Bei Förder- und Behandlungsplänen bis zu 3 Monaten können einmal jährlich bis zu 26 Behandlungseinheiten unter Berücksichtigung eines Gesamtumfangs von 72 BE/ Jahr bewilligt werden. Bei Förder- und Behandlungsplänen ab 4 Monaten erfolgt i.d.R. eine bedarfsgerechte Bewilligung der für den Zeitraum notwendigen Behandlungseinheiten. Im Sinne einer bedarfsgerechten, effizienten und wirtschaftlichen Maßnahmenerbringung müssen diese nicht in vollem Umfang beantragt bzw. ausgeschöpft werden.

#### **- Medizinisch- Therapeutische BE:**

Von der monatlichen Erbringung der Behandlungseinheiten nach den Vorgaben des Förder- und Behandlungsplans kann in begründeten Fällen abgewichen werden. Überschreitungen auf Grund einer Intensivphase sind unter Angabe des Institutskennzeichens und der Krankenversicherungsnummer bzw. des Namens und des Geburtsdatums dem zuständigen Kostenträger spätestens vor Maßnahmebe-

ginn schriftlich mitzuteilen. Dann ist am Ende des Behandlungszeitraums eine Leistungsabrechnung über den ganzen Behandlungszeitraum vorzulegen. Die auf dem Förder- und Behandlungsplan verordnete Gesamtmenge, die sich rechnerisch aus dem Förderzeitraum und den monatlich verordneten BE ergibt, darf nicht überschritten werden.

In Einzelfällen dürfen medizinisch-therapeutische Behandlungseinheiten als Doppelbehandlung verordnet, erbracht und abgerechnet werden. Sofern Doppelbehandlungen notwendig sind, sind diese nach Art und Umfang vom Arzt im Feld „Bemerkungen“ zu spezifizieren. Auf die besondere Verantwortung der IFS in diesen Fällen wird hingewiesen, dafür Sorge zu tragen, das Kind unter Berücksichtigung der Ziele und Aufgaben der Früherkennung und Frühförderung gem. § 3 des Rahmenvertrags weder geistig noch körperlich zu überfordern.

#### **4.2. Mobile Frühförderung**

Mobile Förderung ist ein grundlegender Leistungsbestandteil interdisziplinärer Frühförderung. Sie dient der Integration der Therapie in das jeweilige Lebensumfeld des Kindes und fördert die Effizienz der Maßnahme. Die Notwendigkeit ist für jeden Leistungsbereich getrennt zu betrachten.

- (1) Im medizinisch-therapeutischen Bereich liegt die Entscheidung über mobile Leistungserbringung beim Arzt/der Ärztin.
- (2) Nur für den heilpädagogisch-psychologischen Bereich gilt: zur individuellen Begründung mobiler heilpädagogisch-psychologischer Leistungen können die Begründungsbausteine nach Anlage 2 verwendet werden. Entscheidend ist stets der individuelle Bedarf des Einzelfalls. Bei den Kindern, bei denen die Förderung in der Regel ambulant stattfindet, können bis zu 6 Behandlungseinheiten pro Jahr ohne Beantragung und Begründung mobil erbracht und abgerechnet werden. Mobil genehmigte BE können je nach Bedarf des Kindes auch ambulant erbracht werden.

#### **4.3. Einzel- und Gruppenbehandlung**

Solange die Vorversion (vor dem 1. Juli 2011) der Anlage 3, Förder- und Behandlungsplan, verwendet wird, gilt: bei Gruppenförderung ist eine Abrechnung von Einzelterminen nur möglich, wenn auf dem Förder- und Behandlungsplan „Einzelförderung“ und „Gruppenförderung“ angekreuzt ist. Nach Verwendung des Formulars in der Version vom 1. Juli 2011 können Einzelbehandlungen nur in dem Umfang abgerechnet werden, in dem sie auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben bzw. bewilligt sind. Als

Einzelbehandlung bewilligte BE können auch als Gruppenbehandlung erbracht und abgerechnet werden.

Heilpädagogisch-psychologische Gruppenangebote können sich auch an Eltern richten und als Leistung abgerechnet werden.

#### **4.4. Veränderungen während des Genehmigungszeitraumes**

Veränderungen in der Leistungserbringung auf Grund geänderten Bedarfs werden mit einem neuen Förder- und Behandlungsplan beantragt.

### **5. Abrechnung und Vergütung der Leistungen:**

#### **5.1. Abrechnung der heilpädagogisch-psychologischen Leistungen**

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monats- oder quartalsweise unter Vorlage des von einem Sorgeberechtigten oder einer von dieser bevollmächtigten Person (dann ist neben der Unterschrift eine erklärende Bemerkung zur Person anzubringen) gegengezeichneten Fördernachweises (Anlage 5c des Rahmenvertrages Frühförderung).

Der Investitionskostenzuschlag wird für jede in der Anlage 5 des Rahmenvertrages Frühförderung benannte Abrechnungseinheit erhoben. Wenn Rechnungen gekürzt werden, erhält die Interdisziplinäre Frühförderstelle eine schriftliche Mitteilung mit kurzer Begründung.

#### **5.2. Abrechnung der medizinisch/therapeutischen Leistungen**

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monats- oder quartalsweise unter Vorlage des von einem Sorgeberechtigten oder einer von dieser bevollmächtigten Person (dann ist neben der Unterschrift eine erklärende Bemerkung zur Person anzubringen) gegengezeichneten Leistungsnachweises (Anlage 4c des Rahmenvertrages Frühförderung). Beim Leistungsnachweis gem. Anlage 4 c handelt es sich um eine reine Abrechnungsgrundlage, die nicht der Behandlungsdokumentation dienen soll. Die Angabe des IK auf der Anlage 4 c ist obligatorisch, der Stempel optional. Als Handzeichen gilt daher auch ein Namenskürzel für den individuellen Therapeuten, welches nicht zwingend handschriftlich und nicht vom Therapeuten selbst eingetragen sein muss. Eine Liste mit den Namenskürzeln ist bei Bedarf vorzulegen. Wenn sich im Behandlungsplan nichts geändert hat, ist die Kopie des Genehmigungsbescheides nur bei der Erstabrechnung mit den Kassen vorzulegen.

Für Regionalkassen gilt:

Eine Abrechnung erfolgt nach Maßgabe von § 302 SGB V (DTA-gerecht). Die ICD 10 Verschlüsselung ist im Rahmen des Datenträgeraustauschs von den Frühförderstellen anzuliefern, sofern sie vom Arzt auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben ist.

Für Ersatzkassen gilt:

Eine Abrechnung erfolgt nach Anlage 4 b des Rahmenvertrages. Die ICD 10 Verschlüsselung ist von den Frühförderstellen bei der Abrechnung anzuliefern, sofern sie vom Arzt auf dem Förder- und Behandlungsplan angegeben ist. Die Protokollnotiz zur Anlage 4 b findet entsprechende Anwendung. Bei Rechnungskürzung erhält die Interdisziplinäre Frühförderstelle bzw. die von dieser beauftragte Abrechnungsstelle eine schriftliche Mitteilung mit kurzer Begründung.

## **6. Abstimmungsverfahren im Rahmen der Zulassung von IFS gemäß § 2 Absatz 3 RV IFS**

Eine Zulassung zum Betrieb einer IFS kann nur für die Zukunft erteilt werden. Das heißt, erst, wenn alle erforderlichen Unterlagen den jeweiligen Stellen vorliegen, wird ab diesem Datum eine Zulassung vom örtlich zuständigen Sozialhilfeträger erteilt.

Die Zuteilung eines Institutionskennzeichens über die Sammel- und Verteilungsstelle Institutionskennzeichen (SVI) ist noch keine Zulassung.

Die Zulassung ist auch bei Umzug und Trägerwechsel neu zu beantragen.

Der Antrag ist mit allen Unterlagen bei dem für die IFS zuständigen Sozialhilfeträger, Sitzbezirk, zu stellen.

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- Beitrittserklärung, Anlage 1 RV IFS
- Strukturhebungsbogen inkl. Grundriss und erforderliche Qualifikationsnachweise des Personals, Anlage 2 RV IFS
- Konzeption der Einrichtung gem. § 2 Absatz 3 RV IFS

Der Bezirk prüft die Vollständigkeit der Unterlagen. Dann sendet er diese an den zuständigen Kassenverband (s Anlage 3). Bei Unstimmigkeiten tritt dieser Kassenverband direkt mit dem Träger der IFS in Verbindung. Das Prüfergebnis wird dem Bezirk mitgeteilt, die gegebenenfalls nachgeforderten Unterlagen werden dem Bezirk zugeleitet.



Die Zulassung wird in Abstimmung mit den Krankenkassenverbänden von dem am Sitz der Interdisziplinären Frühförderstelle örtlich zuständigen Sozialhilfeträger ausgesprochen.

Der örtlich zuständige Bezirk informiert die Interdisziplinäre Frühförderstelle und die Vertragspartner über die Zulassung und aktualisiert die Liste der IFS auf seiner Homepage.

### **7. Meldungen über Personaländerungen:**

Die Frühförderstelle teilt gem. § 2 Absatz 3 Rahmenvertrag Ausscheiden und Einstellung von Personal unter Vorlage der jeweiligen Beschäftigungsnachweise bzw. unterschriebenen Kooperationsverträge und Berufsurkunden den Bezirken mit. Für den medizinisch-therapeutischen Bereich werden die Unterlagen von den Bezirken an die Krankenkassen weitergeleitet.

### **8. Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung an der Schnittstelle zur integrativen Förderung in Kindertageseinrichtungen**

Kinder mit einem Gewichtungsfaktor (für behinderte oder von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder nach §53 SGB XII) nach dem BayKiBiG, sowie Kinder, die Leistungen nach der Rahmenleistungsvereinbarung IKiTa erhalten, können bei entsprechendem Bedarf in begründeten Fällen parallel interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung bekommen. Dann muss die Gewährung der Frühförderung als Komplexleistung verbeschieden sein. Voraussetzung ist sowohl ein medizinisch-therapeutischer Bedarf als auch ein heilpädagogisch- psychologischer Förderbedarf, der parallel zu den Eingliederungshilfeleistungen des integrativen Platzes in der Kindertageseinrichtung erforderlich ist. Heilpädagogische Leistungen Dritter sind nicht substitutiv für heilpädagogisch- psychologische Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung/ Komplexleistung, sind aber bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen.

### **9. Geltungsdauer**

Diese gemeinsamen Vollzugshinweise treten zum 01.05.2013 in Kraft.

Änderungen, die auf Grund einer Aktualisierung des Rahmenvertrages Frühförderung oder auf Grund gesetzlicher Änderungen erforderlich werden, sind in den gemeinsamen Vollzugshinweisen zeitnah umzusetzen. Eine Überprüfung der gemeinsamen Vollzugshinweise findet erstmals durch die Vertragspartner ein Jahr nach Inkrafttreten statt.

Zugestimmt	Durch Mitteilung vom
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.	30. Oktober 2012
Deutscher Caritasverband - Landesverband Bayern e.V. -	30. Oktober 2012
Diakonisches Werk der Evangelisch- Lutherischen Kirche in Bayern e.V.	30. Oktober 2012
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung - Landesverband Bayern e.V. -	30. Oktober 2012
Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband Bayern e.V. -	30. Oktober 2012
Bayerisches Rotes Kreuz - Landesverband Bayern e.V. -	30. Oktober 2012
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	9. November 2012
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse -	26. Oktober 2012
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern	26. Oktober 2012
BKK Landesverband Bayern	26. Oktober 2012
Knappschaft, Regionaldirektion München	26. Oktober 2012
Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern <small>Die für die LKKe durch diesen Vertrag begründeten Rechte und Pflichten gehen zum 1. Januar 2013 auf die</small>	30. Oktober 2012
Vereinigte IKK in Bayern	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) über (vgl. Art. 1 § 3 Abs. 2, Art. 14 Abs. 1 LSV-NOG). 26. Oktober 2012
Bezirk Oberbayern	30. Oktober 2012
Bezirk Niederbayern	11. Dezember 2012
Bezirk Oberpfalz	25. Oktober 2012
Bezirk Oberfranken	5. November 2012
Bezirk Mittelfranken	30. Oktober 2012
Bezirk Unterfranken	30. Oktober 2012
Bezirk Schwaben	22. Oktober 2012
Verband der bayerischen Bezirke	27. September 2012