

Entwurf

Vertrag

zwischen

der Pflegeeinrichtung / der Vereinigung von Trägern / der Arbeitsgemeinschaft von Trägervereinigungen
XXXX

ggf. Institutionskennzeichen der Betriebsstätte (nur bei Einzelverträgen) XXXX

und

der AOK Bayern, Zentrale, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München

dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München

der Knappschaft, Verwaltungsstelle München, Friedrichstraße 19, 80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/ LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

der Vereinigten IKK, Meglingerstraße 7, 81477 München

und

den Ersatzkassen

**Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
hkk, Bremen**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Bayern

- nachstehend Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände genannt -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung von Versicherten der Krankenkassen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V im Rahmen des § 33 SGB V für Bewohner in Alten- und Pflegeheimen (nachstehend stationäre Einrichtungen genannt) sowie die Abrechnung der Pauschale für Inkontinenzhilfen (Anlage 2). Der Vertrag gilt nicht für Versorgungen mit Inkontinenzhilfen während einer Kurzzeitpflege.
- (2) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten. Mit den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten wird eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung sichergestellt. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der Krankenkasse zu erbringen.
- (3) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs.1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (4) Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V zu erfolgen. Ggf. ist zu diesem Zwecke mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufzunehmen.
- (5) Die Pauschale gilt für alle Versorgungen, die bei inkontinenten Versicherten der Krankenkassen in stationären Einrichtungen durchgeführt werden. Dies betrifft sowohl die bereits versorgten Versicherten als auch Neuversorgungen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die im Rubrum genannten Verbände der Krankenkassen bzw. deren angeschlossenen Krankenkassen und
- (2) für die im Rubrum genannten Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen sowie für die von ihnen unterhaltenen stationären Einrichtungen.
- (3) Die im Rubrum genannten Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen verpflichten sich, der AOK Bayern und der VdAK-Landesvertretung Bayern Schließungen, Neueröffnungen und Standortverlegungen einzelner Einrichtungen unter Angabe des Institutionskennzeichens unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Stationäre Einrichtungen, die keinem der im Rubrum genannten Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen angehören, können ihren Beitritt zum Vertrag durch Unterzeichnung der Anlage 1 erklären.

§ 3 Leistungserbringung

- (1) Voraussetzung für die Abgabe von Inkontinenzhilfen und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V) bei der Erstversorgung. Aus dieser müssen die genaue Diagnose, die Dauer sowie die Notwendigkeit einer Versorgung mit Inkontinenzartikeln hervorgehen. Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen kommt dann in Betracht, wenn eine mindestens mittelgradige Inkontinenz (100 ml in vier Stunden) vorliegt und der Einsatz der Inkontinenzhilfen
- medizinisch indiziert und
 - im Einzelfall erforderlich ist und
 - den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.

Dies trifft insbesondere dann zu, wenn

- a. neben der Blasen- und/oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z. B. Halbseitenlähmung mit Sprechverlust) vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzhilfen der Eintritt von Dekubitus oder Dermatiden droht, der Betroffene die Harn und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren und sich insoweit auch nicht bemerkbar machen kann oder
 - b. nur durch den Einsatz von Inkontinenzhilfen das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, unabhängig in welchem Umfang diese noch möglich ist, befriedigt werden kann oder
 - c. die Versorgung im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (bei Blasen- und/oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatiden) notwendig wird.
- (2) Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht jedoch dann nicht, wenn Inkontinenzhilfen ganz überwiegend zur Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen. Dies trifft insbesondere zu, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustands zwar dauernde Bettlägerigkeit aber keine Inkontinenz vorliegt und Inkontinenzhilfen allein aus hygienischen oder pflegerischen / pflegeerleichternden Gesichtspunkten zum Einsatz kommen.
- (3) Es bleibt der einzelnen Krankenkasse vorbehalten, sich die vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) im Original im Vorfeld der erstmaligen Versorgung zur leistungsrechtlichen Prüfung vorlegen zu lassen. Die Versorgung zu Lasten der leistungspflichtigen Krankenkasse kann dann erst erfolgen, wenn der stationären Einrichtung eine Bewilligung durch diese vorliegt. Die Einführung dieses Verfahrens ist seitens der jeweiligen Krankenkasse gegenüber den Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen rechtzeitig mitzuteilen.

§ 4 Wirtschaftlichkeit

- (1) Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend und zweckmäßig zu erfolgen hat. Der Eintritt von Folgeerkrankungen (z. B. Dekubitus, Dermatitis u. ä.) soll vermieden werden. Wünscht ein Versicherter eine Versorgung, die über den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des § 12 SGB V (ausreichend und zweckmäßig) hinausgeht, so hat dieser die entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherte ist hierüber jedoch vorher von der stationären Einrichtung zu beraten und über die Höhe des Eigenanteils schriftlich zu informieren.
- (2) Die Krankenkasse kann in Zweifelsfällen zur Frage der Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzhilfen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einholen. Sofern nach dem Ergebnis dieser Begutachtung oder aus anderen Gründen gegebenenfalls eine weitere Kostenübernahme ausscheidet, hat die Krankenkasse die Entscheidung über das Ende der Leistungspflicht unverzüglich der stationären Einrichtungen und dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.
- (3) Die stationäre Einrichtung trägt dafür Sorge, dass für die untergebrachten Versicherten neben der Versorgung gemäß diesem Vertrag keine weiteren aufsaugenden Inkontinenzhilfen zu Lasten der leistungspflichtigen Krankenkasse von anderen Leistungserbringern bezogen und abgerechnet werden. Andernfalls ist die betroffene Krankenkasse berechtigt die zusätzlich entstandenen Kosten bei den nächsten Abrechnungen in Abzug zu bringen.
- (4) Ableitende Inkontinenzhilfen sind von diesem Vertrag nicht erfasst. Die gleichzeitige Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist ausschließlich im Zusammenhang mit einer Stuhlinkontinenz möglich. Hierbei sind die saugenden Hilfsmitteln für die Stuhlinkontinenz über die Pauschale gemäß Anlage 2 abzurechnen.
- (5) Krankenunterlagen der Produktgruppe 19 sind von den stationären Einrichtungen vorzuhalten. Sofern Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05. alternativ oder begleitend zu den Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 eingesetzt werden, sind diese mit der Pauschale abgegolten.

§ 5 Vergütung

- (1) Die Höhe der Pauschale für die vertraglich vereinbarten Inkontinenzartikel ergibt sich aus der Anlage 2 zu diesem Vertrag. Die Regelungen zur Abrechnung der Pauschale ergeben sich aus § 7 dieses Vertrages.
- (2) Die stationäre Einrichtung verpflichtet sich, nur die tatsächlich erbrachte Leistung abzurechnen.

§ 6 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede stationären Einrichtung hat ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V zu führen, das beim jedem Kostenvoranschlags- und Abrechnungsverfahren sowie bei jedem Schriftwechsel mit den Krankenkassen anzugeben ist.

Ein Träger, der mehrere stationäre Einrichtungen unterhält (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Abgabeberechtigung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1275 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.

- (2) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind der SVI sowie der AOK Bayern und der VdAK-Landesvertretung Bayern unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

§ 7 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die nachfolgenden Bestimmungen werden insoweit durch die Regelungen der Richtlinien und die hierzu erlassenen Technischen Anlagen ersetzt bzw. ergänzt. Soweit eine Krankenkasse das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V noch nicht umgesetzt hat, gelten die nachfolgenden Bestimmungen bzw. für die Ersatzkassen die Protokollnotiz zum Vertrag.
- (2) Die Abrechnung der Pauschale erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Bestandteile:
- Name der stationären Einrichtung
 - IK der stationären Einrichtung (die Abrechnung erfolgt ausschließlich über ein 51er IK),
 - Versorgungszeitraum,
 - Einzelpreis (inklusive MwSt),
 - Gesamtpreis (inklusive MwSt),
 - Mehrwertsteuer,
 - Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate,
 - Zuzahlung
 - sowie dem Leistungserbringergruppenschlüssel mit der Abrechnungspositionsnummer „15.99.99.2001“ und dem entsprechenden Hilfsmittel-Kennzeichen. Die Angaben sind zwingend auf der Rechnung anzugeben. Für die Ersatzkassen enthält die Anlage 3 hierfür ein Muster.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt je stationärer Einrichtung für alle Versorgungs- / Abrechnungsfälle monatlich zum Ende des Monats. Ersatzweise kann die Abrechnung auch quartalsweise zum Ende des Kalendervierteljahres erfolgen. Der Rechnung ist als rechnungsbegründende Unterlage bei der Erstversorgung die vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) und ggf. die Bewilligung der Krankenkasse beizufügen, sofern mit diese eine Erklärung gemäß § 3 Abs. 3 abgegeben hat.
- (4) Die stationäre Einrichtung trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:
- IK des Leistungserbringers (§ 6),
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung, hier: Abrechnungspositionsnummer: 15.99.99.2001 unter Angabe des entsprechenden Hilfsmittel-Kennzeichens,
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Kostenvoranschlags)
 - der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" und
 - der Versorgungszeitraum (Angabe: von (JJJJMMTT) bis (JJJJMMTT)).

- (5) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Rechnung- und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (6) Überträgt eine stationäre Einrichtung die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat die stationäre Einrichtung die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Den Krankenkassenverbänden ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die stationäre Einrichtung ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat die stationäre Einrichtung dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

- (7) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 6 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch die stationäre Einrichtung auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassenverbänden vorzulegen.
- (8) Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, erfolgt die Abrechnung mit den Krankenkassen analog dieses Vertrages. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG) gilt dies gleichermaßen; hier ist auf Anforderung der Krankenkassen zusätzlich eine Papierrechnung zu erstellen. Für Anspruchsberechtigte nach anderen gesetzlichen Bestimmungen, wie Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesentschädigungsgesetz (BEG), Bundesversorgungsgesetz (BVG), Zwölftes Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII), Häftlingshilfegesetz (HHG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), erfolgt die Abrechnung nicht mit den Krankenkassen sondern mit den Versorgungsämtern bzw. Versorgungsstellen.
- (9) Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

§ 8 Zuzahlung

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung beträgt gemäß § 61 SGB V 10 vom Hundert, maximal 10 € pro Versorgungsmonat für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel. Die Zuzahlung entfällt, sofern der Versicherte von der Zuzahlung befreit ist.

- (2) Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch die stationäre Einrichtung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungsbeträge sind in der Abrechnung von der Versorgungspauschale abzusetzen. Es sind die entsprechenden Versorgungszeiträume in der Rechnung anzugeben.
- (3) Weitere Aufzahlungen neben der in Abs. 1 genannten gesetzlichen Zuzahlung durch den Versicherten dürfen nicht erhoben werden. Einzige Ausnahme bilden die Mehrkosten auf Grund einer vom Versicherten ausdrücklich gewünschten Versorgung, die das Maß des Notwendigen gem. § 4 des Vertrages überschreitet.

§ 9 Datenschutz

- (1) Die stationäre Einrichtung verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die stationäre Einrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Die stationäre Einrichtung verpflichtet seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 10 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen, die z.B. gegen das Wettbewerbsrecht oder den Datenschutz verstoßen, anzupassen sind.

§ 11 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.10.2008 in Kraft. Die Anlage 1 bis 3 sowie die Protokollnotiz sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2010, schriftlich gekündigt werden. Neben den Verbänden kann jede einzelne Krankenkasse und jede einzelne stationäre Einrichtung den Vertrag gemäß der Fristen nach Satz 1 kündigen.
- (3) Die Anlagen zum Vertrag können unabhängig vom Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2010, schriftlich gekündigt werden.

- (4) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die am Vertrag teilnehmenden Ersatzkassen alle weiteren bisher für die stationären Einrichtungen geltenden Vereinbarungen über die Versorgung von Inkontinenzhilfen in stationären Einrichtungen mit sofortiger Wirkung außer Kraft.
- (5) Unabhängig von der in Abs. 2 genannten Kündigungsfrist kann die einzelne Ersatzkasse diesen Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats schriftlich kündigen. Die Geltung des Vertrages für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.
- (6) Sollte den Krankenkassen durch gesetzliche Veränderungen oder Auslegungen, eine Weisung der Aufsichtsämter, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung oder sonstige rechtliche Vorgaben die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistungen auf Grundlage dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht ihnen gemeinsam oder jeweils separat ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages zu. Dies gilt insbesondere, wenn aufgrund rechtlicher Vorgaben eine Ausschreibung der Leistung erforderlich gewesen wäre oder wird.
- (7) Die stationäre Einrichtung verzichtet auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegen die Krankenkassen, insbesondere von Schadensersatzansprüchen wegen etwaiger durch eine Kündigung gemäß Abs. 6 eintretender Schäden. Insbesondere gilt dies auch für den Fall, dass eine Kündigung erfolgt, weil im Nachhinein festgestellt wird, dass eine Ausschreibung der vertragsgegenständlichen Leistungen erforderlich gewesen wäre oder wird.

München, den XX. Monat 2008

..... AOK Bayern – Die Gesundheitskasse BKK Landesverband Bayern
..... Knappschaft – Verwaltungsstelle München Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)
..... Vereinigte IKK Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. - Der Leiter der Landesvertretung Bayern -
..... Pflegeeinrichtung/Vereinigung von Trägern/ Arge von Trägervereinigungen Pflegeeinrichtung/Vereinigung von Trägern/ Arge von Trägervereinigungen

Anlage 1
zum Vertrag zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vereinigungen
der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vom *TT.MM.2008*

Schlüssel "Leistungserbringergruppe": 19 02 XXX

Beitrittserklärung

(Name der Einrichtung)

(Straße der Einrichtung)

(Postleitzahl und Ort der Einrichtung)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erklären wir ab _____ unseren Beitritt zum zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen ab 01.10.2008 abgeschlossenen Vertrag über die Versorgung und Abrechnung einer Pauschale bei inkontinenten Heimbewohnern.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Der Vertrag zwischen dem Pflegeheim und den vom Vertrag umfassten Krankenkassen kommt erst zustande, wenn die AOK Bayern und die VdAK-Landesvertretung Bayern dies schriftlich bestätigen.

Anlage 2
zum Vertrag zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vereinigungen
der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vom TT.MM.2008

Preisvereinbarung über die Versorgung mit Inkontinenzhilfen
(Produktgruppe 15)

Schlüssel "Leistungserbringergruppe": 19 02 XXX

Hilfsmittelposi- tionsnummer	Bezeichnung der Leistung	Hilfsmittel- Kennzeichen	Monatspauschale (inklusive Mwst.)
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Erstversorgung)	08	€
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Folgeversorgungen)	09	€

Leistungsbeschreibung

- (1) Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln der Produktuntergruppen 15.25.01, 15.25.02, 15.25.03 und 15.25.24 im Versorgungspauschalen-System einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen in Pflegeheimen. Krankenunterlagen der Produktgruppe 19 sind von den stationären Einrichtungen vorzuhalten. Sofern Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05. alternativ oder begleitend zu den Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 eingesetzt werden, sind diese mit der Pauschale abgegolten.
- (2) Für die Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der Produktuntergruppen 15.25.01 (Saugende Inkontinenzvorlagen), 15.25.02 (Netzhosen für Inkontinenzvorlagen), 15.25.03 (Saugende Inkontinenzhosen) und 15.25.24 (überziehbare Windelhosen) des Hilfsmittelverzeichnisses der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) In dem Versorgungspauschalen-Preis ist die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und allen damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen in Pflegeheimen enthalten. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Lieferung und Nachlieferung, Bemusterung / Erprobung sowie die Betreuung, Einweisung und Schulung der Versicherten oder der betreuenden Personen.
- (4) Eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht nicht, wenn der Versicherte sich, auf Grund eines Krankenhausaufenthaltes, eines Urlaubes, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme usw., einen gesamten Kalendermonat nicht im Heim aufhält. Wird der leistungspflichtigen Krankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, so kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Kalendermonat erfolgen.
- (5) Beginnt bzw. endet die Versorgung eines Versicherten im laufenden Kalendermonat, so wird für diesen Monat der Pauschalbetrag trotzdem in voller Höhe gezahlt.

Anlage 3
zum Vertrag zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vereinigungen
der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vom TT.MM.2008
(gilt nur für die Ersatzkassen)

<<Name Pflegeheim>>
 <<Anschrift>>
 <<IK Pflegeheim>>

<<Abrechnungsstelle>>

<<Name der Ersatzkasse>>
 <<Adresse der Ersatzkasse>>

Rechnungsnummer:.....
 Rechnungsdatum TT.MM.JJJJ
 Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): 19 02 XXX

Name Versicherter:.....
 Anschrift Versicherter:.....
 Versichertennummer:.....

Kennzeichen Hilfsmittel	Anzahl Leistung	Abrechnungs- positions- nummer	Bezeichnung	Zeitraum von/bis	Anzahl zu- zahlungs- pflichtiger Monate	Einzelpreis (inklusive MwST)	Zuzahlung	Gesamtpr (inklusive MwST)
08	X	15.99.99.2001	Inkontinenzpauschale <i>Pflegeheim stationär</i>	TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ	X	XX,XX €	XX,XX €	XX,XX €

Bitte überweisen Sie den geforderten Rechnungsbetrag in Höhe von XX,XX €

_____, den

 Pflegeheim
 Stempel / Unterschrift

Protokollnotiz
zum Vertrag zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vereinigungen
der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vom TT.MM.2008
(gilt nur für die Ersatzkassen)

1. **Wenn die Möglichkeiten für die Durchführung eines elektronischen Kostenvorschlages vorliegen, verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Regelung im § 3 Abs. 3 des Rahmenvertrages.**

Das Pflegeheim ist verpflichtet, der Ersatzkasse den Kostenvorschlag bzw. die Versorgungsanzeige in der von der Ersatzkasse vorgesehenen elektronischen Form zu übermitteln. Die Verpflichtung wird zunächst ausgesetzt. Die einzelne Ersatzkasse informiert den Leistungserbringer rechtzeitig, mindestens 3 Monate vor Beginn über die Aufnahme und die Modalitäten der elektronischen Datenübermittlung.

2. **Die Vertragspartner vereinbaren die Umsetzung des Datenträgeraustauschs (DTA) für den Vertrag nach Vereinbarung gemäß § 302 Abs. 2 SGB V, wenn eine Umsetzung im vollstationären Bereich nach §105 SGB XI folgt. Der in der Protokollnotiz vereinbarte § 7 – Abrechnungsregelung – löst den § 7 des Rahmenvertrages ab diesem Tag ab.**

§ 7
Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, jeweils im Original (Kopie bei Folgeabrechnung)
- Bewilligungsschreiben der Ersatzkasse, im Original (Kopie bei Folgeabrechnung)
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Begleitzettel für ärztliche Notwendigkeitsbescheinigungen (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die Ersatzkassen die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen haben.

- (2) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des VdAK/AEV, Postfach, 53719 Siegburg, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (3) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse ist beendet, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

- (4) Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern (s. VdAK/AEV-Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege/Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

- (5) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –zahlung sind nicht von den Ersatzkassen zu verantworten.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

- (6) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf den vereinbarten Formularen zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.

Der Leistungserbringer trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

- IK des Leistungserbringers (§ 5),
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung, hier: Abrechnungspositionsnummer: 15.99.99.2001 unter Angabe des Hilfsmittel-Kennzeichens „08“,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Kostenvoranschlags)
- der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" und
- der Versorgungszeitraum (Angabe: von (JJJJMMTT) bis (JJJJMMTT)).

Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf einem separaten Codierblatt übermittelt werden:

- Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen,
- auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen,
- die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
 - ® Codierblatt,
 - ® Verordnung und
 - ® ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnunganzuliefern und
- die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden.

Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der Ersatzkasse zurückgewiesen werden.

- (7) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Leistungserbringer insgesamt zu zahlende Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- (8) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummern oder ggf. die in der Vergütungsliste geregelten Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

- (9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkassen. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- ® Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- ® Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- ® Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- ® Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- ® Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
- ® Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

- (10) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (11) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.
- (12) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die VdAK/AEV-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

- (13) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 12 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der VdAK/AEV-Landesvertretung vorzulegen.
- (14) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Zwölften Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.