

Vereinbarung

zwischen

XXX

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

und

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

(im Folgenden vdek genannt)

Datum des Inkrafttretens des Vertrages: 01.08.2015

Übersicht der §§

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Fachliche Anforderungen
- § 3 Personelle Anforderungen
- § 4 Produkthanforderungen
- § 5 Qualitätsprüfung
- § 6 Wirtschaftlichkeit
- § 7 Leistungsgewährung, Vergütung und Zuzahlung
- § 8 Elektronischer Kostenvoranschlag und Versorgungsanzeige
- § 9 Rechnungslegung
- § 10 Haftung und Gewährleistung
- § 11 Beziehung zu Dritten
- § 12 Datenschutz
- § 13 Vertragsverletzungen und Vertragsstrafe
- § 14 Salvatorische Klausel
- § 15 Laufzeit und Kündigung

Anlage 1 Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzartikeln in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Anhang 1 Nachweis der Notwendigkeit zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen

Protokollnotiz

Evaluationsvereinbarung

Anhang 1 zur Protokollnotiz

Evaluationsbericht

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Inkontinenzartikeln in den in den Anlagen aufgeführten Bereichen im Rahmen des § 33 Abs. 1 SGB V durch den Leistungserbringer¹ sowie die Abrechnung der Pauschalpreise für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel und Serviceleistungen im Rahmen des bestimmungsgemäßen Gebrauches. Die vertraglichen Verhältnisse bei der Durchführung der einzelnen Versorgung richten sich danach, ob die Versicherung bei der jeweiligen Ersatzkasse besteht.

Der Leistungserbringer stellt die Versorgung mit sämtlichen in den vereinbarten Anlagen aufgeführten Produktbereichen insgesamt sicher. Der Leistungserbringer ist zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages und der vereinbarten Anlagen und Anhänge verpflichtet.

- (2) Der Leistungserbringer ist nur zur Abgabe von Hilfsmitteln befugt, wenn er die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V erfüllt. Für die Beurteilung der Voraussetzungen nach Satz 1 gelten die „Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ gemäß § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden.

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.

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. Bei Unklarheiten in der ärztlichen Verordnung ist ggf. zu diesem Zwecke mit dem verordnenden Arzt Kontakt

¹ allgemeine Formulierung

aufzunehmen. Für die Leistungsentscheidung notwendige Gesprächsdokumentationen müssen mit der Verordnung übermittelt werden.

- (4) Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Umzug), müssen dem Vertragspartner mitgeteilt werden.
- (5) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen und Anhänge bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGB des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die vdek- Verbandszentrale sie schriftlich bestätigt hat.
- (6) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.
- (7) Für die in den Anlagen geregelte Produktgruppe 15, Inkontinenzhilfen, gilt ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens ausschließlich dieser Vertrag. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung. Bestehen für Produkte, die in den Anhängen dieses Vertrages nicht durch einen Vertragspreis geregelt sind, Preisvereinbarungen bzw. vertragliche Regelungen mit einzelnen Ersatzkassen, gelten die Regelungen mit der jeweiligen Ersatzkasse.
- (8) Wenn der Leistungserbringer bezüglich einzelner in den nach diesem Vertrag vorgesehenen Anlagen geregelten Inhalten keine Vereinbarung nach Maßgabe dieses Vertrages eingeht, ist ein anderweitiger Vertragsabschluss/ -beitritt für gleiche Produktgruppen mit der Ersatzkasse nicht möglich.
- (9) Die in diesem Vertrag und seinen Anhängen/ Anlagen festgelegten Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt vom Leistungserbringer unverändert einzusetzen.

§ 2

Fachliche Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach §

126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen (Grundeignung). Er hat diese Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch eine Bestätigung einer nach dieser Vorschrift geeigneten Stelle nachzuweisen. Sofern keine Präqualifizierung vorliegt, kann im Rahmen einer Einzelfallprüfung die Eignung durch die jeweilige vdek- Landesvertretung festgestellt werden. Vor Inkrafttreten der vertraglichen Vereinbarungen hat der Nachweis zur Grundeignung vorzuliegen.

- (2) Der Nachweis der Grundeignung ist den Ersatzkassen auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte die Grundeignung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die zuständige vdek- Landesvertretung unverzüglich schriftlich zu informieren. Ist aufgrund maßgeblicher Änderungen beim Leistungserbringer eine erneute Überprüfung der Grundeignung durch die Präqualifizierungsstelle erforderlich, sind die Ersatzkassen berechtigt, dem Leistungserbringer eine angemessene Frist zum Nachweis des Fortbestandes der Grundeignung zu setzen.
- (3) Für Leistungserbringer, die noch nicht über einen Nachweis der Grundeignung nach § 126 SGB V in der gültigen Fassung verfügen, hat der Leistungserbringer einen Antrag auf Grundeignung innerhalb von drei Monaten nach Vertragsbeginn vorzulegen. Kann er nach Ablauf der Frist dies nicht nachweisen bzw. wurde dieser Antrag auf Grundeignung abgelehnt, entfällt für ihn die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der Ersatzkassen abzugeben.

§ 3

Personelle Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten, wie in den Anlagen geregelt, ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Weitere fachspezifische Qualifikationen sind in den jeweiligen Anlagen geregelt.
- (2) Die Mitarbeiter des Leistungserbringers, die für die Koordination der Hilfsmittelversorgung verantwortlich sind, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und

Betreuung eingesetzt werden, an den Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Es gelten die Fortbildungsstandards des Leistungserbringers oder vergleichbare Fortbildungsstandards. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:

- a) fachspezifische Weiterbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - c) Handhabung von neuen Produkten.
- (4) Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen von dem Leistungserbringer im Sinne des Abs. 3 zu dokumentieren und der einzelnen Ersatzkasse anlassbezogen auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Die Anforderungen gemäß den Absätzen 1 bis 4 gelten auch für externe Personen, die der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten einsetzt.

§ 4

Produktanforderungen

- (1) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V haben Gültigkeit, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder eine Listung des Einzelproduktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.

Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht.

Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer bzw. ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel muss der Hersteller darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der Ersatzkasse innerhalb von zwei Wochen vorzulegen.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses Hilfsmittel ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Wird ein Hilfsmittel vollständig aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, darf dies ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen seiner Einflussmöglichkeiten die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffenheitsangaben zu entnehmen, ist die Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen zum Vertrag etwas anderes vereinbart.
- (3) Der Ersatzkasse steht es frei, anlassbezogen die Umsetzung der vorstehend genannten Paragraphen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen.
- (4) Die Produkte müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei und funktionsgerecht sind. Sie müssen den medizinischen und pflegerischen Anforderungen der entsprechenden Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses genügen.

§ 5

Qualitätsprüfung

- (1) Der einzelnen Ersatzkasse steht es frei, die Qualität der nach diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden

Form (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; durch Versichertenbefragung oder Einschaltung von Dritten) nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

Sofern nach dem Ergebnis einer solchen Begutachtung oder aus anderen Gründen gegebenenfalls eine weitere Kostenübernahme ausscheidet, hat die Ersatzkasse die Entscheidung über das Ende der Leistungspflicht unverzüglich dem Leistungserbringer und dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

- (2) Rückfragen der einzelnen Ersatzkasse im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind von dem Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten. Eine diesbezügliche Rechnungsstellung gegenüber den Versicherten ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 6 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Versorgung der Versicherten (Auswahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemeinen Stand der medizinischen bzw. pflegerischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen bzw. pflegerischen Fortschritt zu berücksichtigen. Hierfür gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung sowie die Qualitätsstandards der einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 139 SGB V.
- (2) Der Eintritt von Folgeerkrankungen (z.B. Dekubitus, Dermatitis o.ä.) durch die nach diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelte Versorgung sollte vermieden werden.
- (3) Rückfragen der Ersatzkassen im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

§ 7

Leistungsgewährung, Vergütung und Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn er die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat.
- (2) Die Höhe der Vergütung für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel, für die Beratung und Nachbetreuung sowie für Ersatzlieferungen für gelieferte Hilfsmittel ergibt sich aus den Anhängen zu diesem Vertrag.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nur die tatsächlich erbrachte Leistung in Abrechnung (Versorgungspauschale gemäß Anlage 1 § 6) zu bringen.
- (4) Ggf. im Rahmen der Versorgung entstehende Fahrtkosten des Leistungserbringers sind in den vereinbarten Vertragspauschalen eingeschlossen und können daher den Ersatzkassen nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.
- (5) Die Erhebung eines Eigenanteils/einer Aufzahlung gegenüber den Versicherten für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrages durch den Leistungserbringer ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig.

Für den Fall, dass der Versicherte – trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Leistungserbringer – eine höherwertige Versorgung, als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart ist, wünscht, hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren, dass die Kasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Dies ist schriftlich in Form einer Mehrkostenerklärung vom Versicherten zu bestätigen und vom Leistungserbringer festzuhalten und bei der jeweiligen Ersatzkasse auf Verlangen einzureichen.

Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden.

- (6) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel im Sinne des § 33 Abs. 8 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung zur Versorgungspauschale beträgt gemäß § 61 SGB V zehn von Hundert, maximal 10 € pro Versorgungsmonat. Die Zuzahlung darf jedoch die Höhe der Versorgungspauschale nicht übersteigen.
- (7) Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Maßgeblich ist der Tag der Versorgung. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den

Leistungserbringer einzuziehen.

- (8) Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Leistungserbringer 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.
- (9) Die Zuzahlung ist grundsätzlich je Hilfsmittel zu berechnen. Setzt sich das Hilfsmittel zur Gewährleistung der Einsatzfähigkeit aus mehreren Hilfsmittelpositionennummern zusammen oder beinhaltet die Hilfsmittelversorgung ein nicht eigenständiges Hilfsmittel (sog. Kombiversorgung), so ist die Zuzahlung auf den Gesamtpreis der Versorgung zu berechnen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist.

§ 8

Elektronischer Kostenvoranschlag und Versorgungsanzeige

- (1) Sofern eine Genehmigungspflicht besteht, ist der Leistungserbringer verpflichtet sowohl die Versorgungsanzeige als auch den Kostenvoranschlag der Ersatzkasse elektronisch zu übermitteln. Die einzelnen Verfahren sind in den jeweiligen Anhängen geregelt. Sofern dadurch zusätzliche Kosten entstehen, sind diese mit der Vertragspauschale entsprechend abgegolten. Leistungserbringer, denen ein Kostenvoranschlag oder eine Versorgungsanzeige zum Vertragsbeginn auf elektronischem Wege nicht möglich ist, wird eine Übergangsfrist von drei Monaten eingeräumt.
- (2) Wird der Kostenvoranschlag während der Übergangsfrist nicht elektronisch zur Verfügung gestellt, ist dieser unter Beifügung der ärztlichen Verordnung, sofern in den Anlagen nicht Anderweitiges vereinbart worden ist, mit folgenden Angaben zu übermitteln:
 - Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)
 - Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers
 - Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, KVNR)
 - Hilfsmittelpositionsnummer, wenn noch nicht veröffentlicht ersatzweise Vertragspositionsnummer
 - ggf. Herstellerangabe
 - Beschreibung der Verordnung
 - Pauschale zuzüglich der bei Lieferung gültigen Mehrwertsteuer

- Positionsnummer für Produktbesonderheit
- Kennzeichen für Hilfsmittel (hier 08 Vergütungspauschale und 09 Folgevergütung)
- Versorgungszeitraum von/ bis

§ 9 Rechnungslegung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes 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,
- Urbelege
(Verordnungsblatt/ -blätter im Original – Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder vereinbart ist.),
- Empfangsbestätigung der Versicherten bzw. sonstige Lieferungsnachweise oder wie in den Anlagen geregelt,
- Genehmigungsschreiben der Ersatzkasse sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V),
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung),
- Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate,
- Zuzahlungsbetrag.

Im Rahmen der Rechnungslegung nach § 302 SGB V (Datenaustausch) ist im EHI-Segment im Feld „Art der abgegebenen Leistung“ die Abrechnungspositionsnummer zu erfassen. Die Abrechnungspositionsnummer ist grundsätzlich 10-stellig oder wie in den Anlagen aufgeführt anzugeben.

Bei der Abrechnung mit Hilfsmitteln nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ gefüllt werden. Sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Produktnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.

- (2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der Ersatzkasse die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.
- (a) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der Ersatzkasse benannten Abrechnungsstellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenerlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet.
- Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung sind nicht von der Ersatzkasse zu verantworten.
- (b) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die Ersatzkasse gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die Ersatzkasse dem betroffenen Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
- (c) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der „Kopfstelle“ des vdek, derzeit Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, sowie bei der Abrechnungsstelle der jeweiligen Ersatzkasse anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (d) Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit

der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat.

Die gilt dann als erfüllt, wenn die Ersatzkasse oder die von den Kassen benannte Datenannahmestelle dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.

- (e) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle in der Regel monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.
- (4) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) 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 führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehende Zeitverzögerung 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.

- (5) Der Abrechnungsdatensatz hat die folgenden Angaben zu enthalten:
- IK des versorgenden Leistungserbringers
 - Versichertendaten, insbesondere die Mitgliedsnummer,
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - Hilfsmittelpositionsnummer

- existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelauflistung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V erfolgen.
- Pseudopositionsnummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag
- ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag,
- Einzelpreis (inkl. MwSt),
- Bruttowert der Versorgung
 - Vertragspreis
 - Festbetrag
 - Durchschnittspreis oder Wert des Kostenvoranschlages
- Mehrwertsteuer,
- Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate
- Versorgungszeitraum (Angabe: von JJJMMTT bis JJJMMTT)

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen.

- (6) In der Abrechnung ist der in der jeweiligen Anlage festgelegte 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgungsleistungen und Leistungen abgerechnet werden.
- (7) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die Ersatzkasse dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen eingehen, werden die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkassen.
- (8) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die Ersatzkassen innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende

Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.

Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

- (9) Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der Ersatzkassen bleiben insoweit unberührt.
- (10) Die Abrechnung erfolgt binnen sechs Monaten nach Leistungserbringung. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch.
- (11) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.
- (12) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die vdek-Verbandszentrale unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-Verbandszentrale ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Abs. 2 SGB V bei der vdek-Verbandszentrale, sowie bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

- (13) 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 und der vdek-Verbandszentrale

unverzögerlich zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

- (14) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 übertragen werden soll, ist die Abrechnungsstelle unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages, der Anlage zu § 78 a SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist dem vdek sowie der Ersatzkasse vorzulegen.
- (15) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist der Ersatzkasse eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 10

Haftung und Gewährleistung

- (1) Gewährleistung und Haftung der Leistungserbringer richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
- (2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
- (3) Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.
- (4) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personen -

und 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden sowie 100.000 EUR für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

§ 11

Beziehung zu Dritten

- (1) Den mit der Auftragserteilung, Beaufsichtigung, Leistungserbringung, Abnahme oder sonst mit der Abwicklung der Lieferung/Leistung betrauten Mitarbeitern dürfen von Dritten weder unmittelbar noch mittelbar persönliche Vorteile irgendwelcher Art angeboten, versprochen oder verschafft werden (§ 128 Abs. 2 SGB V).
- (2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 128 Abs. 2 S.1 gewähren.

§ 12

Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer 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) Der Leistungserbringer 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 Ersatzkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass alle Personen, die von ihm zur Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, auf Einhaltung des Datenschutzes unterwiesen und schriftlich verpflichtet worden sind, ggf. durch Einstellung eines hauptamtlichen Datenschutzbeauftragten.

§ 13

Vertragsverletzungen und Vertragsstrafen

- (1) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Ersatzkasse für die Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag, die auf sein jeweiliges Verschulden zurückzuführen sind, unbeschadet der Regelungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (2) Verletzt der Leistungserbringer Pflichten aus diesem Vertrag, steht den Ersatzkassen nach Anhörung des betreffenden Leistungserbringers je nach Schwere des Vertragsverstoßes die Befugnis zu,
 - eine Verwarnung auszusprechen,
 - eine Rückforderung vorzunehmen,
 - eine Vertragsstrafe auszusprechen. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5% des jährlichen Brutto-Umsatzes der jeweiligen Betriebsstätte mit den Ersatzkassen nach diesem Vertrag.
 - den Vertrag aus wichtigem Grund gegenüber dem betreffenden Leistungserbringer zu kündigen.

Der Leistungserbringer hat das Recht, seinen Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen.

- (3) Bei wiederholtem Ausspruch einer Verwarnung und nach Erhebung einer Vertragsstrafe ist die Ersatzkasse zur außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses gegenüber dem betreffenden Leistungserbringer berechtigt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Verwarnungen auf Grund einer gleichgearteten Vertragsverletzung ausgesprochen wurden.
- (4) Der Ersatzkasse steht bei der Auswahl der vorgenannten Sanktionen ein Ermessen unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Einzelfalles zu. Eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffern 5 und 6 wird ggf. unabhängig hiervon verwirkt.
- (5) Verletzt der Leistungserbringer grob fahrlässig oder vorsätzlich seine Pflichten zur Mitteilung organisatorischer und struktureller Veränderungen innerhalb des Unternehmens, verwirkt der Leistungserbringer für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in angemessener Höhe.
- (6) Für die wiederholte Nichteinhaltung der Qualitätskriterien hinsichtlich der vertraglich geschuldeten Leistung, verwirkt der betreffende Leistungserbringer

nach Anhörung für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 1.000,00 EUR.

- (7) Auf Seiten der Ersatzkassen liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages mit dem Leistungserbringer berechtigt, insbesondere dann vor, wenn er:
- a) eine ausreichende Versorgung mit den vertraglich geschuldeten Leistungen nach Maßgabe der vereinbarten Anlagen nicht mehr sicher stellen kann,
 - b) Qualitätsmängel in der vertraglich geregelten Versorgung eines Versicherten aufgetreten sind, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,
 - c) der Leistungserbringer wiederholt mit der Erbringung seiner Leistung in Verzug gerät und dadurch die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird,
 - d) fortgesetzt seine Verpflichtung zur Mitteilung organisatorischer und struktureller Veränderungen innerhalb des Unternehmens verletzt,
 - e) Werbemaßnahmen zuwider der Regelung des § 12 vornimmt,
 - f) der Leistungserbringer gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,
 - g) der Leistungserbringer den Regelungen in § 13 zuwiderhandelt; im Falle der Kündigung wegen Verstößen gegen die Bestimmungen des § 11 Ziffer 1 und 3 kann die Ersatzkasse den Leistungserbringer entsprechend § 128 Abs. 3 SGB V für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen;
 - h) der Leistungserbringer der Regelung in § 7 zuwiderhandelt,
 - i) eine Änderung der Rechtsform des Leistungserbringers gemäß § 1 Ziffer 4 der Ersatzkasse nicht von diesem gemeldet wird,
 - j) der Leistungserbringer Zahlungen zu Vertragsleistungen durch Versicherte fordert oder annimmt, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,

- k) eine Abrechnungsmanipulation vorliegt, beispielsweise die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Abrechnung einer Leistung, die nicht verordnet wurde,
- l) die Voraussetzungen zur Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 4 nicht mehr vorliegen oder der Leistungserbringer eine Überprüfung dieser Voraussetzungen durch die Ersatzkassen bzw. den entsprechenden Nachweis nach § 4 Ziffer 4 nicht fristgemäß gewährleistet,
- m) der Leistungserbringer gemäß § 1 ausgeschlossene privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten trifft,
- (8) Eine außerordentliche Kündigung hat schriftlich mit entsprechender Begründung zu erfolgen.
- (9) Für durch Vertragsverletzungen verursachte Verwaltungsaufwendungen der Ersatzkasse wird bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 286 ff. BGB im Übrigen ein den Verwaltungsaufwendungen entsprechender Schadenersatz vereinbart. Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die Ersatzkassen bleiben hiervon unberührt
- (10) Soweit der Leistungserbringer seine Beratungspflicht nach dem Vertrag über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien, den Maßgaben der ärztlichen Verordnung in vollem Umfang entsprechenden Versorgung verletzt und der Versicherte hierdurch zum Kauf eines aufzahlungspflichtigen Hilfsmittels veranlasst wurde, verpflichtet sich der Leistungserbringer, dem Versicherten die Differenz zwischen dem für die aufzahlungspflichtige Versorgung gezahlten Gesamtpreis und dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung in diesem Fall ausreichende Versorgung zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Im Falle des Satz 1 ist die Versorgung mit dem gelieferten Hilfsmittel mit dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung ausreichende Versorgung abgegolten.

§ 14

Salvatorische Klausel

- (1) 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.

- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.

§ 15

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2015 in Kraft.
- (2) Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2016 schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. Bei separater Kündigung der Anlagen bleiben die nicht gekündigten Bestandteile des Vertrages weiterhin wirksam.
- (3) Unabhängig von der in Abs. 2 geregelten Kündigung kann die einzelne Ersatzkasse gegenüber den Leistungserbringern oder der Leistungserbringer gegenüber einer Ersatzkasse diesen Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2016 kündigen. Mit der Kündigung dieses Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt. Die Geltung des Vertrages und seiner Anlagen für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.

Berlin, den

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

XXX

Referenzvertrag 17 gem. § 127 Abs. 2 SGB V

Anlage 1

Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzartikeln in vollstationären Pflegeeinrichtungen

§ 1

Regelungsgegenstand

Gegenstand dieser Anlage ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im Rahmen des § 33 Abs. 1 SGB V für Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen (im Folgenden Pflegeheim genannt) gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI mit einer Zulassung zur Pflege nach § 72 SGB XI sowie die Abrechnung der Pauschale für Inkontinenzhilfen durch den Leistungserbringer.

§ 2

Versorgungsziel

- (1) Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dann in Betracht, wenn eine mindestens mittelgradige (Richtwert: 100ml in vier Stunden) Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vorliegt und der Einsatz der Inkontinenzhilfen
 - medizinisch indiziert
 - im Einzelfall erforderlich ist und
 - den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.
- (2) Eine identifizierte Inkontinenz wird durch die Versorgung mit Inkontinenzhilfen kompensiert. Eine Besserung der Lebensqualität durch Wiederherstellung und Sicherstellung der Teilnahme am sozialen Leben und zur Verhütung von Hautschäden wird angestrebt.

§ 3

Leistungserbringung

- (1) Voraussetzung für die erstmalige Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel nach diesem Vertrag ist die vollständig ausgestellte erstmalige vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) aus der die genaue Diagnose, sowie die Notwendigkeit einer Versorgung mit Inkontinenzartikeln hervorgeht. Diese Verordnung muss in der Regel vor Versorgungsbeginn, spätestens aber sieben Kalendertage nach Versorgungsbeginn, vorliegen. Im Rahmen von Folgeversor-

gungen ist die Vorlage einer neuen vertragsärztlichen Verordnung nicht erforderlich. Die Voraussetzungen dafür müssen weiterhin erfüllt und durch einen jährlichen Nachweis der Notwendigkeit (Anhang 1) für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel belegt werden. Dieser Nachweis ist jeweils nach zwölf Monaten versichertenbezogen einzuholen und auf Verlangen der einzelnen Ersatzkasse vorzulegen.

Die Versorgung zu Lasten der leistungspflichtigen Ersatzkasse kann erst erfolgen, wenn dem Leistungserbringer eine Genehmigung der jeweiligen Ersatzkasse vorliegt. Bis auf Widerruf wird die Genehmigungspflicht ausgesetzt. Die einzelne Ersatzkasse kann eigenständig einen Widerruf aussprechen.

- (2) Zur Versorgung sind geeignete Hilfsmittel in der entsprechenden Produktgruppe vorzuhalten.
- (3) Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht jedoch dann nicht, wenn Inkontinenzhilfen ganz überwiegend zur Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen.

§ 4 Beratung

Die Beratung sollte auf Wunsch des Versicherten durch qualifiziertes Personal des eigenen Geschlechts stattfinden.

§ 5 Leistungsvereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt die Versorgung der Versicherten der Ersatzkasse gemäß § 5 Abs. 4 dieser Anlage mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln im Versorgungspauschalen-System einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
- (2) Für die Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der jeweiligen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses des Spitzenverbandes der Krankenkassen gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Aufsaugende Inkontinenzhilfen müssen immer ausreichend vorgehalten werden (Hilfsmittel für zwei Folgetage).

- (4) In dem Versorgungspauschalen-Preis ist die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und allen damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen in Pflegeeinrichtungen enthalten. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Lieferung und Nachlieferung, Bemusterung/ Erprobung sowie die Betreuung, Einweisung und Schulung der Versicherten oder der betreuenden Personen.
- (5) Der Nachweis der Lieferung von Inkontinenzhilfsmitteln (z.B. Sammellieferbestätigung durch das Heim) ist vier Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der einzelnen Ersatzkasse nachzuweisen.
- (6) Beginnt bzw. endet die Versorgung eines Versicherten im Kalendermonat, so wird für diesen Monat der Pauschalbetrag trotzdem in voller Höhe gezahlt.

Wird die Versorgung eines Versicherten im Kalendermonat unterbrochen (z.B. Krankenhausaufenthalt), ist die Pauschale abrechnungsfähig. Bei Unterbrechung der Versorgung für einen gesamten Kalendermonat, ist die Versorgungspauschale für diesen Monat nicht abrechnungsfähig.

- (7) Folgende Produktgruppen sind in der Versorgungspauschale inkludiert:

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung
15.25.01	Saugende Inkontinenzvorlagen
15.25.02	Netzhosen für Inkontinenzvorlagen
15.25.03	Saugende Inkontinenzhosen
19.40.05	Bettschutzeinlagen (Krankenunterlagen) - nur erforderlich im direkten Zusammenhang mit einer Krankheit

- (8) Mit der Versorgungspauschale sind alle verwendeten Hilfsmittel abgegolten.

**§ 6
Preise**

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 19 50 216

Hilfsmittelpo- sitionsnummer	Bezeichnung der Leistung	Hilfsmittel- kennzei- chen	Monatspau- schale (brutto)
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Erstvergütungspau- schale)	08	29,99 €
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Folgevergütungspau- schale)	09	29,99 €
15.00.99.0003	Evaluationspauschale pro Mo- nat gemäß Protokollnotiz	08	0,11 €

**§ 7
Dauer der Vereinbarung**

- (1) Diese Anlage tritt am 01.08.2015 in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zu 31.12.2016 schriftlich durch einen der beiden Vertragspartner gekündigt werden.
- (2) Unabhängig von der in Abs. 1 geregelten Kündigung kann die einzelne Ersatzkasse gegenüber den Leistungserbringern oder der Leistungserbringer gegen- über einer Ersatzkasse diese Anlage jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2016 kündigen. Die Geltung der Anlage für die die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.

Berlin, den

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

XXX

Referenzvertrag 17 gem. § 127 Abs. 2 SGB V

Anhang 1

Nachweis der Notwendigkeit zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Versichertennummer

Datum

weiterhin inkontinent

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen
Pflegefachkraft

Protokollnotiz zur Vereinbarung

zwischen

XXX

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

(im Folgenden vdek genannt)

Präambel

Zur Beurteilung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird die Erhebung eines jährlichen Evaluationsberichtes je Leistungserbringer vereinbart.

§ 1 Evaluation

- (1) Eine formative Evaluation wird begleitend während der gesamten Laufzeit der Protokollnotiz von Seiten des Leistungserbringers erhoben.
- (2) Die prozessbegleitende Evaluation dient der Überprüfung der Versorgungsqualität und -quantität.
- (3) Der Evaluationsbericht (Anhang 1) ist jeweils spätestens bis zum 31. Januar eines Folgejahres bei der vdek-Landesvertretung einzureichen.

§ 2 Evaluationspauschale

Die Vergütung erfolgt analog der in Anlage 1 § 6 geregelten Evaluationspauschale.

§ 3 Dauer der Vereinbarung

- (1) Diese Protokollnotiz tritt am 01.08.2015 in Kraft und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Sie endet automatisch zum 31.12.2018.
- (2) Unabhängig von der in Abs. 1 geregelten Laufzeit kann eine Verlängerung der Laufzeit der Protokollnotiz auch einvernehmlich durch den vdek und den Leistungserbringern vereinbart werden.

Berlin, den

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

XXX

Referenzvertrag 17 gem. § 127 Abs. 2 SGB V

Evaluationsbericht

1. Anzahl der Ersatzkassenversicherten zum 31. Dezember

2. Wie häufig wird die Pflegeeinrichtung in der Regel beliefert?

Bitte nur eine Antwort auswählen!

- Täglich
- Wöchentlich
- Monatlich
- Quartalsweise

3. Hauptsächlichste Art der Lagerung der Inkontinenzprodukte in der Pflegeeinrichtung

Bitte nur eine Antwort auswählen!

- Auf dem Zimmer der/ des Versicherten
- Lagerung auf der Etage
- Zentrales Lager

4. Durchschnittliche Anzahl der monatlichen Versorgungen pro Versicherten

5. Weitere Bemerkungen (optional)
