

# **Rahmenvereinbarung über die pauschale Abgeltung der Kosten für Inkontinenzhilfen für in Heimen untergebrachte Versicherte**

**zwischen**

der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V., Saarbrücken  
- für die beigetretenen Trägerverbände

**einerseits**

**und**

der AOK-Die Gesundheitskasse im Saarland, Saarbrücken  
der Knappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken  
die IKK Südwest-Direkt, Saarbrücken

**andererseits**

wird folgender Rahmenvertrag vereinbart:

## **§ 1**

### **Gegenstand der Vereinbarung**

- (1) Die Vereinbarung regelt die Abgeltung der Kosten der Versorgung inkontinenter Heimbewohner mit Inkontinenzhilfen.
- (2) Zur Vermeidung von Zuständigkeitskonflikten und zur Vereinfachung von Verwaltungsabläufen bei den Heimen, den Krankenkassen und den Trägern der Sozialhilfe werden die Kosten für Inkontinenzhilfen pauschal je krankenversicherten inkontinenten Heimbewohner abgegolten.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für Versicherte der im Rubrum aufgeführten Krankenkassen, die in einem Altenpflegeheim, Altenheim oder einer entsprechenden Einrichtung wohnen. Weitere Krankenkassen können dieser Vereinbarung durch eine schriftliche Erklärung gegenüber der SPG beitreten. Die Erklärung wird mit Beginn des Folgemonats des Eingangs bei der SPG wirksam.
- (2) Für die Kosten der Versorgung mit Inkontinenzhilfen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist der Unfallversicherungsträger leistungspflichtig.
- (3) Diese Vereinbarung gilt für alle Einrichtungen, die beigetreten sind. Der Beitritt erfolgt mittels eines einheitlichen Vordrucks ( Anlage 1 ). Die Dauer des Beitritts ist an die Laufzeit der Rahmenvereinbarung gebunden. Die Beitrittserklärung kann frühestens nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende widerrufen werden.

## **§ 3 Inkontinenzhilfen**

Als Inkontinenzhilfen im Sinne dieser Vereinbarung gelten folgende Artikel auf der Grundlage des Hilfsmittelverzeichnisses des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung:

- PG 15.25.01 => Saugende Inkontinenzvorlagen
- PG 15.25.02 => Netzhosen für Inkontinenzvorlagen
- PG 15.25.03 => Saugende Inkontinenzhosen
- PG 19.40.05 => Kranken- und Vliesunterlagen.

## **§ 4 Wirtschaftlichkeitsgebot**

- (1) Es gilt der Grundsatz des Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen. Art und Umfang der Versorgung richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf.
- (2) Die Einrichtungen beschaffen die in § 3 bezeichneten Hilfen und halten sie in wirtschaftlichen Mengen unter Berücksichtigung der Haltbarkeit vorrätig.
- (3) Die Einrichtungen verpflichten sich für die in § 2 Abs. 1 genannten Versicherten, keine Einzelverordnungen von Ärzten bezüglich der unter die Vereinbarung fallenden Artikel anderweitig einzulösen.

**§ 5**  
**Abrechnungsverfahren**

- (1) Die im Rubrum genannten Krankenkassen, sowie die nach § 2 Abs. 1 beigetretenen Krankenkassen zahlen für jeden inkontinenten Versicherten zur Abgeltung der Kosten für die in § 3 bezeichneten Hilfen nachfolgend aufgeführten Betrag.

Maßgebend ist die Zahl der am Monatsersten in der Einrichtung wohnenden inkontinenten Heimbewohner.

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung der Leistung	Hilfsmittelkennzeichen	Monatspauschale
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Erstversorgung)	08	33,95 €
15.99.99.2001	Versorgungspauschale pro Monat (Folgeversorgung)	09	33,95 €
15.00.99.2001*	Versorgungspauschale pro Monat	09	33,95 €

\* Die Hilfsmittelpositionennummer 15.00.99.2001 findet nur bei der Abrechnung mit der AOK Anwendung.

- (2) Bei einem Wechsel der Kassenzuständigkeit ist der Pauschalbetrag nach Absatz 1 nur einmal zu zahlen. Zuständig für die Zahlung des Pauschalbetrages ist die Krankenkasse, welcher der Heimbewohner am Monatsersten als Mitglied angehörte.
- (3) Die Abrechnung erfolgt monatlich; vierteljährliche Abrechnungen sind möglich.  
Die Abrechnung erfolgt mit beiliegendem Vordruck (Anlage 2).  
Grundsätzlich sind Sammelrechnungen zu erstellen, die mindestens Name und Vorname und KV-Nummer sowie den Abrechnungsmonat beinhalten müssen.
- (4) Voraussetzung für die Abrechnung des Pauschalbetrages gemäß Absatz 1 ist, dass der Krankenkasse eine vertragsärztliche Verordnung (Muster 16 siehe Anlage 3) vorgelegt wird, aus der sich das Vorliegen der Inkontinenz ergibt. Die Verordnung kann für 12 Monate ausgestellt werden. Die Krankenkasse kann verlangen, dass diese Voraussetzungen im Abstand von 12 Monaten durch eine weitere vertragsärztliche Verordnung nachgewiesen werden.

- (5) 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 eine weitere Kostenübernahme ausscheidet, hat die Krankenkasse ihre Entscheidung über das Ende der Leistungspflicht unverzüglich der Einrichtung schriftlich mitzuteilen.
- (6) Die im Rubrum aufgeführten Krankenkassen überweisen den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Rechnung.
- (7) Bei der Umsetzung des Datenträger austausches sind die Abrechnungsrichtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung für die Abrechnung anzuwenden (**siehe Protokollnotiz**).

## **§ 6 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 zur Versorgungspauschale beträgt gem. § 61 SGB V 10 vom Hundert, maximal 10 € pro Versorgungsmonat. Die Zuzahlung darf jedoch die Höhe der Versorgungspauschale nicht übersteigen. Die Zuzahlung entfällt, sofern der Versicherte von der Zuzahlung befreit ist.
- (2) Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den 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.
- (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 der Vereinbarung überschreiten.

## **§ 7 Beilegung von Meinungsverschiedenheiten**

Bei Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Durchführung dieser Vereinbarung ergeben, ist von den Beteiligten eine gütliche Einigung anzustreben.


**§ 8**  
**Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so bleibt die Vereinbarung im übrigen dennoch gültig. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

**§ 9**  
**Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01. Januar 2009 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung läuft unbefristet und kann von den Vereinbarungspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2009.

Saarbrücken, den 12.11.2008



\_\_\_\_\_  
AOK-Die Gesundheitskasse  
im Saarland, Saarbrücken

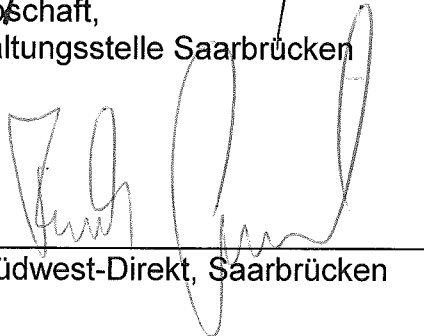


\_\_\_\_\_  
Saarländische Pflegegesellschaft,  
Saarbrücken

Die Geschäftsleitung  
i.d.A.



\_\_\_\_\_  
Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Saarbrücken



\_\_\_\_\_  
IKK Südwest-Direkt, Saarbrücken

**Protokollnotiz zur Rahmenvereinbarung vom 12.11.2008  
Inkontinenzpauschale**

**Zu § 5 Abs. 7**

Die entsprechende Umsetzung des Datenträgeraustausches (DTA) für diese Vereinbarung gemäß § 302 Abs. 2 SGB V regelt die jeweilige Einrichtung im Verhältnis zu der betroffenen Krankenkasse.

Die Krankenkassen informieren die Einrichtungen rechtzeitig ( mindestens 3 Monate im Voraus ) über die praktische Umsetzung des Datenträgeraustausches nach § 302 Abs. 2 SGB V.

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Als Träger der nachfolgend genannten Einrichtung(en) der stationären Altenhilfe verpflichten wir uns, zu den Bedingungen der Rahmenvereinbarung über die pauschale Abgeltung der Kosten für Inkontinenzhilfen für in Heimen untergebrachte Versicherte vom 12.11.2008 einschließlich dessen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung, Inkontinenzhilfen abzurechnen.

IK, Name und Anschrift der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Trägers

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift & Stempel der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum

**Pauschale Abgeltung der Kosten von Inkontinenzhilfen für inkontinente  
Heimbewohner**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung vom ..... übersenden wir Ihnen hiermit  
die Kostenabrechnung

- für den Monat ..... / 20
- für das Quartal ..... / 20

Wir bestätigen ausdrücklich, dass die aufgeführten Heimbewohner tatsächlich am  
Monatsersten in der Einrichtung wohnen, diese Heimbewohner inkontinent und auf  
Inkontinenzhilfen angewiesen sind und unter Berücksichtigung des Grundsatzes der  
Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dementsprechend mit notwendigen  
Inkontinenzhilfen versorgt wurden.

Den Gesamtbetrag in Höhe von ..... € überweisen Sie bitte unter Angabe  
des Aktenzeichens ..... wie folgt:

Institutionskennzeichen:  
Bankverbindung:  
Bankleitzahl:  
Kontonummer:

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_



# Anlage 3 – Verordnungsvordruck Muster 16

<input type="checkbox"/> Beschränkt <input type="checkbox"/> Geb.-Pfl. <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div> <hr/> Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status <hr/> Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hilfs- mittel</td> <td style="text-align: center;">Impf- stoff</td> <td style="text-align: center;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="text-align: center;">Begr.- Pflicht</td> <td style="text-align: center;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td style="text-align: center;">Faktor      Taxe</td> </tr> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td> </td> </tr> </table>	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9		Zuzahlung	Gesamt-Brutto	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor      Taxe	1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung	
Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																		
6	7	8	9																			
Zuzahlung	Gesamt-Brutto																					
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor      Taxe																					
1. Verordnung																						
2. Verordnung																						
3. Verordnung																						

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel

<input type="checkbox"/> aut idem	<input type="checkbox"/> aut idem	<input type="checkbox"/> aut idem	
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

<b>6664</b> Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Abgabedatum in der Apotheke									Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------