

SAV Aktuelle Fax-Info

Saarländischer Apothekerverein e.V.

66119 Saarbrücken / Zähringerstraße 5 / Tel. 0681/58406-0 / Fax 0681/58406-20

E-Mail: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de – Internet: www.apothekerverein-saar.de

Nr. 16/2016

26.04.2016

1. Knappschaft/Landwirtschaftliche Krankenkassen (SVLFG): Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ab 01.06.2016 – Beitrittsfrist 13.05.2016/Sonderkündigungsrecht 13.05.2016

Wie bereits mitgeteilt hat die Knappschaft die Vereinbarung über die Pauschalversorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen gekündigt und eine Absenkung der Versorgungspauschale auf 15,00 € netto gefordert. Gleichzeitig haben die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (SVLFG) eine Anpassung ihrer Versorgungspauschale auf zumindest 21,00 € netto verlangt.

Obwohl wir der Knappschaft verdeutlicht haben, dass eine qualitativ und quantitativ angemessene Versorgung ihrer Versicherten zu diesen Konditionen im Regelfall wirtschaftlich nicht darstellbar ist, war die Knappschaft nicht bereit, von dieser deutlichen Absenkung abzusehen. Aufgrund bisheriger Rückmeldungen aus den Apotheken zu anderen vergleichbaren Verträgen haben wir uns entschieden, den Vertrag gleichwohl als Beitrittsvertrag abzuschließen. Wir haben das ausdrücklich nicht getan, weil wir die Vertragsteilnahme befürworten, sondern allein als Dienstleistungsangebot für die interessierten Kolleginnen und Kollegen, die bei einem Nichtabschluss auf sich allein gestellt wären. **Insbesondere im Hinblick auf die deutlich niedrigere Versorgungspauschale der Knappschaft bitten wir Sie, vor Ihrer etwaigen Beitrittserklärung zu diesem Vertrag sorgfältig zu prüfen, ob sich eine solche Versorgung für Ihre Apotheke trägt.** Berücksichtigen Sie bei dieser Prüfung auch, wie hoch der Anteil derjenigen Kunden ist, die bereit sind, für eine qualitativ und/oder quantitativ höherwertige Versorgung **eine wirtschaftliche Aufzahlung** zu leisten.

Hinweis:

- a) Die dem „alten“ Vertrag beigetretenen Kollegen/innen bleiben ohne Beitritt lieferberechtigt. Die durch den neuen Vertrag modifizierten Lieferbedingungen gelten ab dem **01.06.2016**.
- b) Kollegen/innen, die dem „alten“ Vertrag beigetreten sind, zu den neuen Vertragskonditionen aber nicht mehr liefern wollen, haben ein außerordentliches Kündigungsrecht. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis spätestens **13.05.2016** formlos per Mail mit, dass Sie an dem neuen Vertrag nicht mehr teilnehmen wollen.
- c) Kollegen/innen, die bis dato auf Basis eines Einzelvertrages Knappschaft-/SVLFG- Versicherte beliefert haben, werden in Absprache mit der Knappschaft gebeten, keine Einzelverträge mit der Knappschaft/SVLFG abzuschließen, sondern dem nunmehr geschlossenen Vertrag beizutreten.

Die weiteren wesentlichen Vertragsinhalte fassen wir für Sie zusammen:

- **Vertragsbeginn:** Die neue Vereinbarung tritt zum **01.06.2016** in Kraft, so dass ab dem 01.06.2016 nur noch Monatspauschalen auf Basis der neuen Vereinbarung abgerechnet werden können. Dies gilt auch dann, wenn in der Vergangenheit eine höhere Monatspauschale genehmigt wurde.
- **Vertragsgegenstand/Preise:** Die **monatliche Vergütungspauschale** beträgt
 - für die Versicherten der **Knappschaft 15,00 € netto (17,85 € brutto)** und
 - für die Versicherten der **SVLFG 21,00 € netto (24,99 € brutto)**.

Der erste Versorgungsmonat wird voll vergütet, es sei denn, dieser Monat wurde im Falle eines Leistungserbringerwechsels bereits vom vorherigen Leistungserbringer abgerechnet.

CAVE: Der GKV-Spitzenverband hat kürzlich mit einer **Fortschreibung der Produktgruppe 15 die Qualitätsanforderungen an aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis deutlich angehoben** und für die betroffenen Produktgruppen einen neuen Bereich geschaffen. Die Hersteller von Inkontinenzprodukten haben nun ein Jahr Zeit, die Qualität ihrer Produkte gegebenenfalls anzupassen und ihre Produkte den neuen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses zuordnen zu lassen. Leider ist es derzeit für uns nicht absehbar, ob durch diese Änderungen qualitativ einfachere – meist günstigere – Produkte künftig aus der Versorgung ausscheiden oder sich die Einkaufskonditionen der Produkte mit den neuen Qualitätsanforderungen zu Ihren Lasten verändern. Da der Vertrag mit der Knappschaft/SVLFG vorsieht, dass auch die Produkte der neuen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses Bestandteil des Vertrages sind, prüfen Sie bitte bei entsprechenden Marktveränderungen die Wirtschaftlichkeit Ihres Beitritts erneut.

- **Vertragsbeitritt/Präqualifizierung/Kontrahierungszwang:** Liefervoraussetzung ist ein **Vertragsbeitritt der Apotheke** sowie eine **Präqualifizierung** für die **Produktgruppe 15A**. Für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen besteht **nach erfolgtem Beitritt ein Kontrahierungszwang**.

Sofern Sie ab dem 01.06.2016 an der Versorgung zu diesen Konditionen teilnehmen möchten, senden Sie uns bitte die als Anlage beigefügte Beitrittserklärung bis spätestens zum 13.05.2016 ausgefüllt zurück. Fügen sie bitte Ihre PQ-Bestätigung dem Beitritt bei!

- **Genehmigung:** Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ist weiterhin genehmigungspflichtig. Eine Genehmigung kann unbefristet erteilt werden. Vor dem In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung ausgesprochene Genehmigungen behalten bis zum Ablauf des Genehmigungszeitraumes ihre Gültigkeit.

Neu ist, dass bei unbefristeten Genehmigungen eine neue Originalverordnung nur alle 36 Monate (statt bislang alle 12 Monate) **bei der Abrechnung beizufügen ist**. Auszugehen ist insoweit vom Beginn des Genehmigungszeitraumes, frühestens jedoch 5 Monate vor Ablauf der 36-Monatsfrist.

- **Auswahl der Hilfsmittel/Aufzahlung:** Die Auswahl der konkreten Produkte obliegt der Apotheke. Unter **Berücksichtigung des medizinisch notwendigen Bedarfs** ist dem Versicherten **eine aufzahlungsfreie Versorgung mit mindestens zwei unterschiedlichen Produkten anzubieten**. Sofern der **Versicherte eine qualitativ und/oder quantitativ höherwertige Versorgung wünscht, ist er verpflichtet, eine Aufzahlung zu leisten**. Bitte scheuen Sie insbesondere unter Berücksichtigung der niedrigen Monatspauschale dieses Vertrages nicht davor, von diesem Recht Gebrauch zu machen! **Der Versicherte muss in diesem Fall schriftlich erklären**, dass er ein aufzahlungspflichtiges Hilfsmittel wünscht: *„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.“* Diese Bestätigung ist der Krankenkasse auf Anforderung vorzulegen.

- **Angaben auf dem Rezept:** Der mit dem Kostenvoranschlag einzureichenden vertragsärztlichen Verordnung müssen insbesondere zu entnehmen sein:

- Diagnose (mit Angabe der Inkontinenzart (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz))
- benötigte Produkte
- Gültigkeitszeitraum der Verordnung (ggfs. Dauerverordnung – sofern der verordnende Arzt keinen Gültigkeitszeitraum angibt, kann auf dem Kostenvorschlag eine Empfehlung durch den Apotheker angegeben werden).

Im Rahmen der Angabe der benötigten Produkte ist ausreichend, wenn auf der Verordnung neben der Inkontinenzart als verordnete Produkte z.B. Inkontinenzhosen vermerkt sind. Inkontinenzhosen sollten natürlich der absolute Ausnahmefall sein. Gemäß § 4 Abs. 8 des Vertrages sind nämlich grundsätzlich anatomisch geformte Vorlagen abzugeben. Nur diese sollte der Arzt verordnen! Ist dies nicht der Fall, halten Sie unbedingt Rücksprache mit dem Arzt.

- **Neues Abrechnungsverfahren:** Die Abrechnung der Verordnungen erfolgt nicht mehr im 3-Monatsrhythmus. Wir konnten für Sie erreichen, dass zumindest die Abrechnung nun wieder **monatlich** nach den allgemeinen Regelungen des § 302 SGB V erfolgt. Das bedeutet für Sie insbesondere, dass die **10-stellige Abrechnungspositionsnummer** und die **Diagnose** anzugeben sind und der **Empfang des Hilfsmittels** bestätigt wird. Die Abrechnung erfolgt im ersten Monat mit dem Original und anschließend mit Kopien der Verordnung.

Den Vertragstext sowie die Beitrittserklärung finden Sie unter www.apothekerverein-saar.de im Bereich „Für Mitglieder“ (Benutzername: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de; Kennwort: mitglied) → Arbeitshandbuch → Kapitel 1 → Knappschaft/SVLFG - PG 15 - aufsaugende Inkontinenzhilfen

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Claudia Berger
Vorsitzende

Carsten Wohlfeil
Geschäftsführer

Anlage 1 – Beitrittserklärung gemäß § 3

zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

über die Versorgung der Versicherten der Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken, St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken, sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) , als landwirtschaftliche Krankenkasse, Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel, mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln der Produktgruppe 15

zwischen

Apotheke: _____

Inhaber/in: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

IK: _____

und

Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken,
St. Johanner Str. 46-48,
66111 Saarbrücken,

sowie

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse,
Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel,

Erklärung des Leistungserbringers:

Hiermit erkenne ich den Vertrag zwischen der Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken, St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), als landwirtschaftliche Krankenkasse, Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel und dem Saarländischen Apothekerverein e.V., Zähringerstr. 5, 66119 Saarbrücken, über die Ver-

sorgung der Versicherten der Knappschaft mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln der Produktgruppe 15 in seiner Gesamtheit an und erkläre, dass die einzelnen Vorschriften und Anforderungen beachtet und erfüllt werden. Sofern sich Veränderungen ergeben, wird dies entsprechend den Regelungen bekannt gegeben. Diese Erklärung gilt für die o.g. Apotheke sowie für folgende Filiale(n) meines Unternehmens:

Apotheke: _____

Filialleiter/in: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

IK: _____

Apotheke: _____

Filialleiter/in: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

IK: _____

Apotheke: _____

Filialleiter/in: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

IK: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers