

# 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](mailto:geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de) – Internet: [www.apothekerverein-saar.de](http://www.apothekerverein-saar.de)

Nr. 16/2017

04.05.2017

### **BKK'en: Neuer Hilfsmittelliefervertrag zum 01.07.2017**

- **kein Beitrittsvertrag: Der Vertrag gilt für alle Mitglieder des SAV per se**
- **Ausnahme: Produktgruppe 29 (Stomaartikel) – Beitritt erforderlich!**

Zum 01.07.2017 tritt der neue Hilfsmittelliefervertrag zwischen dem Saarländischen Apothekerverein e.V. und dem BKK Landesverband Mitte in Kraft. Den Vertragstext selber finden Sie unter [www.apothekerverein-saar.de](http://www.apothekerverein-saar.de) im Bereich „Für Mitglieder“ (Benutzername: [geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de](mailto:geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de); Kennwort: mitglied) → Arbeitshandbuch → Kapitel 1 → BKK → Hilfsmittelliefervertrag.

**Teilnahme Apotheken:** Der Vertrag gilt per se für alle Apotheken, die Mitglied im Saarländischen Apothekerverein e.V. sind. Ein gesonderter Beitritt ist nicht erforderlich. Eine Ausnahme bildet allein die Produktgruppe 29 (Stomaartikel). Hier ist ein gesonderter Beitritt der Apotheken erforderlich, die Versicherte der BKK'en mit Produkten der Produktgruppe 29 (Stomaartikel) versorgen möchten. Einen gesonderten Beitritt zur PG 29 finden Sie sowohl in **Anlage** zu diesem Faxmailing als auch auf der Homepage (siehe oben).

**Teilnahme BKK'en:** Die Liste der an dem Vertrag teilnehmenden BKK'en finden Sie auf unserer Homepage (siehe oben). Die Liste selber ist auch softwaretechnisch hinterlegt. Dies auch im Online-Vertragsportal (OVP). Eine Besonderheit ergibt sich daraus, dass die einzelnen BKK'en nunmehr die Möglichkeit haben, der Versorgung einzelner im Vertrag geregelter Produktgruppen zu widersprechen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte vorgenannter Liste. Davon haben einige wenige BKK'en Gebrauch gemacht. Die an dem ab dem 01.07.2017 geltenden Vertrag teilnehmenden BKK'en entsprechen den auch an dem bisherigen Vertrag teilnehmenden BKK'en mit folgenden Ausnahmen:

- Neu: BKK Aesculap, BKK Deutsche Bank AG, BKK EVM, BKK Heimatkrankenkasse (ehemals Dr. Oetker), BKK KBA, BKK Linde, BKK MEM, BKK Metzinger, BKK Salus.
- Sowohl die **BKK Bosch** als auch die **Siemens BKK** haben sich noch nicht geäußert. Ob insoweit eine Lieferberechtigung besteht werden wir kurzfristig mitteilen.

### **Inhaltlich ist Folgendes zu beachten:**

§ 2 Abs. 4 (**Geltungsbereich**): Der Vertrag gilt für alle öffentlichen Apotheken und deren Filialapotheken, soweit die Hauptapotheke im Saarland liegt.

§ 3 Abs. 1 (**Präqualifizierung**): Ausschließlich Apotheken, die über eine Präqualifizierung für die jeweiligen Produktgruppen verfügen, sind lieferberechtigt.

§ 4 Abs. 3 (**ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung**): Das Hilfsmittel muss immer mit einer Diagnose verordnet werden.

§ 4 Abs. 7 (**Privatrezepte**): Ausnahmsweise möglich, wenn das Privatrezept im ärztlichen Notfall- oder Sonntagsdienst ausgestellt und entsprechend gekennzeichnet ist und am Tag der Verordnung oder am darauffolgenden Tag in der Apotheke abgegeben wird.

§ 4 Abs. 8 (**Lieferfrist**): 28 Tage

§ 4 Abs. 10/11 (**Auswahl der Hilfsmittel**): Kommt der Arzt seiner Verpflichtung zur Verordnung eines Hilfsmittels nach Produktart nicht nach, indem er das Hilfsmittel unter Verwendung des Markennamens, der

Pharmazentralnummer oder der 10-stelligen Hilfsmittelnummer verordnet, kann die Apotheke auch ein anderes Hilfsmittel aus der gleichen Produktart abgeben.

§ 5 Abs. 4 (**Übersorgung/Mehrkosten**): Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. In einem solchen Fall ist der Versicherte ausführlich und nachvollziehbar über die Auswirkung seiner Wahl zu informieren, insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Dies dokumentiert der Apotheker mittels der **Anlage 4**. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und bleibt beim Apotheker. Die Versicherteninformation und eine Kopie der vom Versicherten unterschriebenen Mehrkostenerklärung ist dem Versicherten auszuhändigen. Bei Bedarf ist die Mehrkostenerklärung der BKK von der Apotheke zur Verfügung zu stellen. Gemäß § 8 Abs. 8 ist im Falle einer privaten Aufzahlung des Versicherten die Höhe der Aufzahlung gesondert auszuweisen.

§ 5 Abs. 10 (**Weiterbildung**): Der Apotheker hat für sich und seine Mitarbeiter die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle zwei Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel, die von ihm abgegeben werden, sicherzustellen.

§ 6 Abs. 1 (**Kostenvoranschlag**): Die BKK verzichtet grundsätzlich auf die Genehmigung für Hilfsmittel, deren Rezeptwert 125,-- € netto nicht übersteigen.

§ 6 Abs. 2 (**Genehmigung**): Für die Abgabe der folgenden unter die Anlagen 2.1 bis 2.19 fallenden Hilfsmittel bedarf es immer einer Genehmigung durch die BKK`en:

- Hilfsmittel, die in den Anlagen mit „KV“ (Kostenvoranschlag) gekennzeichnet sind
- Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind
- Hilfsmittel, bei denen der Arzt ein konkretes Produkt (Produktname oder 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet und entsprechend ärztlich begründet hat, sofern der Einkaufspreis dieses Produktes höher als der in Anlage 2 festgelegte Vertragspreis für die Produktart ist (siehe auch § 4 Abs. 11 zur Preisgestaltung).

§ 6 Abs. 3 (**Genehmigungsverfahren**): Siehe dortige Regelung

§ 7 Abs. 2 (**Empfangsbestätigung**): Der Empfang der Lieferung ist durch den BKK-Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung zu bestätigen.

§ 8 Abs. 2, Abs. 5 (**Abrechnungsverfahren**): Die Abrechnung hat unter anderem folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten gemäß § 302 SGB V
- Verordnung, Maßblatt und Strickblatt bei Maßanfertigung PG 17 jeweils im Original
- sofern erforderlich Genehmigung der BKK, im Original (bzw. Genehmigungsnummer bei elektronischem Kostenvoranschlag)

§ 8 Abs. 7 (**Abrechnungsdaten**): In den Abrechnungsdaten sind gemäß § 302 Abs. 1 SGB V die vollständigen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern anzugeben. Ebenso ist das Hilfsmittelkennzeichen anzugeben.

§ 8 Abs. 15 (**Rechnungsbeanstandungen**): Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die BKK hat der Apotheker die Möglichkeit, die Rechnung innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der schriftlichen Mitteilung erneut einzureichen. Gemäß Abs. 17 kann die BKK Beanstandungen bis maximal 12 Monate nach erfolgter Rechnungsbegleichung schriftlich geltend machen. Die Apotheke kann hiergegen innerhalb einer Frist von 3 Monaten Einspruch erheben.

Anlage 2: **Preisverzeichnis**

Anlage 2.17 (**Stomaversorgung**): Gesonderter Beitritt erforderlich (Pauschale: 210 € netto/monatlich. Auch nach Beitritt ist jede einzelne Versorgung im Vorfeld bei der jeweils betroffenen BKK zu genehmigen (siehe Vordruck in Anlage 2.17

Die Regelungen entsprechen wortgenau dem alten Vertrag. Folgende Besonderheiten weisen die Regelungen im Rahmen des vorliegenden Vertrages auf:

- § 2 Absatz 1 (Genehmigung): Auch nach beitrtritt muss jede vor Versorgung des jeweiligen Versicherten eine Genehmigung eingeholt werden. Der Genehmigungsantrag (s. „Vordruck: Genehmigungsantrag PG 29“) entspricht dem alten Vertrag.
- § 4 (Informationspflichten): Die Apotheke informiert den Versicherten darüber, dass die BKK die beantragte Versorgung mit allen notwendigen Stomaartikeln und Verbrauchsmaterialien durch die Apotheke genehmigt hat. Diese mündliche Information ist zu dokumentieren und der erstmaligen Abrechnung beizufügen (s. „Vordruck: Erklärung des versicherten PG 29“).
- § 8 (Härtefallregelung): Geht der Verbrauch des Patienten nachhaltig im Mittel über die im Vertrag niedergelegten Mengenangaben hinaus (s. „Mengenangaben zur Standardversorgung“), hat der Patient die daraus entstehenden Kosten selbst zu tragen. Sollten aufgrund medizinischer Gründe die Mengenangaben nachhaltig im Mittel nicht eingehalten werden können, ist in Einzelabsprache zwischen dem liefernden Apotheker und der jeweiligen BKK eine Regelung dahingehend zu treffen, dass die Abrechnung abweichend von § 5 nicht als Pauschale abgerechnet wird, sondern in Form der Einzelabrechnung, wobei der Festbetrag für die Produkte zugrunde gelegt wird. Dies bedeutet: Grundsätzlich muss bei einem Mehrverbrauch dies der Patient bezahlen. Wann ein Mehrverbrauch vorliegt ergibt sich aus dem Überschreiten der sich aus der Übersicht ergebenden durchschnittlichen monatlichen Mengenangaben (s.o.). Diese Kostentragung durch den Patienten besteht aber nicht, wenn die BKK auf Antrag des Versicherten ausdrücklich erklärt, dass der Mehrverbrauch medizinisch notwendig ist. Dieser Antrag sollte natürlich, soweit möglich, durch die Apotheke erfolgen. Werden entsprechende medizinische Gründe durch die BKK anerkannt, erfolgt die ganze Versorgung des Versicherten (d. h. nicht nur der Teil, der über die Höchstmengen hinaus geht) über den Festbetrag und nicht über die Pauschale, so dass der Apotheker gegenüber der Krankenkasse eine Einzelabrechnung auf Basis der Festbeträge vornehmen muss über alle (!) gelieferten Stomaartikel. Werden die medizinischen Gründe von der BKK nicht anerkannt, hat der Patient den Mehrverbrauch zu bezahlen.

Damit Ihr Beitritt zur Produktgruppe 29 (Stomaartikel) den jeweiligen Betriebskrankenkassen mitgeteilt werden kann, muss dieser bis spätestens

**Mittwoch, 24.Mai 2017**

mittels der in Anlage beiliegenden „Beitritts- und Anerkennniserklärung“ hier eingegangen sein.

Anlage 3: (**Kostenvoranschlag**) Vordruck

Anlage 4: (**Mehrkostenregelung**): Patientenerklärung/Versicherteninformation

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Claudia Berger  
Vorsitzende

Carsten Wohlfeil  
Geschäftsführer