

Verträge von Krankenkassen nach § 127 SGB V

Es werden nur Verträge und Inhalte benannt, worüber die KV Sachsen eine schriftliche Information erhalten hat.

(Die Krankenkassen haben nach dem Gesetzestext eine Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten sowie ein Informationsrecht gegenüber den Vertragsärzten erhalten.)

Sollten Fragen zur Versorgung (Bestellung, Lieferung ect.) bzw. Benennung des Vertragspartners in Ihrer Praxis auftreten, sind die Patienten für Auskünfte an die Krankenkassen zu verweisen.

| Produktgruppe 01 | | |
|--|--|--|
| Absauggeräte (Sekret,-) im Zusammenhang mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma PG 12 | | |
| Versorgung im häuslichen Bereich und in ambulanten Einrichtungen | | |
| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
| AOK PLUS | 1.März 2008 erste Änderung mit Gültigkeit ab: 1. Januar 2010 nach SGB V §127 Abs.2 (Verhandlungsverträge)* | - pauschale Vergütung auch für Kinder bis 12. Lebensjahr - Monatspauschale; enthält sämtliche im Zusammenhang mit der Versorgung stehende Aufwendungen (insbesondere Ausstattung mit Geräten, Lieferung der Verbrauchsartikel inkl. Kanülen) - keine Angabe von Einzelprodukten auf Verordnung - Indikationsarten: Tracheostoma unbeatmet; Tracheostoma beatmet Tracheostoma Wachkoma; Laryngektomie auf der Verordnung angeben - Angabe des Verordnungszeitraumes, dieser kann ein bis max. sechs Kalendermonate umfassen |
| Produktgruppe 09 | | |
| Elektrostimulationsgeräte | | |
| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
| AOK Bayern | 1. April 2009 nach Ausschreibungsverfahren | - für Fragen zur Geräteeinweisung bzw. zum Prozessablauf ist der jeweilige Vertragspartner zuständig ▪ ausschließliche Versorgung durch diverse Ausschreibungsgewinner |

| | | |
|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung (09.37.01)</i> - <i>Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation (09.37.02.0 09.37.02.1 09.37.02.3 09.37.02.4)</i> - <i>Niederfrequente EMG-gesteuerte Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation (09.37.02.2 09.37.02.5)</i> - <i>Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher (09.37.03.0)</i> - <i>Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher und Biofeedback (09.37.03.1)</i> - <i>Einkanal-Peronäusstimulator (09.37.04.0)</i> - <i>elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität (15.25.19.2)</i> |
| Produktgruppe 10 Gehhilfen | | |
| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
| AOK Sachsen-Anhalt | 1. Januar 2008 nach Ausschreibungsverfahren | <ul style="list-style-type: none"> -Lieferfrist 48 Stunden -nicht für Kinder bis Vollendung des 14. Lebensjahres -Versorgung über Ausschreibungsgewinner: <p>Vitalzentrum Strehlow Havelstr. 23 39126 Magdeburg Tel.-Nr.: 0180-5056606 Fax-Nr.: 0180 505 66 07</p> <p>Gehwagen 10.46.02 Mehrfußgehilfe 10.50.01.3 Achselstützen 10.50.03 Gehstützen 10.50.02.0 bis 10.50.02.2 Gehgestelle 10.46.01 Gehstöcke 10.50.01.1 bis 10.50.01.4</p> |

Produktgruppe 12

Hilfsmittel bei Tracheostoma im Zusammenhang mit Absauggeräte (Sekret,-) (PG 01)

Versorgung im häuslichen Bereich und in ambulanten Einrichtungen

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|--------------|--|--|
| AOK PLUS | 1.März 2008 erste Änderung mit Gültigkeit ab: 1. Januar 2010 nach SGB V §127 Abs.2 (Verhandlungsverträge)* | - pauschale Vergütung auch für Kinder bis 12. Lebensjahr -Monatspauschale; enthält sämtliche im Zusammenhang mit der Versorgung stehende Aufwendungen (insbesondere Ausstattung mit Geräten, Lieferung der Verbrauchsartikel inkl. Kanülen) -keine Angabe von Einzelprodukten auf Verordnung -Indikationsarten: Tracheostoma unbeatmet, Tracheostoma beatmet Tracheostoma Wachkoma Laryngektomie auf der Verordnung angeben -Angabe des Verordnungszeitraumes, dieser kann ein bis max. sechs Kalendermonate umfassen |

Produktgruppe 14

Systeme zur Schlafapnoebehandlung (Inhalations- und Atemtherapiegeräte)

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|--------------|---|--|
| AOK PLUS | 01.04.2008 für Neuversorgung nach Ausschreibungsverfahren Verlängerung des Vertrages um weitere 12 Monate bis 31. März 2011 | Neuversorgung ab 01.04.2008 für Versicherte mit Wohnsitz Sachsen Ausschreibungsgewinner erhält Versorgungspauschale Verordnung nach Vorgaben des Hilfsmittel-Verzeichnisses Verordnung der Produktart oder 7-stellige Positionsnummer: nCPAP-Geräte mit einem Druckniveau 14.24.20.0 (ggf. inkl. Befeuchter) 14.24.20.1 nCPAP-Geräte mit zwei Druckniveaus 14.24.22.0 (ggf. inkl. Befeuchter) 14.24.22.1 nCPAP-Geräte autom. anpassendes Druckniveaus 14.24.21.0 (ggf. inkl. Befeuchter) 14.24.21.1 |

Produktgruppe 15

Inkontinenzhilfen (saugende Inkontinenzhilfen)

Versorgung im häuslichen Bereich

Verordnung der Produktart oder Positionsnummer:

aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.01

Netzhosen für Inkontinenzvorlagen 15.25.02

aufsaugende Inkontinenzhosen 15.25.03

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|--------------------|---|--|
| AOK PLUS | 1. Januar 2009 nach Ausschreibungsverfahren | entsprechend der Vorgaben des HIMI-Verzeichnisses sind notwendig: -Angabe der Diagnose mit Schweregrad, -Art des erforderlichen HIMI -Angabe des Verordnungszeitraumes nach 12 Monaten ununterbrochener Inkontinenzversorgung ist keine Verordnung mehr notwendig Anmerkungen <ul style="list-style-type: none">ausschließliche Versorgung durch die diversen Ausschreibungsgewinner (unterschiedliche Lose je nach PLZ)Bezahlung einer Versorgungspauschale, die Inkontinenzhilfen und Serviceleistungen enthält |
| Barmer Ersatzkasse | 1. Juli 2008 nach Ausschreibungsverfahren | -längerfristige Verordnungen mehrere Monate bis zu einem Jahr bei medizinischer Notwendigkeit möglich Anmerkungen <ul style="list-style-type: none">ausschließliche Versorgung durch einen einzigen Leistungserbringer nach Ausschreibungsverfahren: Mommsen GmbH Maltestraße 139 12277 Berlin Tel. 030/755110 Fax. 030/75511100 Rezepte in einer BEK-Geschäftsstelle oder beim Anbieter direkt einreichen |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>Lieferfrist: 48 h</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutbedarf (schneller als 48 h, z. B. KH-Entlassung am Freitag): Kauf der kleinsten Packung auf Privatrechnung in Apotheke oder Sanitätshaus → Einreichung der Rechnung bei BEK ▪ Akzeptanz von KH-VO im Einzelfall 2-3 Tage vor Entlassung und Übermittlung an BEK zur weiteren Veranlassung |
| <i>BKK'en des Landesverbandes Niedersachsen/ Bremen</i> | <i>1. Januar 2009 nach Ausschreibungsverfahren</i> | <p><i>-längerfristige Verordnungen mehrere Monate bis zu einem Jahr bei medizinischer Notwendigkeit möglich</i></p> <p><i>-getrennte Verordnungen von absaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfen</i></p> <p><i>Anmerkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>ausschließliche Versorgung durch diverse Ausschreibungsgewinner (18 Leistungserbringer bundesweit)</i> ▪ <i>Patient muss bei seiner BKK den Leistungserbringer und das Procedere der Bestellung und Lieferung erfragen.</i> ▪ <i>Lieferfrist 48 h, Sonn- und Feiertage führen nicht zu einer Fristverlängerung</i> |
| Kaufmännische Krankenkasse | 1. April 2008 | Verordnung nach Vorgaben des Hilfsmittel-Verzeichnisses (3-6 Monate) |
| ebenfalls gültig für saugende Bettschutzeinlagen PG 19.40.05.0 | nach Ausschreibungsverfahren | <p><i>Anmerkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein Leistungserbringer nach Ausschreibungsverfahren: MommSEN GmbH Maltestraße 139 12277 Berlin Tel. 030/755110 Fax. 030/75511100 ▪ Patient muss Rezepte in einer KKH-Geschäftsstelle oder beim Anbieter direkt einreichen |
| Techniker Krankenkasse | 1. Februar 2009 nach SGB V §127 Abs.2 (Verhandlungsverträge)* | <p>Verordnung nach Vorgaben des Hilfsmittel-Verzeichnisses</p> <p>- bei medizinischer Notwendigkeit Dauerverordnung bis 12 Monate möglich</p> <p><i>Anmerkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lieferung über Apotheken bis 31.12.2009 möglich auf der Basis des niedrigsten Vertragspreises (22,- € zzgl. MwSt. je Monat) |

Inkontinenzhilfen PG 15 (saugende Inkontinenzhilfen)

Versorgung in

- Alten- u. Pflegeheimen,
- Liga der Freien Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deut. Caritasverband, DRK, Diakonisches Werk, Der Paritätische, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland)
- Einrichtungen der Behindertenhilfe

Verordnung der Produktart oder Positionsnummer:

aufsaugende Inkontinenzvorlagen 15.25.01
 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen 15.25.02
 aufsaugende Inkontinenzhosen 15.25.03

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|--------------|--|--|
| AOK PLUS | 1. Juli 2008 nach SGB V §127 Abs.2 (Verhandlungsverträge)* | entsprechend der Vorgaben des HIMI-Verzeichnisses sind notwendig: -Angabe der Diagnose mit Schweregrad, -Art des erforderlichen HIMI -Angabe des Verordnungszeitraumes, - Dauerverordnung für 12 Monate möglich nach 12 Mon. ununterbrochener Inkontinenzversorgung ist keine Verordnung mehr notwendig Anmerkungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahlung von Pauschalen vereinbart. ▪ Produkt-, tages- und verbrauchsbezogene Versorgung liegt in der Verantwortung der Einrichtung. |

Produktgruppe 19

Krankenpflegeartikel

Positionsnummer
19.40.05.0 saugende Bettschutzeinlagen

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|----------------------------|---|--|
| Kaufmännische Krankenkasse | 1. Februar 2009 nach Ausschreibungsverfahren | Verordnung nach Vorgaben des Hilfsmittel-Verzeichnisses Anmerkungen <ul style="list-style-type: none">ein Leistungserbringer nach Ausschreibungsverfahren: Mommsen GmbH Maltestraße 139 12277 Berlin Tel. 030/755110 Fax. 030/75511100Patient muss Rezepte in einer KKH-Geschäftsstelle oder beim Anbieter direkt einreichen |

Stomaartikel PG 29

Versorgung im häuslichen Bereich und in ambulanten Einrichtungen

| Krankenkasse | Verträge gültig ab: | ergänzende Angaben |
|--------------|---|---|
| AOK PLUS | 1. September 2008 nach SGB V §127 Abs.2 (Verhandlungsverträge)* | -Monatspauschale enthält: Verbandmaterialien/Pflegemittel/Zubehörartikel (z.B. Paste) und Serviceleistungen (Beratung, Schulung, Erprobung) -bei Urostomaversorgung beinhaltet die Pauschale ableitende Inkontinenzhilfen -keine Angabe von Einzelprodukten auf Verordnung -Angabe der Stomaart Colostomie, Ileostomie, Urostomie ausreichend -Angabe Verordnungszeitraum -Erstversorgung 2 Kalendermonate -Folgeversorgung bis max. 6 Kalendermonate Anmerkungen <ul style="list-style-type: none">Persönliche Beratung erfolgt durch examinierte Fachkräfte (Falls ein Patient jedoch |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>mit dem Service oder Anbieter sehr unzufrieden ist, besteht bei der Stomaversorgung individuell immer die Möglichkeit eines Wechsels. Dies müsste dann bei der Krankenkasse hinterfragt werden.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängig von der Möglichkeit dieser vereinfachten Verordnungspraxis obliegt es im Einzelfall der Entscheidung des Arztes (wie bei aut idem), die individuell notwendigen Hilfsmittel einzeln zu verordnen. ▪ Achtung, bei sog. <u>Stoma-Entsorgungsbeuteln</u> handelt es sich um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, für die <u>keine Leistungspflicht der GKV</u> besteht. Hier kann eine sachgerechte Entsorgung auch mit haushaltsüblichen Mitteln, wie z. B. Müllbeuteln sichergestellt werden. |
|--|--|--|

* - Verträge wurden nach § 127 Abs. 2 SGB V geschlossen, so genannte Verhandlungsverträge. Dadurch können mehrere Vertragspartner in einer Region die Versorgung übernehmen. Den Verträgen können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten.