

Leitfaden für den Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Die KKH hat mit Wirkung zum 15.03.2023 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigegefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt¹ mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat sowie allen geforderten Nachweisen per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, eine unterschriebene Anlage beigegefügt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

Sobald Ihre Beitrittserklärung vorliegt, wird geprüft, ob die Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind. Sofern im Rahmen der Prüfung noch Fragen hinsichtlich des Beitritts zu klären sind, werden wir Sie kontaktieren. Sobald nachweislich alle Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben. **Beachten Sie bitte, dass der Beitritt erst mit Zugang des Bestätigungsschreibens der KKH wirksam wird.**

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung nach §127 Abs. 1 SGB V mit der KKH.

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Pranschke (E-Mail: kristina.pranschke@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3115) oder an Herrn Behre (E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

¹ Für eine zweifelsfreie Zuordnung des Vertrages ist die Verwendung des Deckblattes unbedingt erforderlich.

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen (Beitrittsvertrag A BE, BB, MV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen, nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

**Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung
der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen**

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX

Leistungserbringer

Name und ggf. Rechtsform: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Telefon/Fax: _____
Ansprechpartner: _____
IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigelegt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V). Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
4. Wir verpflichten uns, eine Versorgung der Versicherten in den Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg sicherzustellen. Das bedeutet, dass sofern eine telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung nicht möglich ist, den Versicherten oder deren betreuende Person schriftlich oder persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.
5. Wir bestätigen hiermit (Zutreffendes bitte ankreuzen):
- ☐ Die versandkostenfreie Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel in neutralen Verpackungen.
 - ☐ Das Angebot eines Sendungsverfolgungssystems zur Nachverfolgung des aktuellen Aufenthaltsortes der Lieferung durch den Versicherten.
 - ☐ Die Sicherstellung der Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln innerhalb von 24 Stunden nach Auftragserteilung bzw. Kostenübernahmeerklärung durch die KKH.
 - ☐ Die Bereitstellung einer kostenfreien Servicehotline, die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Wir verpflichten uns, während der Vertragslaufzeit, 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden anzunehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen. Wir erklären hiermit, dass die von uns verwendete Telefonanlage die technischen Voraussetzungen zur Einhaltung dieser Vorgaben erfüllt.

Nachweis

Angaben zur verwendeten Telefonanlage:

Produktbezeichnung:

[Angabe erforderlich]

Artikelnummer:

[Angabe erforderlich]

Hersteller:

[Angabe erforderlich]

- ☐ Die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit unter einer kostenfreien Servicehotline durch geschulte Fachkräfte werktags (Montag bis Freitag) von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline:

[Angabe erforderlich]

- ☐ Die Bereitstellung eines Online-Kontaktformulars, welches auf unserer Unternehmenswebsite zur Verfügung steht.

Nachweis

Link zum Online-Kontaktformular: _____

[Angabe erforderlich]

- ☐ Das Vorliegen eines besonders qualifizierten und zertifizierten Beschwerdemanagements nach DIN ISO 10002:2010-05 und/oder ISO 9001:2015 oder anderer ISO-Normen im Rahmen der Vertragserfüllung.

Nachweis

Kopie des ISO-Zertifikates *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Das Angebot der Übernahme des Rezeptmanagements bzw. des Rezeptauftrags für den Versicherten.

Nachweis:

Muster des verwendeten Rezeptauftrags *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Das Angebot eines hinreichenden Produktportfolios für den Versicherten. Wir verpflichten uns, je 7-steller eine Abdeckung von mindestens 80 % der Nachfrage der KKH Versicherten aus dem Referenzzeitraum vorzuhalten.

Nachweis

Ausgefüllte Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Die Beschäftigung von staatlich anerkannten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegern/-innen oder staatlich anerkannte Altenpflegern/-innen mit dreijähriger Ausbildung und mit ausreichenden Kenntnissen und Fertigkeiten zur Hilfsmittelversorgung von Patienten mit Stomaanlagen im Sinne dieses Vertrages.

Nachweis

Anzahl: _____ Fachkräfte

Ausbildungsnachweise *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Die Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung über mindestens **eine(n)** Mitarbeiter/in, welche(r) als Fachkraft für Stomatherapie eingesetzt wird.

Nachweis

Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin: _____

[Angabe erforderlich]

Qualifikation/Fortbildung *[Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Zertifikate als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]:*

- ☐ nachgewiesene Weiterbildung als zertifizierte Fachkraft für Stomapflege (StomaCert– Coloplast College) mit mindestens zweijähriger berufsprakti-

scher Erfahrung in der Anwendung von Stomaartikeln (Erst- und Folgeversorgung) nach Abschluss der Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in bzw. staatlich anerkannten Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung

- gleichwertige Qualifikation:

[Angabe erforderlich]

- ☐ nachgewiesene Weiterbildung als Enterostomatherapeutin/in mit einem vom WCET (World Council of Enterostoma Therapists) anerkannten Abschluss

- ☐ nachgewiesene Weiterbildung als Pflegeexperte/in Stoma, Kontinenz, Wunde mit einem von der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.) anerkannten Abschluss

- ☐ Die Offenlegung sämtlicher Kooperationen mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ ja, wir haben Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten geschlossen. Mit den folgenden Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten bestehen laufende Kooperationen:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- ☐ nein, es bestehen keine Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten.

5. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass ein Vergütungsanspruch für die Versorgung nicht besteht, wenn nicht alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

6. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Hilfsmittelversorgung
der Versicherten der KKH
mit Stomaanlagen

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

und

der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, vertreten durch den Vorstand, Karl-Wiechert-Al-
lee 61, 30625 Hannover

- nachfolgend KKH -

LEGS: 19 99 xxx

Präambel

In einer älter werdenden Gesellschaft wird die Versorgung mit Hilfsmitteln immer wichtiger. Versicherte müssen die richtigen Hilfen erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkung möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können.

Die KKH sorgt für eine gute, qualitative und zeitgemäße Hilfsmittelversorgung. Der KKH sind Beratungs- und Betreuungsangebote für ihre Versicherten wichtig. Sie setzt sich dafür ein, dass die Versicherten immer zwischen verschiedenen Hilfsmitteln die Auswahlmöglichkeit für eine aufzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung haben.

Dieser Vertrag wird als Rahmenvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen.

Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung mit der KKH.

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 29 „Stomaartikel“ und der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ zur Versorgung von Stomaanlagen (Colostoma, Ileostoma bzw. Urostoma) einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen, wie z. B. Bedarfsfeststellung, Einweisung/Beratung des Versicherten, Lieferung/Nachlieferung und Retourenbearbeitung sowie Sicherstellung einer telefonischen Auftragsannahme auf der Basis monatlicher Versorgungspauschalen.
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung (d.h. Einzelauftragserteilung) im Antragsverfahren nach § 6 dieses Rahmenvertrages. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Die ableitenden Inkontinenzhilfen sind nur Gegenstand der Versorgung soweit sie zur Versorgung von Urostomata erforderlich sind.

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 3	Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel
Anlage 4	Abrechnungsregelung
Anlage 5	Datenübermittlung
Anlage 6	Richtwerte für den Verbrauch
Anlage 7	Muster Besuchsprotokoll Stomaversorgung
Anlage 8	Muster Protokoll Stomaversorgung – Allgemeine Informationen
Anlage 9	Muster Rezeptauftrag
Anlage 10	Muster Beratungsdokumentation
Anlage 11	Muster Mehrkostendokumentation

§ 3 Geltungsbereich

- (1) Der Rahmenvertrag berechtigt und verpflichtet - unter Berücksichtigung ggf. bestehender Wahlrechte der Versicherten - den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH, die eine vertragsärztliche Verordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen und ihren Wohnsitz in den Bundesländern
 - **Mecklenburg-Vorpommern,**
 - **Berlin** sowie
 - **Brandenburg**haben.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung von Stomaanlagen, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung (Muster 16) über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach Vertragsbeginn liegt bzw. die ärztliche Verordnung (Muster 16) während der Vertragslaufzeit ausgestellt wurde.
- (3) Verlegt der Versicherte während der Vertragslaufzeit seinen Wohnsitz in den Bereich einer in der in § 3 Abs. 1 nicht aufgeführten Region, ist der Leistungserbringer aus diesem Vertrag nicht mehr zur Versorgung berechtigt und verpflichtet.
- (4) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgung mit vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Basis von Verträgen nach § 127 Abs. 1 bis Abs. 3 SGB V a.F. bleiben unberührt.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen/Prüfrechte

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- (2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine vertragsärztliche Verordnung ("Muster 16") nachzuweisen (vgl. Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen.
- (4) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (5) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung inkl. Beratung gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ durchzuführen, sind vorzuhalten. Gleiches gilt für die hierfür erforderlichen Ersatz- und Zubehörteile.
- (6) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.
- (7) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (8) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu unangemeldete Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen.
Der Leistungserbringer gestattet der KKH innerhalb der Betriebszeiten den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Nachweise über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentation der erbrachten Leistungen.
Die KKH kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst hinzuziehen.

- (9) Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird der KKH den Medizinischen Dienst (MD) im Einzelfall beauftragen. Die KKH kann durch den MD beratend prüfen lassen, ob das Produkt / die Menge medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes / notwendige Menge trifft auf der Basis des MD-Gutachtens die KKH. Besteht die medizinische Notwendigkeit für die vertragsgegenständliche Hilfsmittelversorgung im Einzelfall nicht bzw. nicht mehr hat der Versicherte einen Anspruch auf die beantragte Versorgung längstens bis Ablauf des Kalendermonats, in dem die KKH den Versicherten über den Wegfall der medizinischen Notwendigkeit informiert hat.

§ 5 Auswahl des Hilfsmittels

- (1) Die Auswahl des Hilfsmittels hat entsprechend der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erfolgen. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Hat der Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer durch Benennung in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer zur Versorgung mit diesem Produkt verpflichtet. Hat der Arzt kein konkretes Einzelprodukt verordnet, hat der Leistungserbringer dem Versicherten innerhalb der verordneten Produktart ein freies Wahlrecht zwischen den einzelnen Produkten seines Produktportfolios einzuräumen. Das Produktportfolio hat dabei mindestens die Produkte zu enthalten, die der Leistungserbringer durch Benennung in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ verbindlich angeboten hat. Der Leistungserbringer ist berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 7stelliger zusätzlicher 10stelliger in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10stelliger hat der Leistungserbringer der KKH unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen zum Monatsersten schriftlich unter Nennung der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mitzuteilen. In diesem Fall werden die zusätzlichen 10stelliger zum jeweiligen Monatsersten Gegenstand des Rahmenvertrages und sind nach der in Anlage 02: „Preisvereinbarung“ angegebenen Vergütung abzugeben.
- (3) Hat der Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer nicht durch Benennung in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ oder durch nachträgliche Aufnahme in sein Produktportfolio verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Er hat in diesem Fall die KKH unverzüglich darüber zu unterrichten, dass der verordnete 10-steller nicht bedient werden kann. Die KKH wird den Versicherten über bestehende Versorgungsmöglichkeiten aufklären.

§ 6 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

- (1) Der Leistungserbringer hat die Versorgung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und nach vorheriger schriftlicher Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH die Leistung durchzuführen so weit keine abweichende Regelung getroffen wurde. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden.
- (2) Soweit der Leistungserbringer gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln. Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.
- (3) Die KKH prüft die per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) übermittelten Daten bzw. die eingereichten Unterlagen und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Anderenfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung notwendige Genehmigung im eKV-Verfahren bzw. die relevanten Unterlagen zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung). Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.
- (4) Die KKH hat das Recht, während der Vertragslaufzeit Genehmigungsfreigrenzen zu ändern oder neu zu definieren, oder die Genehmigungspflicht in eine Genehmigungsfreiheit umzustellen. Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen werden spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer angekündigt.

§ 7 Versorgung

- (1) Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist jederzeit möglich wirkt jedoch erst zum Monatsersten. Es gilt Ziff. 2.6.1.1. der Anlage 01: Leistungsbeschreibung.
- (2) Es sind die Anforderungen an die Qualität der Versorgung zu erfüllen, die zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln in der jeweils gültigen Fassung im Hilfsmittelverzeichnis beschrieben sind. Das Nähere definiert die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Werden die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, sind die Vertragspartner zur Kündigung des Vertrages berechtigt. Es gilt § 19 Abs. 3 des Rahmenvertrages.

§ 7a Weitere Anforderungen an die Versorgung, die über die Anforderung gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen

Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten die nachstehenden Leistungen an. Die Leistungsangebote sind verbindlich; jedoch für den Versicherten nicht verpflichtend.

- (1) Der Leistungserbringer bietet die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel frei Haus sowie in neutralen Verpackungen an.
- (2) nicht besetzt.
- (3) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten ein Sendungsverfolgungssystem an (z.B. in Kooperation mit DHL). Die Sendungsverfolgung dient dazu, das Informationsbedürfnis von Versicherten über den aktuellen Aufenthaltsort einer Lieferung zu befriedigen. Für den Logistikdienstleister dient die Sendungsverfolgung zum Schutz vor Diebstahl und Schwund, zum anderen aber auch zur Verfolgung der Sendung während des Transportes. So können Übergaben der Sendungen an Beteiligte der Logistikkette überwacht und Zustellungsfehler somit vermieden werden.
- (4) Der Leistungserbringer bietet den Versicherten der KKH eine für den Versicherten kostenfreie Servicehotline (mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz), die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Der Leistungserbringer verpflichtet sich während der Vertragslaufzeit 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden annehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Der Leistungserbringer bietet zur Nachbetreuung oder Klärung etwaiger Komplikationen eine telefonische Erreichbarkeit unter der kostenfreien Servicehotline gemäß Abs. 4 von geschulten Fachkräften (gemäß Ziffer 2.9 der Leistungsbeschreibung) werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr.
- (6) Der Leistungserbringer bietet als weitere Kontaktmöglichkeit für den Versicherten ein Online-Kontaktformular an, welches auf der Website des Leistungserbringers zur Verfügung steht.
- (7) nicht besetzt
- (8) Der Leistungserbringer hat im Rahmen der Vertragserfüllung ein Beschwerdemanagement zu führen. Das Beschwerdemanagement wird von einem besonders qualifizierten und zertifizierten Beschwerdemanagement nach DIN ISO 10002:2010-05 und/oder ISO 9001:2015 oder anderer ISO-Normen begleitet.
- (9) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten ein Rezeptmanagement an. Das Rezeptmanagement dient dazu, den Therapieerfolg und die Versorgungsqualität zu gewährleisten. Im Rahmen des Rezeptmanagements willigt der Versicherte ein, dass ärztliche Verordnungen über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel von seinem behandelnden Arzt direkt an den Leistungserbringer persönlich oder postalisch weitergegeben werden (Anlage 09: Muster „Rezeptauftrag“).

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach Anlage 02: "Preisvereinbarung". Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche MwSt.-Satz.

Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: "Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.

- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten, sofern im § 6 dieses Rahmenvertrages keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen. Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.
- (3) Sofern ein Versorgungs-/Genehmigungszeitraum planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer verpflichtet diese Leistung gem. Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erbringen.
- (4) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, höchsten jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf.
Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (5) Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütungspauschalen sind alle nach diesem Rahmenvertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.
- (6) Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst laut diesem Rahmenvertrag erbracht wurden.

§ 9 Abrechnungsregelung

- (1) Die Abgabe und Abrechnung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung mit Stomaanlagen bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden. Die Hilfsmittel sind dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt und in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen wurde.
- (2) Der Abrechnung sind folgende Unterlagen einzureichen:
- Vertragsärztliche Verordnung (Muster 16)
 - Liefernachweis(e)
 - Empfangsbestätigung des Versicherten, des gesetzlichen Vertreters oder eines autorisierten Dritten (als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DHL, UPS, Hermes o.a.) und die Angabe der Versendungsnummer zulässig).

- (3) Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels nicht mehr geltend gemacht werden.

Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“.

§ 10 Statistiken

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nachstehende Statistiken im Rahmen der zu Lasten der KKH durchgeführten Versorgungsfälle der KKH auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Hierfür stellt und liefert der Leistungserbringer kalenderjährlich bis zum 15. Februar des Folgejahres eine Statistik / Auflistung der Versorgungsfälle an die KKH mit folgenden Daten:

- Abrechnungspositionsnummer
- Anzahl der Versorgungsmonate je Versicherten
- Liefermenge je 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
- Liefermenge und Auflistung der abgegebenen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern (je Kalenderjahr)

§ 11 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und die fristgerechte Auslieferung der Hilfsmittel.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt die KKH von sämtlichen Ansprüchen frei, die Dritte und insbesondere Versicherte wegen einer Verletzung ihrer Rechtsgüter gegen die KKH erheben.
- (4) Die KKH haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die KKH von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art (z.B. von Versicherungen) freizustellen.
- (5) Vorstehendes gilt weder für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der KKH, noch für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der KKH beruhen. Es gilt auch nicht, wenn der Leistungserbringer die auf Grund einer Pflichtverletzung des Leistungserbringers und/oder seiner Erfüllungsgehilfen entstandenen Schäden und/oder Ansprüche nicht zu vertreten hat.
- (6) Im Übrigen haftet der Leistungserbringer nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 12 Folgen von Vertragsverstößen

- (1) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen ist die KKH berechtigt, den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend.
- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Rahmenvertrag nicht oder nicht fristgerecht nach, so ist die KKH berechtigt, dem Leistungserbringer im Rahmen einer Ermessensentscheidung eine Nachbesserungsfrist zu setzen oder anstelle des Leistungserbringers die Versorgung, ggf. durch Dritte, sicherzustellen.

Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung innerhalb der Nachbesserungsfrist nicht nach, so kann der Auftrag durch die KKH ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Abs. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung zu begleichen. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

- (3) Hält der Leistungserbringer die in Nr. 2.7.2. der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierte Lieferfrist (24 Stunden ab Eingang der Genehmigung bei erstmaliger Belieferung bzw. 3 Tage vor Bedarf bei den Folgelieferungen) nicht ein oder verstößt er gegen die in Ziff. 2.4 der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierte Pflicht zur persönlichen Beratung, so verwirkt er eine Vertragsstrafe, es sei denn, er hat der KKH rechtzeitig mitgeteilt, dass der Versicherte nicht erreichbar ist oder er kann durch Vorlage der zu führenden Dokumentation nachweisen, dass der Versicherte keine persönliche Beratung wünscht bzw. eine von den definierten Fristen abweichende Lieferung wünscht. Eine Vertragsstrafe nach Satz 1 wird auch dann nicht verwirkt, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung oder die fehlende persönliche Beratung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (etwa, weil der Versicherte die rechtzeitig erfolgte Lieferung nicht angenommen hat oder für den persönlich erschienenen Berater nicht erreichbar war).
- (4) Eine Vertragsstrafe im Sinne des vorstehenden Absatzes kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 250,00 EUR je festgestellten Fall. Die Summe aller Vertragsstrafen, die innerhalb eines Kalenderjahres verwirkt werden können, ist begrenzt auf maximal 5 % des Jahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag in dem Kalenderjahr erzielt. Gemessen an der Höchstgrenze werden zu viel gezahlte Vertragsstrafen nach Ablauf des Kalenderjahres von der KKH unverzüglich erstattet.
- (5) Kommt es entgegen § 5 Abs. 1 innerhalb von 3 Monaten zu einer Lieferunfähigkeit für eines der angebotenen Hilfsmittel für einen Zeitraum von insgesamt 14 Werktagen (Montag bis Samstag, mit Ausnahme der gesetzlichen, bundeseinheitlichen Feiertage), verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass ihn in Bezug auf die Lieferunfähigkeit oder in Bezug auf deren nicht rechtzeitige Behebung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (bspw. weil der Hersteller den Vertrieb des jeweiligen Produkts eingestellt hat oder der Großhandel vollständig lieferunfähig ist). Zur Bestimmung des Zeitraums nach Satz 1 werden die Zeiten einzelner Lieferunfähigkeiten auf Grundlage der Meldungen des Leistungserbringers nach § 5 Abs. 1 dieses Vertrages addiert. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe nach Satz 1 vereinbaren die Parteien 250,00 EUR. Im Übrigen gilt Abs. 4 Sätze 3 und 4.

§ 13 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Leistungen, ist nicht zulässig.

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen einzurichten. Der Leistungserbringer darf nur Leistungen abrechnen, die er selbst persönlich erbracht hat.

- (2) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig.
- (3) Unzulässig ist auch die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile (z.B. unentgeltliche Erbringung von Leistungen für niedergelassene Ärzte oder stationäre Einrichtungen, die im System der GKV nicht dem Hilfsmittelleistungserbringer, sondern dem niedergelassenen Arzt oder der stationären Einrichtung obliegen).
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Koordinierende Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern im Rahmen des Überleitmanagements sind zulässig, soweit diese wettbewerbsrechtskonform ausgestaltet sind und sichergestellt ist, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern nicht beeinflusst wird. Im Rahmen solcher Kooperationsmodelle können, die vertraglich vereinbarten hilfsmittelbezogenen Beratungsleistungen während des stationären Aufenthalts des Versicherten im Krankenhaus erbracht werden. Es gilt § 4 Abs. 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern zu schließen, die eine exklusive Kooperation zum Gegenstand haben.
- (6) Für sämtliche Kooperationen mit Krankenhäusern gelten die Compliance-Grundsätze des Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed (Dokumentationsprinzip, Transparenzprinzip, Trennungsprinzip, Äquivalenzprinzip). Diese sind insbesondere zu beachten, wenn originäre Krankenhausaufgaben von Mitarbeitern des Hilfsmittelleistungserbringers übernommen werden.
- (7) Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern sind der KKH auf Anforderung offenzulegen.
- (8) Es gelten im Übrigen auch die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.
- (9) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.
- (10) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 8 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 12 dar.

§ 14 Werbung, Kommunikation mit den Versicherten

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen abzustellen und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH beziehen. Anschreiben an die Versicherten der KKH, die im Zusammenhang mit diesem Rahmenvertrag stehen sind vorab inhaltlich mit der KKH abzustimmen. Dies gilt auch für die Benachrichtigung der Versicherten über das Ende dieses Rahmenvertrages.
- (2) Die KKH hat das Recht, ihre Versicherten über die Inhalte dieses Rahmenvertrages (insbesondere über das Produktportfolio des Leistungserbringers und das den Versicherten nach diesem Rahmenvertrag zustehenden Wahlrechts innerhalb der Produktart) zu informieren. Die KKH hat überdies das Recht, Krankenhäuser über die zur Leistungserbringung berechtigten Vertragspartner zu informieren.
- (3) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (4) Bei der Kommunikation mit Versicherten hat der Leistungserbringer stets seine Neutralitätspflicht in Bezug auf die Kostenträger zu wahren. Er unterlässt wertende Aussagen zu Krankenkassen und vermeidet unwahre oder irreführende Aussagen zu den Inhalten des Versorgungsvertrages und / oder den maßgeblichen sozialrechtlichen Vorschriften.
- (5) Wählt der Versicherte nach Versorgung durch den Leistungserbringer einen anderen Leistungserbringer aus, unterlässt der Leistungserbringer Rückwerbeversuche.

§ 15 Datenschutz

- (1) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.
- (2) Die Benennung der KKH als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH gestattet.

§ 16 Insolvenz des Leistungserbringers

- (1) Der Leistungserbringer hat die KKH über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich zu unterrichten.
- (2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der KKH unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die KKH zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und/oder in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 17 Abtretung

Die Abtretung von Ansprüchen aus diesem Vertrag bedarf der vorherigen Zustimmung der anderen Vertragspartei.

§ 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 15.03.2023 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Rahmenvertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.
- (3) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 14.03.2025, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.

§ 19 Sonderkündigungsrecht

- (1) Die KKH ist zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind.
- (2) Die KKH kann vom Rahmenvertrag zurücktreten oder den Rahmenvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögen des Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.
- (3) Die Vertragspartner sind zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

§ 20 Schriftform

Änderungen dieses Rahmenvertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für diese Bestimmung.

§ 21 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Rahmenvertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Anlage 01: Leistungsbeschreibung

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages ist die Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ und der Produktgruppe 29 „Stomaartikel“ zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Stomaanlagen (Colostoma, Ileostoma bzw. Urostoma) einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen wie z.B. Bedarfsfeststellung; Einweisung / persönliche Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen; Lieferung; Nachlieferung und Retourenbearbeitung sowie Sicherstellung einer telefonischen Auftragsannahme auf der Basis monatlicher Versorgungspauschalen.

Die ableitenden Inkontinenzhilfen sind nur Gegenstand des Vertrages soweit sie zur Versorgung von Urostomata erforderlich sind.

1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

Im Einzelnen versorgt der Leistungserbringer die Versicherten der KKH während der Vertragslaufzeit mit den nachstehend anhand Produktgruppe, Anwendungsort und der jeweils maßgebenden Produktuntergruppe (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.) gemäß GKV-Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V bezeichneten Hilfsmitteln

Vertragsgegenstand ist die Lieferung der Hilfsmittel einschließlich aller damit im Zusammenhang stehender Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung:

Hilfsmittel-po- sitions-Nr.	Produktart / Hilfsmittel-/ Produkt-Bezeichnung
15	Inkontinenzhilfen
15.25.05	Urin-Beinbeutel
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril
15.25.06	Urin-Bettbeutel
15.25.06.0	Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril
15.25.06.1	Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril
15.25.06.2	Bettbeutel, ohne Ablauf, steril
15.25.06.3	Bettbeutel, mit Ablauf, steril
15.25.07	Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme
15.25.07.0	Bettbeutel mit Tropfkammer
15.99.99.	Abrechnungspositionen
15.99.99.0	Abrechnungsposition für Zubehör
29	Stomaartikel
29.26.01	Geschlossene Beutel
29.26.01.0	Beutel mit Basisplatte, auch mit Vlies und/oder Filter
29.26.01.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies und/oder Filter
29.26.01.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter

29.26.01.3	Beutel mit gewölbten Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter
29.26.02	Ausstreifbeutel
29.26.02.0	Beutel mit Basisplatte zum Rasten, auch mit Vlies und/oder Filter und Verschluss
29.26.02.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies und/oder Filter und Verschluss
29.26.02.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter und Verschluss
29.26.02.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter und Verschluss
29.26.03	Urostomiebeutel
29.26.03.0	Beutel mit Basisplatte auch mit Vlies inkl. Abflussventil/-adapter u. Verschluss
29.26.03.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss
29.26.03.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand und Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss
29.26.03.3	Beutel mit Hautschutzring Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss
29.26.04	Stomakappen / Minibeutel
29.26.04.0	Stomakappen inkl. Filter
29.26.04.1	Minibeutel auch mit Vlies und/oder Filter
29.26.05	Basisplatten
29.26.05.0	Basisplatten Größe 1
29.26.05.1	Basisplatten Größe 2
29.26.05.2	Basisplatten Größe 3
29.26.06	Basisplatten, gewölbt
29.26.06.0	gewölbte Basisplatten Größe 1
29.26.06.1	gewölbte Basisplatten Größe 2
29.26.06.2	gewölbte Basisplatten Größe 3
29.26.07	Hautschutzplatten /-rollen
29.26.07.0	Hautschutzplatten Größe 1
29.26.07.1	Hautschutzplatten Größe 2
29.26.07.2	Hautschutzplatten Größe 3
29.26.07.3	Hautschutzrollen
29.26.08	Irrigatoren
29.26.08.0	Manuell betriebene Irrigatoren
29.26.08.1	Elektrisch betriebene Irrigatoren
29.26.08.2	Ersatzbeutel für Irrigatoren
29.26.09	Anus-Praeter-Bandagen
29.26.09.0	Anus Praeter-Bandagen-Set
29.26.09.1	Ersatzbeutel für Anus Praeter-Bandagen
29.26.10	Pflegemittel
29.26.10.0	Hautschutzpasten/Ausgleichspasten
29.26.10.1	Hautschutzpulver/Puder
29.26.10.2	Hautschutztücher/Schwämme
29.26.10.3	Lotionen/Cremes
29.26.10.4	Pflasterentferner
29.26.10.5	Haftspray/Haftmittel
29.26.11	Zubehör
29.26.11.0	Gürtel
29.26.11.1	Filter
29.26.11.2	Hautschutzringe

29.26.11.3	Beutelbezüge aus Vlies
29.26.11.4	Beutelbezüge aus Textil
29.26.11.6	Sonstige Stomaartikel

Einige der vorstehend genannten 7-steller sind nicht in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgeführt. Die Produkte der Produktart sind bei entsprechender med. Notwendigkeit gleichwohl im Rahmen der Pauschale abzugeben. Anders als bei den in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgeführten 7-stellern muss dem Versicherten bei den sonstigen 7-stellern aber kein freies Wahlrecht im Hinblick auf das Einzelprodukt eingeräumt werden.

1.2. Medizinisch / technische (Mindest-) Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen sowie sonstigen Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des/der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 SGB V für die betreffende Produkt-(Unter-)Gruppe in der jeweils gültigen Fassung.

1.2.1. Verwendung im Hilfsmittelverzeichnis gelisteter Produkte

Bei der Versorgung sind ausschließlich Hilfsmittel zu verwenden, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

1.2.2. Änderungen der Produktlistung / -Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit

Ändert sich die Hilfsmittelpositionsnummer (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis) bleibt die Versorgungspflicht für das betroffene Hilfsmittel für die Zukunft unter der neuen Hilfsmittelpositionsnummer bestehen.

1.2.3. Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Normen

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte den jeweils geltenden Normen und gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

Der Leistungserbringer darf nur Hilfsmittel liefern und zum Einsatz bringen, die nach den maßgeblichen Bestimmungen des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen.

1.3. Vertragsärztliche Verordnung / Genehmigung der KKH

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung, eines Kostenvoranschlages (KVA) gemäß Anlage 05: "Datenübermittlung" und bei Vorliegen einer vorherigen schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entsprechend deren Inhalt / Umfang, soweit nachfolgend nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist.

1.4. Versorgungszeitraum

Der Leistungserbringer hat die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln je Einzelauftrag für den genehmigten Versorgungszeitraum sicherzustellen.

Der Versorgungszeitraum richtet sich nach den Inhalten der vertragsärztlichen Verordnung. Sofern ein Vertragsarzt die *dauerhafte* Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel bescheinigt, beträgt der Versorgungszeitraum 6 Kalendermonate („Erstversorgung“), sofern der Versicherte erstmalig mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu versorgen ist. Der Versorgungszeitraum beträgt im Übrigen maximal 12 Kalendermonate.

Sofern der Versorgungszeitraum nicht aus den Inhalten der vertragsärztlichen Verordnung hervorgeht, ermittelt der Leistungserbringer im Rahmen der Bedarfsfeststellung, ob eine Erst- oder eine Folgeversorgung vorliegt. Der Versorgungszeitraum beträgt in dem Fall 6 Kalendermonate, sofern der Versicherte erstmalig mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu versorgen ist und im Übrigen 12 Kalendermonate.

Der Versorgungszeitraum ist vom Leistungserbringer im Kostenvoranschlag gemäß Anlage 05: „Datenübermittlung“ anzugeben.

Es wird im Übrigen auf die Regelungen unter Ziff. 2.6.1.1 verwiesen.

Sofern der Versorgungszeitraum eines Einzelauftrages planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet die Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung bzw. des Vertrages für die Dauer des Versorgungszeitraumes zu erbringen.

1.5. Produktportfolio

Der Leistungserbringer hat dem Versicherten eine hinreichende Anzahl unterschiedlicher Hilfsmittel (10-steller) je vertragsgegenständlicher Produktart (7-steller) anzubieten.

Die KKH verlangt je 7-steller eine Abdeckung von mindestens 80 %, der Nachfrage der KKH-Versicherten aus dem Referenzzeitraum.

Der Beitritt zum Vertrag setzt voraus, dass der beitretende Leistungserbringer das identische Produktportfolio der Anlage 03 „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ anbietet.

Die in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ benannten 10-steller müssen mindestens im Produktportfolio des Leistungserbringers enthalten sein und nach Maßgabe dieses Vertrages den KKH Versicherten angeboten werden. Es steht dem Leistungserbringer frei, weitere 10-steller zum Gegenstand des Vertrages zu machen.

Die KKH wird in regelmäßigen Abständen prüfen, ob sich das von ihr nachgefragte Produktportfolio noch mit der Nachfrage der Versicherten deckt. Sollte dies nicht mehr der Fall sein, wird die KKH diesen Vertrag beenden und neue Verträge schließen.

Einige der unter Ziffer 1.1. genannten 7-steller sind nicht in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgeführt. Die Produkte der Produktart sind bei entsprechender med. Notwendigkeit gleichwohl im Rahmen der Pauschale abzugeben. Anders als bei den in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgeführten 7-stellern muss dem Versicherten bei den sonstigen 7-stellern aber kein freies Wahlrecht im Hinblick auf das Einzelprodukt eingeräumt werden.

2. Leistungsumfang / Versorgungsprozess

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraums das/die vertragsärztlich verordnete(n) Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zum Verbrauch zur Verfügung.

Für die Erbringung / den Umfang der Leistungen des Leistungserbringers gilt im Übrigen folgendes:

2.1. Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Hilfsmittel und die Erbringung der weiteren von ihm zu erbringenden Leistungen persönlich "vor Ort", d.h. im allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

Auf Wunsch des Versicherten und mit Zustimmung des Krankenhauses können die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen auch bereits während des stationären Aufenthaltes (in Vorbereitung auf die Entlassung) erbracht werden. § 13 des Rahmenvertrages ist zu beachten.

Hinsichtlich der Lieferweise der Hilfsmittel wird auf Ziffer 2.5 verwiesen.

2.2. Erhalt der ärztlichen Verordnung

2.2.1. Leistungserbringer erhält vertragsärztliche Verordnung direkt vom Versicherten

Erhält der Leistungserbringer eine vertragsärztliche Verordnung unmittelbar vom Versicherten, ist zu prüfen, ob es sich bei der Versorgung um eine „Erstversorgung“ oder um einen Wechsel des Vertragspartners handelt.

Unter einer „Erstversorgung“ ist das generelle erstmalige Beliefern eines Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu verstehen.

Ergibt sich im Rahmen der Bedarfsfeststellung (vgl. Ziffer 2.3), dass der Versicherte von einem Vertragspartner zu einem anderen wechseln will, handelt es sich nicht um eine Erstversorgung.

Der Leistungserbringer hat die vertragsärztliche Verordnung auf Plausibilität zu überprüfen.

2.2.2. Leistungserbringer erhält die vertragsärztliche Verordnung über die KKH

Bei der KKH eingehende vertragsärztliche Verordnungen werden an den Leistungserbringer weitergeleitet, für den sich der Versicherte entschieden hat. Die KKH wird hierzu – soweit erforderlich – Rücksprache mit dem Versicherten halten.

Auch in diesem Fall prüft der Leistungserbringer, ob es sich bei der Versorgung um eine Erstversorgung oder um einen Wechsel des Vertragspartners handelt.

Unter einer Erstversorgung ist nur das generelle erstmalige Beliefern eines Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu verstehen.

2.3. Bedarfsfeststellung

Vor der Durchführung einer Versorgung hat der Leistungserbringer die Stomaart (Colostoma, Ileostoma oder Urostoma) zu ermitteln und den Bedarf des Versicherten in Bezug auf Art und Menge festzustellen. Bei der Bedarfsermittlung und Auswahl sind insbesondere die Anlage des Stomas, die Hautbeschaffenheit, die beruflichen/privaten Aktivitäten und die Kleidungsgewohnheiten des Versicherten / der Versicherten sowie die Wechselwirkungen mit anderen Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Bei der Auswahl des Hilfsmittels sind, soweit möglich, diagnostizierte Allergien der Versicherten oder des Versicherten gegen bestimmte Materialien zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat seine Feststellungen zu dokumentieren. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür Anlage 08: „Muster Protokoll Stomaversorgung – Allgemeine Information“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage 08 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsschluss zur Kenntnis vorzulegen.

Art und Umfang der Versorgung richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen, individuellen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat. **Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass innerhalb der Pauschale eine ausreichende Versorgung des Versicherten in seiner jeweiligen individuellen Situation sicherzustellen ist.** Dem widersprechende Äußerungen gegenüber den Versicherten sind unzulässig und werden von Seiten der KKH nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen verfolgt.

Als Anhaltspunkte für die Verbrauchsmengen dienen in folgender Reihenfolge:

- die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung
- die individuelle Situation des Versicherten
- die Empfehlungen des MDK/MDS für Produkte zur Stomaversorgung - Anlage 06: „Richtwerte für den Verbrauch“
- der aktuelle medizinische Standard sowie die Hinweise des jeweiligen Herstellers über Art, Menge und Verwendungs- oder Nutzungsdauer des einzelnen Hilfsmittels (10steller)

Die Auswahl des für die Versorgung einzusetzenden Einzelproduktes erfolgt auf Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung. Hat der Arzt ein konkretes Produkt (10steller) verordnet, welches der Leistungserbringer in der Anlage 03: "Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel" benannt hat, ist der Versicherte mit diesem Produkt zu versorgen.

Hat der Arzt kein konkretes Einzelprodukt verordnet, hat der Leistungserbringer dem Versicherten ein freies Wahlrecht zwischen den in der Anlage 03: "Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel" für die erforderlichen Produktarten (7steller) benannten Hilfsmittel (10steller) einzuräumen. Hat der Versicherte kein konkretes Wunschprodukt, hat der Leistungserbringer **gemeinsam mit dem Versicherten** ein geeignetes Produkt auszuwählen.

2.4. Beratung / Nachbetreuung

Der Leistungserbringer berät den Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Person(en) bezüglich des Hilfsmiteileinsatzes und führt die erforderliche Nachbetreuung durch.

Er führt hierzu nach vorheriger Terminabsprache persönliche Beratungen "vor Ort", d.h. am Wohnsitz des Versicherten (in der Häuslichkeit des Versicherten oder in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen) durch.

Die Hilfsmittel bezogene Beratung beinhaltet:

- Die persönliche Beratung der/des Versicherten – sofern erforderlich unter Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. des beteiligten Pflegepersonals – über die für seine/ihre konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung und des vereinbarten Produktportfolios.
- Die Aufklärung des Versicherten über seine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung und des freien Produktwahlrechts (Wahl des 10stellers) nach diesem Vertrag.
- Es erfolgte eine sachgerechte, persönliche Einweisung des Versicherten oder erforderlichenfalls dessen Pflegeperson in den bestimmungsmäßigen Gebrauch. Die Einweisung erstreckt sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des/der Hilfsmittel(s). Die Einweisung umfasst insbesondere die einzelnen Schritte der Stomaversorgung (Vorbereitung der Materialien, Entfernung der Stomaartikel, Reinigung und Stomapflege einschließlich der stomaumgebenden Haut, Anlegen der Stomaartikel, Nachbereitung). Ziel der Einweisung ist, dass die/der Versicherte in den Stand versetzt wird, das/die Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher selbstständig zu nutzen. Es ist eine allgemeinverständliche Gebrauchsanweisung/Gebrauchsinformation in deutscher Sprache auszuhändigen.
- Eine Bemusterung hat entsprechend dem Ergebnis der Bedarfsermittlung mit verschiedenen, individuell geeigneten Produkten gemeinsam mit der Versicherten oder dem Versicherten möglichst von verschiedenen Herstellern bei der Erstversorgung oder einem Produktwechsel zu erfolgen.
- Die gemeinsame Auswahl und Anpassung der Hilfsmittel (10Stellers) an das sich verändernde Stoma und ggf. Lebensgewohnheiten auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung

Der Leistungserbringer ist zur Dokumentation der **persönlichen** Beratungsgespräche mittels einer Protokolldokumentation verpflichtet. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür Anlage 07: „Muster Besuchsprotokoll Stomaversorgung“, Anlage 10: „Muster Beratungsdokumentation“, Anlage 11: „Muster Mehrkostendokumentation“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage 07, Anlage 10 oder Anlage 11 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsschluss auf Anforderung durch die KKH der KKH zur Kenntnis vorzulegen.

Der Leistungserbringer hat das persönliche Beratungsangebot mit den o.g. Inhalten allen Versicherten anzubieten. Hausbesuche bzw. persönliche Beratungen „vor Ort“ sind nicht

durchzuführen, wenn der Versicherte keinen Besuch wünscht. Auch dieses ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

Es gilt der Grundsatz, dass die persönlichen Beratungen „vor Ort“ je nach Bedarf im erforderlichen Maße, individuell je Versicherten zu erfolgen haben.

Beispiel 1:

Der Versicherte berichtet über Veränderungen der Stomaanlage und wünscht eine Überprüfung bzw. Anpassung des notwendigen Hilfsmittelbedarfs.

Beispiel 2:

Der Versicherte berichtet über Unverträglichkeiten der Hilfsmittelartikel und wünscht eine Beratung über die Versorgungsmöglichkeiten.

Beispiel 3:

Der Versicherte berichtet, dass sich die Basisplatte vom Körper vorzeitig löst und wünscht eine Beratung über alternative Versorgungsmöglichkeiten (z.B. andere Basisplatten oder anderes Pflegemittel).

Beispiel 4:

Der Versicherte wünscht die Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im persönlichen Termin.

Anmerkung der KKH.

Dieser Beratungswunsch übersteigt das erforderliche Maß des Notwendigen. Die reine Belieferung ohne Dienstleistungskomponente erfordert kein persönliches Erscheinen des Leistungserbringers.

Bezüglich der Qualifikation der Berater gilt Ziffer 2.9.

2.5. Kostenvoranschlag

2.5.1. Durchführung einer Versorgung

Der Leistungserbringer hat der KKH schriftlich die Übernahme der Versorgung mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der Inhalte der vertragsärztliche Verordnung und seiner Bedarfsfeststellung.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 05: "Datenübermittlung" mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

Sollte der Leistungserbringer zur akuten Versorgung (z. B. zur Krankenhausentlassung) bereits geliefert haben, notiert er die Notwendigkeit der vorherigen Auslieferung auf dem Kostenvoranschlag.

Der Kostenvoranschlag ist der KKH innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der vertragsärztlichen Verordnung / Kopie der vertragsärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer zu übermitteln. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

Der Kostenvoranschlag ist an die in der Anlage 05: "Datenübermittlung" zu richten.

2.5.2. Fortführung einer Versorgung

Soll die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln über den vereinbarten/ge-
nehmigten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer frühestens 28
Tage, spätestens 5 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses
schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer (erneut) einen Kostenvoranschlag nach Maßgabe
der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

2.6. Prüfung der eingereichten Unterlagen/Genehmigung der KKH

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernah-
meerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung
und den Versorgungszeitraum im darin festgelegten Umfang.

Die KKH hat das Recht, die Genehmigungspflicht in eine Genehmigungsfreiheit umzustellen.
Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat
vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer anzukündigen.

2.6.1. Versorgungszeitraum

Der von der KKH genehmigte Versorgungszeitraum richtet sich nach den Inhalten des vom
Leistungserbringer erstellten Kostenvoranschlages nach Maßgabe der Anlage 05: "Daten-
übermittlung" mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

Sofern der Versicherte erstmalig mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu versorgen
ist, beträgt der genehmigte Versorgungszeitraum 6 Kalendermonate („Erstversorgung“).

Der genehmigte Versorgungszeitraum beträgt im Übrigen 12 Kalendermonate. Dies gilt auch,
wenn der Versicherte zuvor durch einen anderen Vertragspartner versorgt wurde.

Als Zeitraum sind immer die gesamten Kalendermonate anzugeben (z.B. 01.07.2020 –
30.06.2021). Beginnt die Versorgung während des Monats, ist der tatsächliche Versorgungs-
beginn anzugeben (z.B. 13.07.2020 – 30.06.2021).

2.6.1.1. Nachträgliche Änderung des Versorgungszeitraumes

Der Versicherte kann sein Wahlrecht unter den Vertragspartnern jederzeit ausüben. Wählt der
Versicherte während eines bereits genehmigten Versorgungszeitraumes einen anderen Ver-
tragspartner, so wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten nach Ausübung des Wahlrechts. Vo-
raussetzung ist, dass der Versicherte für den Kalendermonat noch keine vertragsgegenständ-
lichen Hilfsmittel vom bisherigen Lieferanten in Empfang genommen hat. Hat der Versicherte
für den folgenden Kalendermonat bereits Hilfsmittel erhalten, wirkt das Wahlrecht zum Mo-
natsersten des Monats, für den der Versicherte noch keine Hilfsmittel erhalten hat.

Die KKH berichtigt in dem Fall die bereits genehmigte Versorgung.

Beispiel:

Genehmigter Versorgungszeitraum: 01.07.2020 – 30.06.2021

Der Versicherte wählt am 15.09.2020 einen anderen Vertragspartner. Für den Oktober 2020
hat der Versicherte vom Leistungserbringer noch keine Hilfsmittel erhalten.

Das Wahlrecht wirkt zum 01.10.2020

Genehmigter Versorgungszeitraum neu: 01.07.2020 – 30.09.2020

2.6.2. Vergütungspauschale

Die Vergütungspauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Die zu genehmigende Anzahl der Vergütungspauschalen (Anzahl: 6 oder 12) richtet sich nach dem zu genehmigenden Versorgungszeitraum. Für Kalendermonate, für die der Leistungserbringer den Versicherten für wenigstens einen Kalendertag entsprechend der Leistungsbeschreibung zu versorgen hat, wird die volle Vergütungspauschale genehmigt. Eine Preiskürzung erfolgt nicht.

Die Vergütungspauschalen können für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal berechnet/abgerechnet werden. Ein Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn der Leistungsanspruch eines Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat wegen stationärer Behandlung oder Rehamaßnahme wegen des Stomas entfällt.

Der Vergütungsanspruch gegenüber der KKH vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer einzuziehende Zuzahlung, die für jede Monatspauschale zu leisten und direkt vom Versicherten an den Leistungserbringer zu zahlen ist. Dies gilt nicht für Versicherte, die eine gültige Befreiungsbescheinigung nach § 62 SGB V vorlegen.

Aufgrund der Schwere der Vorerkrankung kommt es in Einzelfällen zu mehreren Stomaanlagen (Stoma-Doppel-Anlagen). Jede Anlage ist für sich gesehen individuell zu versorgen. Daher werden unterschiedliche Vergütungspauschalen (z.B. Pauschale bei Colostoma und Pauschale für Urostoma) auch für den identischen Kalendermonat genehmigt.

Eine doppelläufige Stomaanlage ist hingegen als eine Stomaanlage zu betrachten, weshalb für den Kalendermonat nur eine Vergütungspauschale genehmigt wird.

Stomabandagen (Hilfsmittel der Produktgruppe 05) sind nicht Gegenstand der Vergütungspauschalen. Fistelversorgungen fallen nicht unter die definierten Stoma-Versorgungsarten. Wund- und Drainageversorgungen außerhalb des Stomabereiches sowie in Einzelfällen erforderliche moderne Wundversorgungen bei Wundheilungsstörungen um den Stomabereich sind ebenfalls nicht Gegenstand der Vergütungspauschalen.

Vergütungspauschale bei Colostoma

Kolostomie = Ein meist am linken Unterbauch künstlich angelegter Dickdarmausgang, der nach Entfernung des Mastdarms und/oder Teilen des Dickdarms erforderlich wird.

Vergütungspauschale bei Ileostoma

Ileostomie = Ein meist am rechten Unterbauch künstlich angelegter Dünndarmausgang, der nach totaler Entfernung des Mast- und Dickdarms erforderlich wird.

Vergütungspauschale bei Urostoma

Urostomie = Ein meist im rechten und/oder linken oberen Bauchbereich künstlich angelegter Harnleiterausgang, der nach Entfernung der Harnblase und der Harnleiter mit einer Niere erforderlich wird. Häufig müssen zwei Stomata je eines für den linken und rechten Harnleiter angelegt werden.

2.7. Lieferung der Hilfsmittel

2.7.1. Abgabe der Hilfsmittel

Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im medizinisch notwendigen Umfang gemäß vertragsärztlicher Verordnung und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung).

Die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel hat frei Haus bis hinter die Wohnungstür und in neutralen Verpackungen zu erfolgen. Hierbei muss sichergestellt werden, dass die Verpackungen keinen Rückschluss auf den Inhalt und die Hilfsmittel zu lassen (z. B. Hersteller- oder Produktaufdruck, durch außen angeheftete Lieferscheine).

Die Hilfsmittel werden in einem gebrauchsfertigen/kompletten Zustand abgegeben.

2.7.2. Lieferfrist

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Lieferung der Hilfsmittel unverzüglich erfolgt. Nach Auftragserteilung oder nach Eingang der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erfolgt die erstmalige Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln innerhalb von 24 Stunden. Fällt das Fristende auf einen Sonn- oder Feiertag endet die Frist am darauf folgenden Werktag.

Bei den weiteren Folgelieferungen erfolgt die Lieferung in Abstimmung mit dem Versicherten, hierzu schlägt der Leistungserbringer dem Versicherten einen regelmäßigen, verbindlichen Liefertermin vor.

Beispiel:

Die Lieferung des Versorgungsbedarfs für den nächsten Kalendermonat erfolgt jeweils am letzten Dienstag eines Kalendermonats.

Der Leistungserbringer hat die Absprache mit dem Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen. Die Lieferungen müssen rechtzeitig erfolgen, spätestens 3 Tage vor Bedarf.

Kann der Leistungserbringer die vertraglich vereinbarte Lieferfrist, den mit dem Versicherten vereinbarten oder den mit einem Krankenhaus im Rahmen des Überleitmanagements abgestimmten Liefertermin im Einzelfall nicht einhalten, informiert der Leistungserbringer die KKH unverzüglich. Die KKH wird in dem Fall die Lieferung (individueller Bedarf des Versicherten für 30 Tage) unter Berücksichtigung des Wahlrechts des Versicherten durch einen anderen Vertragspartner sicherstellen.

2.7.3. Liefermenge / Lieferturnus

Die Liefermenge sollte den individuellen Bedarf des Versicherten für einen Kalendermonat beinhalten.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten kann die Liefermenge auch den Bedarf von max. 90 Tagen beinhalten. Der diesbezügliche Wunsch des Versicherten ist in geeigneter Weise zu dokumentieren und die Dokumentation ist der KKH auf Verlangen vorzulegen.

2.7.4. Kontaktdaten des Leistungserbringers

Bei Lieferung der Hilfsmittel informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktdaten (einschließlich der Servicehotline zu Ziff. 2.7.6).

2.7.5. Einholung einer Empfangsbestätigung / Lieferdokumentation

Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel sowie zum Versorgungszeitraum enthält.

Für jede im Rahmen des Vertrages erbrachte Leistung ist die vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift) einzuholen. Erfolgt die Lieferung z. B. durch Kurierdienste (DHL, UPS, Hermes ect.), gilt die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer in Verbindung mit dem Lieferschein als Ersatz einer Empfangsbestätigung.

Ohne Lieferschein und Liefernachweis darf eine Abrechnung nicht erfolgen. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

2.7.6. Telefonische Beratung und Auftragsannahme

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit von geschulten Fachkräften zur Nachbetreuung, Klärung etwaiger Versorgungsprobleme, Auskunft und Beratung sowie der Annahme von Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen, d.h. von allen eingehenden Anrufen sind mindestens 90 % persönlich anzunehmen (keine Warteschleife/ kein Sprachtext). 80 % der angenommenen Anrufe sind in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden anzunehmen. Eine Gesprächszeitlimitierung darf nicht erfolgen. Die für die Versicherten kostenfreie Telefonnummer - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - ist dem Versicherten spätestens bei Auslieferung des Hilfsmittels bekanntzugeben.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, entsprechende Nachweise über das Erreichen der genannten Prozentwerte nach Aufforderung durch die KKH beizubringen.

2.7.7. Retourenbearbeitung

Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei berechtigten Reklamationen, die gelieferten Hilfsmittel beim Versicherten wieder abzuholen, wahlweise bereits bei Belieferung einen Retourenschein beizufügen, damit der Versicherte die Hilfsmittel versandkostenfrei zurücksenden kann.

2.8. Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziff. 2.2 bis 2.5 sowie 2.7 nachvollziehbar festgehalten werden.

Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentation und übermittelt diese auf Anforderung an die unter Ziff. 2.11 aufgeführte zuständige Stelle.

2.9. Personelle Anforderungen

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung setzt der Leistungserbringer mindestens eine Fachkraft für Stomapflege d.h.: Weiterbildungsumfang mindestens 120 Unterrichtsstunden zzgl. praktische Einheiten (Inhalte wie "StomaCert – Fachkraft für Stomapflege" Coloplast College) bzw. gleichwertige Qualifikation oder eine der nachstehenden, höherwertigen Qualifikationen besitzt ein:

- nachgewiesene Weiterbildung als Enterostomatherapeut/in mit einem vom WCET (World Council of Enterostomal Therapists) anerkannten Abschluss oder
- nachgewiesene Weiterbildung als Pflegeexperte/in Stoma, Kontinenz, Wunde mit einem von der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.) anerkannten Abschluss

Wünscht der Versicherte die persönliche Beratung durch eine Person mit der o.g. Fortbildung/Qualifikation, so hat der Leistungserbringer dem Wunsch stattzugeben.

Die weiteren vom Leistungserbringer zur persönlichen und Hilfsmittel bezogene Beratung der Versicherten eingesetzten Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung

und

- mit ausreichenden Kenntnissen und Fertigkeiten zur Hilfsmittelversorgung von Patienten mit Stomaanlagen im Sinne dieses Rahmenvertrages.

Für eine telefonische Auftragsannahme und Auslieferung der Hilfsmittel ohne Beratungsbedarf kann der Leistungserbringer Mitarbeiter einsetzen, die nicht über eine der o.g. Qualifikationen verfügen. Die Anforderungen an das Fachpersonal finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

2.10. Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und insbesondere § 13 des Rahmenvertrages. Ziel des § 128 SGB V ist es, unzulässige Zuwendungen zu verhindern und die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten zu wahren. Der § 128 SGB V schützt das Wahlrecht des Patienten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern. Patienten sollen ihre Entscheidungen zur Wahl ihres Leistungserbringers unbeeinflusst treffen können. Somit schützt die Norm auch den freien Wettbewerb, denn es soll vermieden werden, dass sich Leistungserbringer in unzulässiger Weise Wettbewerbsvorteile verschaffen. Nachstehend Beispiele unzulässiger Zusammenarbeiten mit Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten:

Beispiel 1:

Der Leistungserbringer erbringt unentgeltlich bzw. nicht gegen angemessene Vergütung pflegerische/medizinische Dienstleistungen der Stomatherapie präoperative im Krankenhaus d.h. Beteiligung an der präoperativen Anzeichnung.

Beispiel 2:

Der Leistungserbringer erbringt unentgeltlich bzw. nicht gegen angemessene Vergütung postoperative pflegerische/medizinische Dienstleistungen der Stomatherapie im Krankenhaus d.h. Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Verbandwechsel und Pflege des künstlich geschaffenen Ausgangs

Beispiel 3:

Der Leistungserbringer stellt unentgeltlich bzw. nicht gegen angemessene Vergütung Stomaartikel für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung.

Beispiel 4:

Der Leistungserbringer übernimmt die Stomabehandlung; d.h. Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Verbandwechsel und Pflege des künstlich geschaffenen Ausgangs (Stoma) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut in der Häuslichkeit / im allgemeinen Lebensbereich des Versicherten.

2.11. Zuständige Stelle

Soweit gemäß dieser Leistungsbeschreibung im Rahmen der Vertragsdurchführung eine Datenübermittlung an die KKH zu erfolgen hat, hat diese an die in der Anlage 05: "Datenübermittlung" genannte Stelle unter Einhaltung der dort geregelten Anforderungen an die Datenübermittlung zu erfolgen.

2.12. nicht besetzt**2.13. Kostenvoranschlag**

Soweit der Leistungserbringer gemäß Leistungsbeschreibung einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Anlage 2 "Preisvereinbarung"

Abrechnungsposi- tions-Nr.	KZ HIMI*	Bezeichnung	monatliche Vergü- tungspauschale in € (netto)
29.99.99.2001	08	Pauschale bei Colostoma	173; --
29.99.99.2002	08	Pauschale bei Ileostoma	173,--
29.99.99.2003	08	Pauschale bei Urostoma	173,--

Ort, Datum

Unterschrift

* Schlüssel Kennzeichen für Hilfsmittel gemäß Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V

Anlage 04: „Abrechnungsregelung“

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

Für die Abrechnung gelten die Regelungen des § 9 des Rahmenvertrages. Die Abrechnung erfolgt darüber hinaus nach den Richtlinien der Spitzenverbände 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.

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- *Abrechnungsdaten,*
- *Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),*
- *Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung)*
- *Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich)*
- *Urbelege, wie Verordnungsblätter*
- *Lieferschein*
- *Angabe der Verwaltungsnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen*

(2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

(3) Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.

(4) Die Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V regelt im Kapitel 2 (Teilnahmeverfahren/Voraussetzungen), dass die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübermittlung rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung abzustimmen sind. Für die KKH gilt, dass die Anmeldung zum Datenaustauschverfahren bei der jeweils aktuellen Beleg- und Datenannahmestelle erfolgen muss. Die Kontaktdaten der aktuellen Beleg- und Datenannahmestelle ergibt sich aus dem amtlichen Kostenträgerverzeichnis oder der Informationsbroschüre des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp

- (5) Vor der erstmaligen Durchführung oder vor Änderung des Datenaustauschverfahrens ist die ordnungsgemäße Verarbeitung zwischen Absender und Empfänger zu erproben. Für die KKH führt die jeweils gültige Beleg- und Datenannahmestelle das nachstehend beschriebene Erprobungsverfahren durch. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
- (6) Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.
- (7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
- (8) Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. www.gkv-datenaustausch.de).
- (9) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege/ Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (10) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH 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 oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.
- (11) Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
- (12) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.
- (13) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

(14) Der Leistungserbringer trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

1. IK des Leistungserbringer (§ 1),
2. vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer sowie Menge der abgegebenen Leistung,
3. Rechnungs- und Belegnummer,
4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Wert des Versorgungsvorschlags).

(15) Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden:

Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen, auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen, die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge

Codierblatt,

Verordnung und

ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

anzuliefern und die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden. Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung, werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der KKH zurückgewiesen werden.

(16) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Leistungserbringern insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

(17) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.

(18) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (19) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (20) Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
- (21) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
- (22) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (23) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (24) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.
- (25) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.
- (2) Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.
- (3) Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.
- (4) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.
- (5) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (6) Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
- (7) Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.
- (8) Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Anlage 05: „Datenübermittlung“

1. Elektronischer Datenaustausch	1
1.1 Auftrag.....	2
1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten	2
1.3 Nachrichten.....	2
1.4 Lieferbestätigung.....	2
1.5 Rückholbestätigung	2
2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)	3
3. Zuständige Stellen für Rückfragen	4
4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen	4

1. Elektronischer Datenaustausch

Die KKH nutzt für den elektronischen Datenaustausch exklusiv die Dienstleistung der Firma:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
 Hoheloogstr. 14
 67065 Ludwigshafen
 Telefon: 0621.67 17 82-79
 E-Mail: support@medicomp.de
 Internet: www.medicomp.de

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags ist ausschließlich über diese Dienstleistungsfirma zulässig. Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit der o.g. Firma in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter zu vereinbaren.

Die fallbezogene Kommunikation hat grundsätzlich über den elektronischen Datenaustausch zu erfolgen. Hierzu stehen folgende Funktionen zur Verfügung:

- Empfang eines Auftrags für die Erstellung eines Kostenvoranschlags, Anpassung/Reparatur/sicherheitstechnische Kontrolle/Wartung/Rückholung eines Hilfsmittels,
- Versand des Kostenvoranschlags,
- Empfang des Entscheidungsdatensatzes (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung),
- Empfang und Versand von Nachrichten,
- Versand einer Lieferbestätigung.

Die zulässigen Dateiformate für Anhänge (z. B. Verordnung, Kostenvoranschlag, Lieferschein) sind TIF, JPEG und PDF. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Leistungserbringer die notwendigen Unterlagen im Ausnahmefall auch auf dem Postweg oder per Fax an das zuständige Hilfsmittelzentrum senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren für die Faxübermittlung leitet sich aus

dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

Eine Übermittlung von fallbezogenen Daten, wie Verordnungen, Kostenvoranschlägen, Lieferscheinen, etc. per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko/ den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

1.1 Auftrag

Der Leistungserbringer kann über den Datenaustausch durch die KKH beauftragt werden, auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag/Angebot zu erstellen, eine Anpassung/Reparatur/Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

Der Leistungserbringer sendet den Kostenvoranschlag als elektronischen Datensatz. Gemäß der Leistungsbeschreibung kann es erforderlich sein, dass dem Kostenvoranschlag ein oder mehrere Anhänge beizufügen sind.

Die KKH wird ihre Entscheidung ((Teil-)Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung, Entscheidungsänderung) ebenfalls elektronisch übermitteln. Die KKH wird die Verordnung im Bedarfsfall als Anhang beifügen, sollte diese dem Leistungserbringer nicht bereits vorliegen.

1.3 Nachrichten

Der Leistungserbringer kann den elektronischen Datenaustausch nutzen, um fallbezogene Nachrichten an die KKH zu übermitteln und zu empfangen. In diesen Nachrichten ist ebenfalls eine Übermittlung von Dateianhängen möglich.

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise*: Anschrift des Versicherten),
- die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer
- genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Gruppierungsnummer (Darstellung, welche Positionen des KVAs zu einer Hilfsmittelversorgung gehören - analog der technischen Anlage nach § 302 SGB V),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- gültiger ICD-Schlüssel aus dem aktuell gültigem ICD-10-Verzeichnis oder Angabe der Diagnose (im Langtext) gemäß Verordnung,
- die vertragsärztliche Verordnung in Kopie,
- Im Kostenvoranschlag ist der festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS) anzugeben.

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-32 50

Fax 04 21.16 33 95-55 99

E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-24 50

Fax. 03 65.55 28 6-24 99

E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:

Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr

Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr

Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen

von	bis	HMZ
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

von	bis	HMZ
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Anlage 06: "Richtwerte für den Verbrauch"

Die nachfolgend aufgeführten Werte sind Richtwerte. Sie dienen lediglich als Anhaltspunkte für den monatlichen Bedarf der jeweiligen Produkte. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Richtwerten liegen.

Richtwerte für den Verbrauch

(Quelle: Empfehlungen des MDS/MDK - Stand Januar 2007)

Kolostomie	Positions- Nr./ Produktart	Produktbezeichnung	Verbrauch in Stück je Monat
Plan, einteilig, geschlossen	29.26.01.2	Geschlossene Beutel mit Hautschutz	90
Gewölbt, einteilig, geschlossen	29.26.01.3	Geschlossene Beutel mit Hautschutz konvex	90
Plan, zweiteilig, geschlossen	29.26.01.0	Geschlossene Beutel für Basisplatte	90
	29.26.05.0	Basisplatte Größe 1	10
Gewölbt, zweiteilig, geschlossen	29.26.01.0	Geschlossene Beutel für Basisplatte	90
	29.26.06.0	Basisplatte Größe 1 konvex	10

Ileostomie	Positions- Nr./ Produktart	Produktbezeichnung	Verbrauch in Stück je Monat
Plan, einteilig, offen	29.26.02.2	Ausstreifbeutelbeutel mit Hautschutz	30
Gewölbt, einteilig, offen	29.26.02.3	Ausstreifbeutel mit Hautschutz konvex	30
Plan, zweiteilig, offen	29.26.02.0	Ausstreifbeutel für Basisplatte	30
	29.26.05.0	Basisplatte Größe 1	10
Gewölbt, zweiteilig, offen	29.26.02.0	Ausstreifbeutel für Basisplatte	30
	29.26.06.0	Basisplatte Größe 1 konvex	10

Urostomie	Positions- Nr./ Produktart	Produktbezeichnung	Verbrauch in Stück je Monat
Plan, einteilig, Uro	29.26.03.2	Urostomiebeutel mit Hautschutz	30
	15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	30
	15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	30
Gewölbt, einteilig, Uro	29.26.03.3	Urostomiebeutel mit Hautschutz konvex	30
	15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	30
	15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	30
Plan, zweiteilig, Uro	29.26.03.0	Urostomiebeutel für Basisplatte	30
	29.26.05.0	Basisplatte Größe 1	10
	15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	30
	15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	30
Gewölbt, zweiteilig, Uro	29.26.03.0	Urostomiebeutel für Basisplatte	30
	29.26.06.0	Basisplatte Größe 1 konvex	10
	15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	30
	15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	30

Anlage 07: „Muster Besuchsprotokoll Stomaversorgung“

Besuchsprotokoll Stomaversorgung

Patient

Vorname:

Versicherten-Nr.:

Allgemeine Informationen

Stomabegutachtung: ☐ ja, ☐ nein,

weil:

Versorgung des Patienten

☐ Pat. versorgt sich selbst ☐ durch Pflegedienst ☐ durch (Ehe-)Partner ☐ Andere (z.B. Angehörigen)

Angaben zum Stoma

Stomaart: ☐ Colostoma ☐ Ileostoma ☐ Urostoma ☐ Sonstiges:

Stomaanlage: ☐ doppelläufig ☐ endständig ☐ Sonstiges:

Stomagröße oval: H: mm B: mm rund: Ø mm Lage:

Besonderheiten:

Stomaversorgungssystem

☐ Einteiliges System ☐ Konvexes System ☐ Gürtel ☐ Standardgröße

☐ Zweiteiliges System ☐ Hautschutzringe ☐ Paste ☐ Individuelle Anpassung

☐ Sonstiges:

Irrigation

☐ ja, ☐ nein Anleitung möglich: ☐ ja ☐ nein ☐ abgelehnt

Beratungsleistungen

☐ Versorgungsmöglichkeiten ☐ aufzahlungsfreie Versorgung ☐ Produkteinweisung

☐ Produktbezeichnung(en): _____

☐ zur Vorbeugung und das Erkennen von Komplikationen ☐ Information über Selbsthilfegruppen

☐ Hilfsmittel bezogene Tipps für den Alltag (Beruf, Sport, Familie, evt. geplante Schwangerschaft)

Materialumstellung

☐ nein ☐ evtl. ☐ ja, weil _____

Änderungen im Monatsbedarf

☐ nein ☐ ja, weil _____

Produktauswahl

System	Hersteller	HIMI-Nr:	Monatsbedarf
--------	------------	----------	--------------

☐ Einteiliges System

☐ Basisplatte

☐ Beutelsystem

☐ Paste

☐ Hautschutz _____

☐ Hautschutzringe

☐ Kompressen

☐ Sonstiges _____

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift (Examinierte Pflegekraft / Stomafachkraft)

Stomaversorgung – Allgemeine Information

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Erstversorgung:	☐	Folgeversorgung:	☐
Ges. Betreuer:	_____	Telefon:	_____
Entlassung aus:	_____	Entlassung am:	_____
Hausarzt:	_____	Telefon:	_____
Diagnose:	_____		

☐ Pat. versorgt sich selbst ☐ durch Pflegedienst ☐ durch (Ehe-)Partner ☐ Andere (z.B. Angehörigen)

☐ persönliche Betreuung ☐ telefonische Betreuung ☐ Betreuung abgelehnt

☐ Sonstiges: _____

Stomaart: ☐ Colostoma ☐ Ileostoma ☐ Urostoma ☐ Sonstiges: _____

Stomaanlage: ☐ doppelläufig ☐ endständig ☐ Sonstiges: _____

Stomagröße oval: H: _____ mm B: _____ mm rund: Ø _____ mm Lage: _____

Besonderheiten: _____

☐ Einteiliges System ☐ Konkaves System ☐ Gürtel ☐ Standardgröße
☐ Zweiteiliges System ☐ Hautschutzringe ☐ Paste ☐ Individuelle Anpassung
☐ Sonstiges: _____

☐ ja ☐ nein

System	Hersteller	HIMI-Nr:	Monatsbedarf
☐ Einteiliges System		_____	
☐ Basisplatte		_____	
☐ Beutelsystem		_____	
☐ Paste		_____	
☐ Hautschutz		_____	
☐ Hautschutzringe		_____	
☐ Kompressen		_____	
☐ Sonstiges		_____	
☐ Sonstiges		_____	
☐ Sonstiges		_____	
☐ Sonstiges		_____	

Unterschrift (Examinierte Pflegekraft / Stomafachkraft)

Anlage 09: „Muster Rezeptauftrag“**Einverständniserklärung****Patient**

Name: _____ Vorname: _____
Telefon: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: KKH – Kaufmännische Krankenkasse Versicherten-Nr.: _____

Hiermit versichere ich, dass ich mit den mir verordneten Versorgungsmaterialien / Hilfsmitteln durch den folgenden Leistungserbringer versorgt werden möchte:

Leistungserbringer

Name: _____
Anschrift: _____

Rezeptauftrag

Hiermit willige ich ein, dass ärztliche Verordnungen / Rezepte über Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V sowie Pflegehilfsmittel gemäß § 40 SGB XI an den o.g. Leistungserbringer ausgehändigt werden dürfen, um den Therapieerfolg und eine optimierte Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt / meine Ärztin die auf mich ausgestellten ärztlichen Verordnungen / Rezepte (Muster 16) direkt an die Mitarbeiter der o.g. Firma persönlich oder postalisch weitergeben.

Daten des behandelnden Arztes

Name: _____
Anschrift: _____

Tel-Nr.: _____

Die Klärung der Kostenübernahme wird von der o.g. Firma übernommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters

Anlage 10: „Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V“

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
☐ telefonische Beratung
☐ vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 11: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V“

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Merkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat

☐ mich persönlich und/oder☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für ein anderes Produkt und übernehme hierfür die Mehrkosten.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben