

## Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum  
Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln der  
Produktgruppe 29  
LEGS: 19 00 405**

Name des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer bzw. Inhaber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
IK des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln zum  
\_\_\_\_\_ bei.

Der Beitritt zu dem o.g. Zeitpunkt wird erst wirksam, wenn die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat. Die Zustimmung erfolgt per E-Mail.

Die vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die ab dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Die Novitas BKK sowie der beigetretene Leistungserbringer kann den Beitritt zum Vertrag gemäß § 18 des Vertrages kündigen. Die Kündigung ist schriftlich, auch per E-Mail, zu erklären.

### Ansprechpartner für Versicherte

Name:  
Tel.:  
Fax:  
E-Mail Adresse:

### Ansprechpartner für BKK

Name:  
Tel.:  
Fax:  
E-Mail Adresse:

**Unterlagen zum Vertragsbeitritt (bitte unbedingt mit einreichen):**

☐ Präqualifizierungsnachweis

☐ Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

☐ Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

---

Wir treten der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) für die Produktgruppe 29 bei:

☐ PG 29 - Stomaartikel

Mit dieser Beitrittserklärung verlieren alle anderen dem Leistungserbringer gegenüber bestehenden Verträge mit der Novitas BKK über die in diesem Vertrag geregelten Leistungen und Produktgruppen auf Landes- oder Bundesebene ihre Gültigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel

## Anlage 3 – Liefer- und Abrechnungsbedingungen

### 1 Grundsätze

- Nur bei Vorlagepflicht ist ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die BKK behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen oder genehmigungsfreie Fallkonstellationen betreffen.
- Die dargestellten Erfassungsgrundsätze sind durchgängig auch im Rahmen der Abrechnungen zu verwenden.
- Die Inhalte dieser Anlage sind auch im Abrechnungsverfahren zwingend zu beachten

### 2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem diesem Vertrag

|                           |                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenversichertennummer | <p>Es ist die gültige lebenslange eGK-Nummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt.</p> <p>In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer auf der ärztlichen Verordnung.</p> |
| Kassen-IK                 | 104491707 (Novitas BKK)                                                                                                                                                                                                         |
| Vertragsarztnummer        | <p>Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben.</p> <p>Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „4444444+ 8-9 Stelle Fachgruppen-code“ zu füllen.</p>             |
| Betriebsstättennummer     | <p>Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben.</p> <p>Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).</p>                                         |
| Verordnungsdatum          | Entspricht dem Datum der ärztlichen Verordnung.                                                                                                                                                                                 |
| Diagnose                  | Sofern auf der Verordnung die Diagnose als ICD-Schlüssel vorhanden ist, ist dieser per ekv zu übermitteln.                                                                                                                      |
| Antragsdatum              | Entspricht dem Eingangsdatum des Kostenvoranschlages bei der BKK.                                                                                                                                                               |

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)                      | <p>Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben:</p> <p>Leistungen nach § 302 SGB V =1900405</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)                | <p>Es ist immer die jeweils gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, oder das Sonderkennzeichen im Sinne des Vertrages anzugeben.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit) | <p>Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen (Ausnahme: Zubehör das nicht mit dem Hilfsmittel abgegolten und medizinisch notwendig ist). Falsche oder fehlerhafte Hilfsmittelpositionsnummern (dies gilt auch für kassenspezifische Pseudohilfsmittelpositionsnummern) führen zur Abweisung der Abrechnung. Dies gilt auch für Leistungen, die aufgrund eines genehmigten Kostenvoranschlages erbracht werden.</p> |
| Bezeichnung des Hilfsmittels                                   | <p>Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag.</p> <p>Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätenamen /-Typ manuell zu erfassen.</p>                                                                                                                                                                                                      |
| Hilfsmittelkennzeichen                                         | <p>Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern:</p> <p>00 = Kauf<br/>04 = Nachlieferung<br/>08 = Erstpauschale<br/>09 = Folgepauschale</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Leistungsbeginn                                                | <p><b><u>Pauschale:</u></b></p> <p>Leistungsbeginn bei der <u>ersten Pauschale</u> ist der erste des Monats in dem die Auslieferung stattgefunden hat.</p> <p><b><u>Beispiel:</u></b><br/>Auslieferung: 15.08.2018, Leistungsbeginn</p>                                                                                                                                                                                                                                             |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>01.08.2018</p> <p>Bei einer <u>Folgepauschale</u> muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen.</p> <p><u>Beispiel:</u><br/>         Ende vorherige Pauschale: 31.08.2018,<br/>         Leistungsbeginn Folgepauschale:<br/>         01.09.2018</p> <p><b><u>Einzelleistungen:</u></b></p> <p>Bei Einzelleistungen ist als Leistungsbeginn grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlags einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe / Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. für einen Monat), ist der Beginn dieses Leistungszeitraumes anzugeben.</p> <p><u>Beispiel:</u><br/>         Kostenvoranschlag: 15.07.2018, Leistungsbeginn 15.07.2018</p> |
| Leistungsende | <p><b>Pauschale:</b></p> <p>Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> wird wie folgt berechnet:</p> <p><u>Beispiel:</u><br/>         Auslieferung/Leistungsbeginn: 15.08.2018,</p> <p>Erstpauschale:<br/>         01.08.2018 - 31.08.2018</p> <p>Leistungsende bei Folgepauschalen ist jeweils der letzte Tag des Monats.</p> <p><u>Beispiel:</u><br/>         Folgepauschale für den Monat September:<br/>         01.09.2018 – 30.09.2018</p> <p><u>Ausnahme:</u> Verstirbt der Versicherte am 10.12.2018 kann der Kalendermonat Dezember 2018 vom 01.12. – 10.12.2018 abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt für den ganzen Monat</p> <p>Einzelleistungen</p> <p>Als Leistungsende ist bei Einzelleistungen</p>                           |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <p>grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlages einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe / Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. einen Monat), ist das Ende dieses Leistungszeitraumes anzugeben.</p> <p><u>Beispiel:</u><br/>Kostenvoranschlag: 15.08.2018, Leistungs-ende 15.08.2018</p> |
| Menge/Anzahl             | <p><u>Pauschalen und Kauf</u></p> <p>Bei der Pauschale ist die Menge immer mit „1“ zu erfassen.</p> <p>Bei einem Kauf entspricht die Mengenangabe immer der tatsächlich beantragten Einzelstückzahl des Versorgungszeitraums</p>                                                                                                                 |
| Einheit                  | <p><u>Pauschalen</u><br/>Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.</p> <p><u>Kauf</u><br/>Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.</p>                                                                                                                                                                                          |
| Preis                    | <p>Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.<br/>Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und des gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.</p>                                                                                                                                  |
| Mehrwertsteuer           | <p>Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Kennzeichen Kostenträger | <p>Krankenversicherung</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Eigentumsvorbehalt       | <p>Versicherter</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Images                   | <p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verordnung</li> <li>• Ggf. weitere erforderliche Unterlagen</li> </ul>                                                                                                                       |

|  |                                                                                                                                                                                  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt.<br/>Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.<br/>Bei einer Folgepauschale ist keine ärztliche Verordnung erforderlich</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Anlage 4 – Versicherteninformation und Bestätigung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum  
Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln der  
Produktgruppe 29  
LEGS: 19 00 405**

### Angaben zum Versicherten

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name:               |  |
| Vorname:            |  |
| Geburtsdatum:       |  |
| Versichertennummer: |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| PLZ, Ort            |  |
| Telefonnummer       |  |

### Angaben zum Produkt

|              |  |
|--------------|--|
| Bezeichnung: |  |
|--------------|--|

Der Leistungserbringer \_\_\_\_\_ versorgt Sie mit Stomaartikeln.

Der Mitarbeiter des Leistungserbringers hat Sie bzw. Ihre Angehörigen / Pflegepersonen persönlich über die folgenden Punkte aufgeklärt bzw. hingewiesen.

- Der Leistungserbringer hat unterschiedliche Alternativen der aufzahlungsfreien Versorgung aufgezeigt bzw. angeboten (z.B. im Rahmen einer Bemusterung)
- Alle Produkte zur Stomatherapie, die der Versicherte benötigt, können nur vom o.g. Leistungserbringer bezogen werden.
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit und mutwillige Beschädigung entstehen, sind auf eigene Kosten zu beseitigen.
- Der Leistungserbringer leistet Gewähr für die Güte und die Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung und den gesetzlichen Bestimmungen
- Sie erhalten eine Durchschrift. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer.

Wir bitten Sie diese Punkte zu beachten.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum



## Anlage 5 – Mehrkostenerklärung

### **zum Vertrag nach § 127 Abs. 2a SGB V zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln der Produktgruppe 29**

Versicherter ( Name und Adresse )

.....  
.....  
.....

Aufzahlungsfreie(s) Produkt(e)

.....  
.....  
.....

Aufzahlungspflichtige(s) ( gewählte(s) ) Produkt(e)

.....  
.....  
.....

Aufzahlung in Euro

.....  
.....  
.....

#### Erklärung des Leistungserbringers :

Der Versicherte wurde über das/die aufzahlungsfreie(n) Produkte informiert. Nach Beratung hat er sich für das/die oben benannte(n) Produkt(e) entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Erklärung des Versicherten :

Der Leistungserbringer hat mir mindestens ein aufzahlungsfreies Produkt angeboten. Nach Beratung entscheide ich mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_