

**Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung
mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln**

zwischen der

Novitas BKK
Schifferstr. 92-100
47059 Duisburg
vertreten durch den Vorstand

- im folgenden Betriebskrankenkasse (BKK) genannt -

und der

Leistungserbringer
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
vertreten durch Inhaber / Geschäftsführer
XXXXXXXXXXXX
IK: XXX XXX XXX

- im folgenden Leistungserbringer genannt -

Vertragsnummer: 7000

Leistungserbringergruppenschlüssel: 1997000

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Beratung und Versorgung der Versicherten
- § 6 Versorgung in Sonderfällen
- § 7 Verordnung
- § 8 Qualität der erbrachten Leistungen
- § 9 Umversorgung
- § 10 Eigentumsverhältnisse
- § 11 Vergütung
- § 12 Abrechnung
- § 13 Zuzahlungen
- § 14 Depotverbot
- § 15 Werbung
- § 16 Datenschutz
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Schlussbestimmungen

Anlage 1: Vergütungsvereinbarung

Anlage 2: Beitrittserklärung

Anlage 3: Mehrkostenvereinbarung

Anlage 4: Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen

Anlage 5: Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel

Anlage 6: Versicherteninformation

Präambel

Der Vertrag dient der Sicherstellung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten. Der Vertrag stellt eine hochwertige Versorgung mit zugelassenen Produkten sicher. Das Beitrittsrecht anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag wird ausdrücklich bestätigt.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten mit qualitativ hochwertigen aufsaugenden Inkontinenzartikeln im ambulanten Bereich, die telefonische und - auf Wunsch des Versicherten - persönliche Beratung der Versicherten in der Häuslichkeit zur Auswahl und zum Gebrauch der Produkte, die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch Monatspauschalen – im folgenden Pauschalen genannt – durch den Leistungserbringer. Er gilt ebenfalls für Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen, mit denen keine Pauschalen für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln vereinbart wurden. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlagen 3 (Mehrkostenvereinbarung) und 6 (Versicherteninformation) dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt durch die Beitrittserklärung gemäß der Anlage 2. Das Liefergebiet (Versorgungsgebiet) muss angegeben werden.

(2) Die BKK wird ihre Versicherten über diesen Vertrag in geeigneter Form informieren.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V erfüllt haben. Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle spätestens mit Vertragsbeginn nachzuweisen.

(2) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der §§ 12, 33, 70, 127, 135a und 139 SGB V sowie §47 SGB IX. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(3) Der Leistungserbringer hat ein aufzahlungsfreies Produktportfolio vorzuhalten, welches eine ausreichende Auswahl für den individuellen medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfs des Versicherten ermöglicht. Mit Vertragsbeginn hat der Leistungserbringer eine Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel im Excel-Format analog der Anlage 5 dieses Vertrages zu übermitteln.

(4) Der Leistungserbringer hat für die Beratung nach diesem Vertrag ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Als Nachweis der Qualifikation übermittelt der Leistungserbringer auf Anforderung der Betriebskrankenkasse die Produktschulungsnachweise seiner Beratungsmitarbeiter. Der Leistungserbringer setzt kein Beratungspersonal ohne nachgewiesene Produktschulung ein.

(5) Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vorgenommen. Mit Produkten, die nicht zugelassen sind, wird nur nach individueller Genehmigung der Betriebskrankenkasse unter Angabe einer gesonderten Begründung des Leistungserbringers versorgt.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) –soweit nach diesem Vertrag erforderlich - mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten.

(7) Der Leistungserbringer übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie Hilfsmittelrichtlinien und sonstige relevante Vorschriften in ihrer gültigen Fassung.

(8) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.

(9) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis. Für genehmigungsfreie Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag behält sich die BKK das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Leistungserbringer hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.

§ 4 Haftung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.

(2) Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschluss bzw. Vertragsbeitritt der BKK auf Anforderung auszuhändigen.

§ 5 Beratung und Versorgung der Versicherten

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Bei der Versorgung eines Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln nach der allgemeinen Pauschale und der erhöhten Pauschale verzichtet die BKK auf eine Genehmigung.

Die BKK ist berechtigt, den Genehmigungsverzicht zu widerrufen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Kalendermonat vor Umsetzung mitzuteilen.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen Pflegeperson umfassend und individuell zu beraten. Dies schließt die Auswahl der Produkte nach kostenfreier Bemusterung mit aufzahlungsfreien Produkten in passender Größe ein. Dem Versicherten sind mindestens zwei aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten in anatomisch passender Größe anzubieten. Bis zu einer Abgabemenge von 6 Produkten pro Tag ist allein die Mengenangabe des verordnenden Arztes verbindlich. Wird ein höherer Tagesbedarf geltend gemacht ist der Ablauf nach § 6 Absatz 2 dieses Vertrages verbindlich. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Versicherte innerhalb des jeweiligen Versorgungszeitraumes nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn (gilt nur für Neuversorgungen) eine Versicherteninformation (Anlage 6) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Eine Durchschrift verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Vertragspartnern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten- bzw. doppelte Kosten entstehen, gehen diese nicht zu Lasten der BKK. In diesem Falle vergütet die BKK die Leistung ausschließlich gegenüber dem Vertragspartner, welcher zuerst die Leistung erbracht hat. Die Versicherteninformation ist auf Anforderung der BKK unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Soweit es der Versicherte wünscht, wird die Beratung in seiner häuslichen Umgebung durchgeführt. Eine nicht vom Versicherten gewünschte Kontaktierung hat zu unterbleiben.

(3) Soweit der Versicherte mit aufzahlungspflichtigen Produkten versorgt werden möchte, hat der Leistungserbringer dies entsprechend der Anlage 3 gesondert zu dokumentieren und eine Durchschrift dem Versicherten auszuhändigen. Der BKK ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln.

(4a) Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Produkte erfolgt grundsätzlich für einen Kalendermonat. Auf Wunsch des Versicherten kann im Ausnahmefall die Belieferung der Produkte für maximal 3 Kalendermonate erfolgen und nur unter Beachtung einer kostenfreien Rücknahme unverbrauchter und originalverpackter Produkte.

(4b) Benötigt der Versicherte für einen vollen Monat keine Produkte (z.B. Auslandsaufenthalt, Krankenhausaufenthalt) so kann für diesen Monat keine Pauschale abgerechnet werden.

(5) Im Falle der Rücknahme eines kompletten Monatsbedarfs (vgl. 4a) erfolgt keine Abrechnung der Pauschale. Ist die Abrechnung bereits erfolgt (vgl. 4a und 4b), hat der Leistungserbringer eine Verrechnung mit der Pauschale des Folgemonats vorzunehmen oder eine Erstattung vorzunehmen.

(6) Die Versorgung hat innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Vorlage der abrechnungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Erfolgt die Belieferung trotz vollständiger Unterlagen nicht innerhalb von 3 Arbeitstagen schuldhaft durch den Leistungserbringer, so hat dieser dem Versicherten eine erforderliche Zwischenversorgung in der angefallenen Höhe umgehend zu erstatten.

(7) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit zu den ortsüblichen Telefonkosten von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 09.00 Uhr bis 18.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Werktag vorzunehmen.

(8) Erfolgt eine dauerhafte Versorgung, ist unabhängig von Beratungen die sich aus dem jeweiligen individuellen Bedarf ergeben, drei Wochen nach der erstmaligen Belieferung mit Produkten der aufsaugenden Inkontinenz durch telefonische Rücksprache mit dem Versicherten nach dessen Zufriedenheit der durchgeführten Versorgung zu fragen und bei Bedarf ein Hausbesuch durch qualifiziertes Personal durchzuführen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

§ 6 Versorgung in Sonderfällen

(1) Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der BKK gesondert zu begründen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Versorgung abschließend.

(2) Versicherte sind mit Produkten in ausreichender Anzahl mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall mehr als 6 Produkte pro Tag erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Anzahl der täglichen Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MDK die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des MDK ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.

(3) Versicherte sind mit Produkten ausreichender Saugstärke mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall Produkte der höchsten Saugstärke erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MDK die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des MDK ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.

(4) Versicherte sind mit Produkten mehrkostenfrei zu versorgen, die im Einzelfall geeignet sind. Ist im Einzelfall die Versorgung mit Pants medizinisch erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann

wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MDK die Versorgung abschließend. Soweit sich ein Erfordernis ergibt, ist die Versorgung mit PANTS durch die allgemeine Pauschale abgegolten. Eine Erforderlichkeit ist bei PANTS in der Regel gegeben bei attestierter halbseitiger Lähmung, schweren motorischen Störungen, Demenz mit Akzeptanzstörungen und Einar migkeit. Eine Mehrkostenfähigkeit ergibt sich hieraus nicht. Wird das Produkt aus Komfortgründen durch den Versicherten gewählt, so ergibt sich hieraus Mehrkostenfähigkeit.

(5) Bei der Versorgung mit geschlechtsspezifischen Vorlagen ist die allgemeine Pauschale anzusetzen.

§ 7 Verordnung

(1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit fest. Die auf der Verordnung angegebenen Zeiträume oder Mengenangaben sind für die Beteiligten maßgebend.

(2) Als Versorgungszeitraum wird der Kalendermonat angesehen. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 12.03.2017 – 11.04.2017) werden im Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Verordnung zu belegen. Die Betriebskrankenkassen akzeptieren Verordnungen – auch ohne ärztliche Angabe von Versorgungszeiträumen – für längstens 12 Kalendermonate, es sei denn die Verordnung ist vom Arzt mit einem kürzeren Zeitraum versehen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen. Nach Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

(3) Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig. Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.

(4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (insbesondere Angabe der Diagnose, ggf. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggf. des Versorgungszeitraumes) und dass die Angaben schlüssig sind. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen.

§ 8 Qualität der erbrachten Leistung

(1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils aktuellen Fassung nach 139 SGB V genügen.

(2) Der BKK steht es jederzeit frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zulassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den MDK sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

(3) Die Lieferung der Produkte erfolgt auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung. Als Nachweis gilt die Unterschrift auf dem Lieferschein oder bei Übermittlung durch einen Paketdienst die der Lieferung zugrundeliegende Sendungsverfolgungsnummer.

(4) Der Leistungserbringer unterrichtet den Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner, Telefonnummer und den Ablauf der Versorgung.

§ 9 Umversorgung

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraumes erst zum Ende eines Monats im Versorgungszeitraum möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung - in Abstimmung mit dem Versicherten - den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Die BKK ist vor Beginn des Wechsels ebenfalls zu informieren. Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen.

§ 10 Eigentumsverhältnisse

Der Leistungserbringer verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Wird eine Betriebskrankenkasse von einem Dritten in Anspruch genommen, stellt der Leistungserbringer die BKK von diesen Ansprüchen frei.

§ 11 Vergütung

(1) Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise. Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten.

(2) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so können ihm die hierzu entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist die Erklärung des Versicherten nach der Anlage 3. Hierzu hat der Versicherte die Mehrkostenberechnung unter Darlegung der aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Eine Durchschrift ist dem Versicherten auszuhändigen. Der BKK ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln. Eine andere als die gesetzliche Zuzahlung sowie

die nach Absatz 2 vereinbarten Mehrkosten darf vom Versicherten nicht gefordert werden.

(3) Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen – bei pauschaler Versorgung für den kompletten Versorgungszeitraum - abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn der Versicherte hat, ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Lieferung verlangt.

(4) Die Pauschale kann je Versorgungszeitraum nur einmal abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung der Pauschale während des Versorgungszeitraumes - z. B. bei einem Wohnortwechsel oder einer Doppelversorgung des Versicherten - ist nicht zulässig.

(5) Die Vergütung erfolgt in Monatspauschalen. Teilmonate (Beginn oder Ende der Versorgung im Kalendermonat) werden ebenfalls mit der vollen Monatspauschale vergütet. Die Monatspauschale beginnt immer mit dem 1. eines Kalendermonats und endet grundsätzlich mit dem letzten Tag eines Kalendermonats (die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten).

(6) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Vergütung nur für tatsächlich notwendige und gelieferte Hilfsmittel monatlich abgerechnet wird.

(7) Sofern ein Versicherter für einen vollen Kalendermonat die Leistungen des Leistungserbringers wegen vollstationärer Behandlung (Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung) nicht in Anspruch nimmt, erfolgt keine Abrechnung für diesen Kalendermonat. Wird der BKK dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für den betreffenden Kalendermonat erfolgen. Die Rückforderung muss innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe erfolgen.

(8) Die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse endet im Falle:

- der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
- der Beendigung der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit
- dem Ende der Mitgliedschaft des Versicherten bei der Betriebskrankenkasse
- die Versorgung endet mit Ablauf des letzten Kalendermonats, in dem der Versicherte die Produkte zur Versorgung benötigt. Wird der Betriebskrankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für die betreffenden Kalendermonate erfolgen (z.B. bei abgerechneten Leistungen nach dem Tod).

(9) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach § 33 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung vom Versicherten ein.

§ 12 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und ggf. hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge.

(2) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der BKK oder der von der BKK benannten Abrechnungsstelle. Die Anlage 4 ist inhaltlich ebenfalls bei der Abrechnung zwingend zu beachten.

(3) Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der Anlage 1. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung, sowie die schriftliche Empfangsbestätigung des Versicherten (z.B. Lieferschein) beizufügen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz unter dem TEXT-Segment anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der BKK jederzeit auf Anforderung eingesehen werden. Gleiches gilt für Versorgungen im stationären Bereich. Der Leistungserbringer ermöglicht den Versicherten der BKK eine Auftrags- und Paketverfolgung in Echtzeit. Auf Wunsch erhält der Versicherten die gültige Auftrags- bzw. Sendenummer, so dass er damit online den aktuellen Auftrags- und Paketstatus, die Bestell- und Lieferhistorie, die Zuzahlungs- und Aufzahlungsrechnungen einsehen kann.

(4) Die Abrechnung der Pauschale erfolgt nach Möglichkeit monatlich. Die Pauschale sollte spätestens in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt, abgerechnet werden.

(5) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Bei Zurückweisung der vollständigen Rechnung tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 3 fehlen, werden nicht vergütet.

(6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die BKK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Bei Beanstandungen durch die BKK hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 3 Monaten mit Begründung zu widersprechen.

(7) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bzw. nach gemeinsamer und vollständiger Umsetzung der Abrechnung nach § 302 SGB V drei Wochen nach

Rechnungseingang direkt von der BKK oder von der BKK benannten Abrechnungsstelle bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der vollständigen Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(8) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die BKK unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere hat der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält und im Rahmen der Rechnungsstellung auch insbesondere Abrechnungscode und Tarifkennzeichen sowie die Abrechnungspositionsnummern übermittelt.

(9) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 7 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer 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. Der getroffene Vertrag über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der BKK vorzulegen.

§ 13 Zuzahlungen

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V und § 61 SGB V von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie der Grund zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel angegeben werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der BKK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

§ 14 Depotverbot

(1) Das Depotverbot nach § 128 Abs.1 SGB V ist zu beachten.

§ 15 Werbung

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Werbung in Arztpraxen und Kliniken oder deren Zugängen ist unzulässig.

(2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt / einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

(3) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel oder auch einer Versorgungsform (Kauf oder pauschale Versorgung) ist ebenfalls nicht zulässig.

(4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die jeweilige Betriebskrankenkasse un- aufgefördert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 16 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Datenschutz und den Schutz der Sozialdaten (BDSG, DS-GVO, SGB X 2. Kapitel und SGB I) zu beachten. Er hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 DS-GVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 und 2 DS-GVO herzustellen und einzuhalten.

(2) Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Daten des Versicherten dürfen nur gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem MDK und der BKK bekanntgegeben werden.

(3) Der Leistungserbringer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung personenbezogener Daten bzw. Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG, gemäß Art. 9 Abs. 3 DS-GVO und das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I verpflichtet wurde, über die Regelungen zum Bundesdatenschutzgesetz und sonstiger datenschutzrechtlicher Vorschriften insbesondere im SGB X angemessen und der Aufgabensituation entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgaben verfügt. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der BKK vorzulegen. Sie müssen durch den Leistungserbringer mit den relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht werden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftli-

chen und betrieblichen Angelegenheiten der BKK, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

(5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der BKK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Sozialgeheimnis (SGB I), DSGVO und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.

§ 17 Vertragsverstöße

(1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann ihn die BKK verwarnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.

(2) Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:

- € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3 und 8 und 12 und 14 des Vertrages
- € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

(3) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Vertragsverstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Wiederholte oder schwere Verstöße gegen diesen Vertrag führen ggf. zum Widerruf des Beitritts bzw. der Vertragskündigung.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2020 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2021, schriftlich gegenüber der BKK – auch durch Mitarbeiter - gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.

(2) Der Vertrag ist aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündbar. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, sofern

- der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten aus den § 3, 5 und 6 trotz Abmahnung nicht erfüllt
- die gesetzliche Grundlage für diesen Vertrag entfällt.

(3) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den vertragschließenden Parteien sind möglich und bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Vertragsparteien.

(4) Der BKK steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von vier Wochen zum Fusionszeitpunkt (Datum der Fusion) zu. Zudem besteht bei gravierenden Vertragsverstößen des Leistungserbringers ein Sonderkündigungsrecht mit sofortiger Wirkung.

§ 19
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages fehlen, ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Leistungserbringer unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 20
Schlussbestimmungen

(1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.

(2) Gerichtsstand ist der Sitz der BKK.

Duisburg

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers:

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK:

Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln

FALLPAUSCHALE (FP):

Preise in netto

Abrechnungspositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Monatspauschale in netto	Genehmigungspflicht
15.25.99.5000 für die Novitas BKK	<p>Allgemeine Pauschale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15.25.01 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.02 ➤ 15.25.03 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 <p>Versicherte ab dem vollendeten 14. Lebensjahr</p>	08/09	Euro	Nein
15.25.99.6000 für die Novitas BKK	<p>Erhöhte Pauschale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15.25.01 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.02 ➤ 15.25.03 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 <p>Kinder ab dem vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 14. Lebensjahr</p>	08/09	Euro	Nein

Anlage 2 - Beitrittserklärung

Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln LEGS: 1997000

Name des Leistungserbringers: _____
Geschäftsführer bzw. Inhaber: _____
Anschrift: _____
IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln 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 vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die nach dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Der Beigetretene ist berechtigt, seinen Beitritt gemäß § 18 Abs. 1 des Vertrages mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2021, schriftlich gegenüber der BKK – auch durch Mitarbeiter – zu kündigen. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.

Eine Beendigung des Vertrages bewirkt auch eine Beendigung des Beitritts.

Leistungserbringer, die den folgenden Vertragsinhalt des §12 Abs. 3 des Vertrages noch nicht erfüllen, können dem Vertrag ebenfalls beitreten:

„Der Leistungserbringer ermöglicht den Versicherten der BKK eine Auftrags- und Paketverfolgung in Echtzeit. Auf Wunsch erhält der Versicherten die gültige Auftrags- bzw. Sendenummer, so dass er damit online den aktuellen Auftrags- und Paketstatus, die Bestell- und Lieferhistorie, die Zuzahlungs- und Aufzahlungsrechnungen einsehen kann.“

Ansprechpartner für Versicherte

Tel.:
Fax:
E-Mail Adresse:

Ansprechpartner für Betriebskrankenkasse

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

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (bitte unbedingt mit einreichen):

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: _____

Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel (**bitte als EXCEL-Datei übermitteln**)

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Anlage 3 - Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V

Mehrkostenerklärung 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 folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

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

Anlage 4 – Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen

1 Grundsätze

- Die BKK verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- 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	Es ist eine gültige Krankenversichertennummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104491707 (Novitas BKK)
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „999999999“ zu füllen.
Betriebsstättennummer	Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).
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 Datum des Kostenvoranschlages.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben: 1997000

Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Nach diesem Vertrag ausschließlich zulässig: 15.25.99.5000 (für die Allgemeine Pauschale) 15.25.99.6000 (für die Erhöhte Pauschale)
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Nach diesem Vertrag ausschließlich zulässig: <u>Allgemeine Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.25.99.5000) <u>Erhöhte Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.25.99.6000)
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen)
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist immer der 1. eines Kalendermonats. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.01.2017, Leistungsbeginn 01.01.2017 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.04.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.05.2017
Leistungsende	Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> ist grundsätzlich der letzte Tag eines Kalendermonats. <u>Ausnahme:</u> Sofern dem Vertragspartner das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.
Menge/Anzahl	Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.

Einheit	Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und des gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Verordnung • Ggf. weitere erforderliche Unterlagen • Mehrkostenvereinbarung – bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen (vgl. Anlage 3 des Vertrages) <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>

Anlage 5 – Produktliste der aufzahlungsfreien Produkte

Name Leistungserbringer	IK	PLZ

Ort	Str. / Hausnummer

Die folgenden Produkte werden entsprechend der vertraglichen Bestimmungen aufzahlungsfrei zur Verfügung gestellt:

15.25.02

Netzhosen, Größe 1 0001-0999
 Netzhosen, Größe 2 1000-1999

Netzhosen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.30

Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung 0001-0999
 Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung 1000-1999
 Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung 2000-2999
 Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 3000-3999
 Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 4000-4999
 Vorlagen für Urininkontinenz 5000-5999
 Wiederverwendbare Vorlagen 6000-6999

saugende Inkontinenzvorlagen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.31.

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1 0001-0999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2 1000-

Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

Artikelbezeichnung	Hersteller

1999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3 2000-2999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1 3000-3999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 4000-4999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3 5000-5999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1 6000-6999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2 7000-7999

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3 8000-8999

Anlage 6 - Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 u. 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

ter

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