

# **Vertrag**

## **nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus**

zwischen der

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

im Folgenden „BKK“ genannt

und der

Firma  
Straße, Hausnummer  
PLZ, Stadt  
vertreten durch den Geschäftsführer  
XXXXXX  
IK: XXX XXX XXX

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

**Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V: 19 00 408**

---

## Inhaltsverzeichnis:

### Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Versorgung der Versicherten
- § 6 Beratung der Versicherten
- § 7 Versorgung in Sonderfällen
- § 8 Vertragsärztliche Verordnung
- § 9 Qualität der erbrachten Leistung
- § 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: Liefer- und Abrechnungsbedingungen
- Anlage 4: Versicherteninformation und Bestätigung
- Anlage 5: Eigentumsvorbehalt
- Anlage 6: Mehrkostenerklärung
- Anlage 7: Bedarfserhebungsbogen

## **Präambel**

(1) Dekubitus gehört zu den gravierendsten Gesundheitsrisiken pflegebedürftiger Menschen. Für die Betroffenen gehen Druckgeschwüre mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und der Lebensqualität einher. Die Heilung von Dekubitus ist langwierig, aufwendig und kostenintensiv. Maßnahmen zur Vorbeugung und zur Abheilung von Dekubitalgeschwüren kommen daher eine wichtige Bedeutung zu.

Neben der Bewegungsförderung und der bedarfsgerechten Positionierung gehören Hilfsmittel gegen Dekubitus zu den wichtigsten Maßnahmen, um Dekubitus zu vermeiden oder seine Therapie zu unterstützen. Die Einschätzung und die Empfehlung des konkreten Hilfsmittelbedarfs sind auf der Grundlage der Inhalte der jeweils gültigen Version des DNQP-Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ und der EPUAP-Leitlinien zur „Prävention und Behandlung von Dekubitus“ durchzuführen, die den allgemein anerkannten Stand des Fortschritts in diesem Versorgungsbereich dokumentieren.

Besonders wichtig für eine erfolgreiche Prävention und Therapie ist die qualifizierte Risikoeinschätzung, die Information und Beratung des Versicherten und seiner Angehörigen. Aufgrund der vielfältigen und unterschiedlichen Einfluss- und Kontextfaktoren kann keine einheitliche Empfehlung zum Einsatz eines bestimmten Hilfsmittels gegeben werden. Hilfsmittel gegen Dekubitus sind daher unter der Gesamtbetrachtung der Grunderkrankungen, der Fähigkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Mobilität, der bestehenden Hautschäden, der begleitenden Therapieziele sowie unter Einbeziehung des pflegerischen Umfeldes auszuwählen.

Die Bedarfserhebung, Beratung und Versorgung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus setzt daher besondere fachliche Anforderungen und Verantwortung beim Leistungserbringer voraus.

(2) Vor diesem Hintergrund regelt der vorliegende Vertrag die in der Regel aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus innerhalb von Deutschland. Der Vertrag stellt eine 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 qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK mit den in der Anlage 1 benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung. Mit der Vergütung sind die Hilfsmittel, sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie z.B. die telefonische Beratung, die persönliche Beratung der Versicherten vor Ort, die Einweisung, die Abrechnung dieser Leistung abgegolten. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation und Bestätigung), Anlage 5 (Eigentumsvorbehalt), die Anlage 6 (Mehrkostenerklärung) und die Anlage 7 (Bedarfserhebungsbo-

gen) dieses Vertrages stellen ein Muster mit Mindestinhalten dar, welches in ihrer Ausführung abweichen kann.

## **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

(1) Der Vertrag gilt für

- a) die BKK,
- b) den im Rubrum genannten Leistungserbringer
- c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer genannt), die diesem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu den gleichen Bedingungen gemäß der Beitrittserklärung (Anlage 2) beitreten.

(2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der BKK.

## **§ 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. Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat. Der Leistungserbringer muss zudem während der Vertragslaufzeit die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen erfüllen.

(2) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der §§ 33, 12, 70, 135a SGB V und § 47 SGB IX. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend, zweckmäßig und funktionsgerecht erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität gemäß der Leistungsbeschreibung in Anlage 1 dieses Vertrages erbracht werden. Der Leistungserbringer gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten. Entscheidet sich der Versicherte für ein höherwertiges Hilfsmittel so ist dieser Vorgang mit der Anlage 6 (Mehrkostenvereinbarung) zu dokumentieren.

(3) Die Produktauswahl wird grundsätzlich nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vorgenommen.

(4) Die Bearbeitung von Kostenangeboten erfolgt einvernehmlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme). Das Kostenvoranschlagsverfahren, soweit nach diesem Vertrag notwendig, ist vor der Hilfsmittellieferung vorzunehmen. Die Anlage 3 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten. Kostenvoranschläge in Papierform sind mit einem Abschlag von 5 % auf die in der Anlage 1 genannten Preise ebenfalls möglich.

(5) Der Leistungserbringer erhält von der BKK den Auftrag, nicht mehr benötigte Hilfsmittel in den Lagerbestand zurück zu holen (ZHP) und bis zum Wiedereinsatz einzulagern. Die Kontaktaufnahme zur Terminabsprache für die Rückholung der Hilfsmittel erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen. Die Einlagerungsbedingungen (ZHP) sind zwingend zu beachten. Die gesamte Hilfsmittelpoolverwaltung (Versorgungspauschalhilfsmittel und Kaufhilfsmittel) erfolgt über die Plattform von ZHP. Abholaufträge sind mit der Einlagerungsmitteilung abzuschließen. Hinderungsgründe sind in ZHP zeitnah zu dokumentieren. Bei Nichteinhaltung trotz Erinnerung und Mahnung wird der Zeitwert des Hilfsmittels in Rechnung gestellt.

(6) Der Leistungserbringer übernimmt durch diese Vereinbarung die sich aus der Betreiberrolle ergebenden Verpflichtungen in Bezug auf

- die Installation
  - die Einweisung
  - die technischen Kontrollen/Prüfungen sowie
  - die Aufbereitungen
- von Hilfsmitteln/Medizinprodukten.

Der Leistungserbringer wird, soweit zutreffend:

- Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben instand halten (§ 7 MPBetreibV)
- Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben aufbereiten (§ 8 MPBetreibV)
- Funktionsprüfungen an Medizinprodukten durchführen (§ 10 MPBetreibV)
- sicherheitstechnische Kontrollen an Medizinprodukten durchführen (§ 11 MPBetreibV)
- in Bezug auf das zu führende Bestandsverzeichnis (§ 13 MPBetreibV) Dokumentationen in Bezug auf den Service und die Aufbereitungstätigkeit zur Verfügung stellen
- messtechnische Kontrollen an Medizinprodukten durchführen (§ 14 MPBetreibV).

(7) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.

(8) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis.

## **§ 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 Vertragsabschlusses bzw. Vertragsbeitrittes der BKK auf Anforderung auszuhändigen.

## § 5 Versorgung der Versicherten

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) gemäß den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Von Krankenhausärzten ausgestellte und vom „Muster 16“ abweichende Verordnungen werden von der BKK akzeptiert, wenn diese in Folge eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes ausgestellt worden sind. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (z.B. Angabe Diagnose, Versorgungszeitraum) und dass die Angaben schlüssig sind. Dazu kann der Leistungserbringer Rücksprache mit dem Verordner halten. Das Ergebnis ist hierbei nachvollziehbar zu dokumentieren und der BKK mit der Verordnung im Wege des elektronischen Kostenvoranschlages, soweit nach diesem Vertrag notwendig, zur Verfügung zu stellen.

(2) Der Leistungserbringer verzichtet darauf, sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße dieses Vertrages gewertet. Besteht der Versicherte ausdrücklich auf die sofortige Mitnahme des Hilfsmittels, ist im Einzelfall, nach ausführlicher Aufklärung des Versicherten eine privatrechtliche Vereinbarung, über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei der BKK beantragten Kosten, für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die BKK, zulässig.

(3) Ein Versorgungsauftrag, der von der BKK an den Leistungserbringer geht, gilt als genehmigt. Der Versorgungsauftrag wird an den Leistungserbringer elektronisch übermittelt. Eine elektronische Versorgungsanfrage ist vom Leistungserbringer im selben Vorgang mit einem Kostenvoranschlag zu beantworten. Die Zusendung eines gesonderten Kostenvoranschlages in Papierform oder über einen neuen elektronischen Vorgang ist unzulässig. Fehlerhafte Vorgänge werden zurück gewiesen.

(4) Die Kontaktaufnahme zur Terminabsprache für die Versorgung hat innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Vorlage der genehmigungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Abweichende Fristen sind im Einvernehmen mit dem Versicherten zu vereinbaren und zu dokumentieren. Wenn der Leistungserbringer der Versorgung nicht innerhalb von 4 Arbeitstagen nachkommt bzw. nachkommen kann, ist er verpflichtet den Versicherten hierüber zu informieren und einvernehmlich einen zeitnahen Liefertermin zu vereinbaren. Bei von der BKK als „Eilverversorgung“ oder als „Klinikentlassung“ gekennzeichneten Aufträgen verpflichtet sich der Leistungserbringer zu einer Versorgung innerhalb von 24 Stunden. Wenn der Versicherte durch den Leistungserbringer nicht mehr versorgt werden möchte, ist der Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung unverzüglich an die BKK bzw. den Versicherten zurück zu geben. Etwaige dadurch entstehende Mehrkosten hat der Leistungserbringer der BKK zu erstatten. Die Frist von 4 Arbeitstagen gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder für Produkte mit handwerklicher Zurüstung.

(5) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Werktag vorzunehmen. Der Leistungserbringer verfügt

über einen 24 h Notdienst mit separater Notrufnummer und separatem Notrufanruferantworter.

(6) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über den Leistungsumfang der jeweiligen Versorgung. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn eine Versicherteninformation (Anlage 4) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer, eine Durchschrift wird dem Versicherten ausgehändigt.

## **§ 6 Beratung der Versicherten**

Der Leistungserbringer berät die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V, § 127 Absatz 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind, durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter. Die Beratung wird vom Leistungserbringer persönlich vor Ort durchgeführt und dokumentiert. Handelt es sich bei der Beratung um eine Erstversorgung durch den Leistungserbringer ist die Beratung durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Bei einer Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Auftragswert 120,00 Euro brutto unterschreitet, ist eine Dokumentation der Beratung durch Unterschrift nicht notwendig.

## **§ 7 Versorgung in Sonderfällen**

Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der BKK gesondert zu begründen. Diese klärt ggfls. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung.

## **§ 8 Vertragsärztliche Verordnung**

(1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit fest.

(2) Für die Verordnung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig (§ 8 Abs. 2 Hilfsmittel-Richtlinie). Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich und wirkt entsprechend darauf hin. Lieferungen ohne gültige Verordnung, erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.

(3) 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.

(4) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

## **§ 9**

### **Qualität der erbrachten Leistung**

(1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis 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 zu lassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

(3) Die Lieferung der Produkte erfolgt auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung.

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

## **§ 10**

### **Eigentumsverhältnisse**

Die Kauf-Hilfsmittel bleiben Eigentum der BKK. Der Leistungserbringer verpflichtet sich im Kauf-Verfahren, ausschließlich Hilfsmittel an die Versicherten auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind.

## **§ 11**

### **Vergütung**

(1) Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Bruttopreise. Bei Änderung des Mehrwertsteuersatzes werden die Bruttopreise entsprechend angepasst.

(2) Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen 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 Leistung (Hilfsmittel mit Aufzahlung) verlangt. Im Falle einer mehrkostenpflichtigen Versorgung sind Beratung des Versicherten, die den Aufzahlungsbetrag begründenden Tatbestände und die Aufzahlungshöhe in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 6) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die Mehrkostenerklärung (Anlage 6) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch

enthalten sein. Die Anlage 6 verbleibt beim Leistungserbringer und wird auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Der Versicherte erhält von der Mehrkostenerklärung eine Kopie bzw. Durchschrift.

(3) Die Leistungspflicht der BKK endet, wenn

- die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist,
- die medizinische Versorgungsnotwendigkeit nicht mehr vorliegt,
- die Mitgliedschaft des Versicherten bei der BKK beendet ist (bei Tod des Versicherten ist der Todestag das Leistungsende)

## **§ 12 Abrechnung**

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund 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 3 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 beizufügen.

Gleiches gilt für Versorgungen im stationären Bereich.

(4) Die Abrechnung soll möglichst in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt, erfolgen.

(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. Bei Beanstandungen durch die BKK hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 6 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 vier Wochen nach Rechnungseingang direkt von der BKK gezahlt. 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 des Spitzenverbandes Bund 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 8 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 auf Verlangen vorzulegen.

### **§ 13 Zuzahlungen**

Der Leistungserbringer ist gemäß § 33 Abs. 8 SGB V verpflichtet, die Zuzahlung nach § 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 das Hilfsmittel angegeben werden. Die Angabe des Grundes ist nicht erforderlich, wenn die Produkte oder der Produktbereich, um den es geht, aus der Rechnung ersichtlich ist. Der Vergütungsanspruch gegenüber der BKK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

### **§ 14 Depotverbot**

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 BKK unaufgefordert, 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, EU-DSGVO, SGB X 2. Kapitel) zu beachten.

(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 Auftragnehmer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung personenbezogener Daten bzw. Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG 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.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen 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 Datenschutzbestimmungen 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, 5, 8, 12 und 14 und Anlage 1 Nr. 2 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 (z.B. nicht erbrachte und abgerechnete Leistung) gegen diesen Vertrag führen ggf. zu einer Veranlassung eines Widerrufs der Zulassung und/oder zur Vertragskündigung.

## **§ 18 Inkrafttreten und Kündigung**

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2019 in Kraft. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.09.2020 schriftlich gegenüber dem anderen Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen.

(2) Der Vertrag samt Anlagen 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 und den Beigetretenen 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.

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

**§ 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 Vertragsparteien und die Beigetretenen 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 für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Duisburg.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers:

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK:

\_\_\_\_\_

# **Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung der PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus**

**zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus**

## **1. Allgemeines**

Die Fortschreibung der Produktgruppe 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“, die durch Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 06.12.2018 veröffentlicht wurde, ist Bestandteil dieses Vertrages. Die redaktionellen Ausführungen in der Fortschreibung, die unter Nr. 2 dieser Anlage konkretisiert und ergänzt werden, sind Inhalt dieses Vertrages und zu beachten. Im Wege der Umsetzung der Fortschreibung durch den GKV-Spitzenverband kann es nach Abschluss dieses Vertrages zu Löschungen und Umgruppierungen von Produkten kommen. Soweit diese Veränderungen Auswirkungen auf die nachfolgende Vergütungsregelung unter Nr. 3 haben, vereinbaren die Vertragspartner diese Anlage im Sinne des vorliegenden Vertrages anzupassen. Versorgungen bei Versicherten mit Adipositas und einem Körpergewicht von über 135 kg und bei speziellen Kinderversorgungen wird ein KVA mit 20 Prozent Rabatt auf den offiziellen Herstellerlistenpreis erstellt. Der Herstellerlistenpreis wird dem KV beigefügt.

## **2. Leistungsbeschreibung für die Versorgung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus**

### **a) Anforderungen an die Qualifikation der Fachkräfte**

Die persönliche Beratung der Versicherten über die für sie in der konkreten Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel muss gemäß Hilfsmittelverzeichnis durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Die Auswahl von Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 erfolgt nach DNQP-Expertenstandard und Hilfsmittelverzeichnis unter Berücksichtigung und Einbeziehung der vorliegenden Grunderkrankungen, der Fähigkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Mobilität, der aktuellen Wundsituation sowie den pflegerischen Umfeldbedingungen. Die Erfassung, Beurteilung und Dokumentation dieser Einflussfaktoren und die Bewertung einer komplexen Gesamtsituation sowie die entsprechende Ableitung von Anforderungen an ein Hilfsmittel setzen fundiertes pflegerisch-medizinisches Wissen und Kenntnisse über die Wirkprinzipien, Leistungseigenschaften und möglichen Nebenwirkungen von Hilfsmitteln gegen Dekubitus voraus.

In diesem Zusammenhang hat der Leistungserbringer stets zu gewährleisten, dass für Leistungen nach diesem Vertrag (Statuserhebung, Beratung, Auswahl, hilfsmittelbezogene Einweisung, etc.) ausschließlich Mitarbeiter eingesetzt werden, die eine fachspezifische Ausbildung besitzen (z. Bsp. Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Wundmanager, Personal mit ausreichender Weiterbildung im Versorgungsbereich) und die zusätzlich über aktuelle Kenntnisse in den Bereichen Medizinproduktegesetz (MPG), Hilfsmittelrichtlinien, DNQP-Expertenstandard, Hygienerichtlinien verfügen. Auf Verlangen der BKK sind geeignete Nachweise über die bestehende Qualifikation sowie die Fortbildung und Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter zu erbringen.

Die Qualifikation des Mitarbeiters, der eine Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus durchführt, ist in dem dafür vorgesehenen Feld des Erhebungsbogens (Anlage 7) zu dokumentieren.

#### **b) Individuelle Bedarfsermittlung vor Ort**

Die Bedarfsermittlung hat beim Versicherten vor Ort unter Inaugenscheinnahme des Versicherten zu erfolgen. Telefonische Erhebungen zum Zweck der Bedarfsermittlung sind ausdrücklich nicht dazu geeignet sind, den Patienten zweckmäßig und bedarfsgerecht zu versorgen und daher untersagt. Im Bedarfsfall / auf Wunsch des Versicherten kann die Bedarfsermittlung und Beratung auch in geeigneten Räumen des Leistungserbringers stattfinden.

#### **c) Dokumentation der Bedarfsermittlung in einem Erhebungsbogen**

Die Bedarfsermittlung beim Versicherten vor Ort bedarf der schriftlichen Dokumentation. Zur Transparenz und Qualitätssicherung erfolgt die Dokumentation des Versichertenstatus und des Hilfsmittelbedarfs in einem standardisierten Erhebungsbogen. Der Bedarfsermittlungsbogen muss die Mindestinhalte des vorgegebenen Erhebungsbogens enthalten (Anlage 7). Da ein Erhebungsbogen zur Nachvollziehbarkeit mindestens alle Parameter enthalten muss, die Einfluss auf die Produktauswahl haben, sind die in Anlage 7 aufgeführten, ergänzenden Inhalte ebenfalls im anzuwendenden Erhebungsbogen abzubilden.

#### **d) Beratung**

Der Leistungserbringer berät die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V, § 127 Absatz 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind. Die Beratung des Versicherten und der Angehörigen bei der Versorgung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus muss insbesondere folgende Inhalte umfassen:

- Erläuterung der primären Ursachen- und Wirkungszusammenhänge sowie der Einflussfaktoren auf das Dekubitusrisiko bzw. die Dekubitusentstehung,
- Erklärung der spezifischen Risikosituation des Versicherten und ihre Ursachen,
- Erläuterung der empfohlenen Hilfsmittel gegen Dekubitus, deren Wirkprinzipien, Funktionseigenschaften sowie deren Leistungsgrenzen und mögliche Nebenwirkungen im individuellen Versichertenkontext,
- Erläuterung und Empfehlung des in der konkreten Versorgungssituation festgestellten Bedarfs an ergänzenden Hilfsmitteln und Maßnahmen für die Dekubitusprävention,
- Im Dialog mit den Beteiligten (behandelnder Arzt, betreuende Pflegekräfte, Angehörige) sind die begleitenden Pflege- und Therapieziele zu klären und bei der Hilfsmittelauswahl zu berücksichtigen.

#### **e) Hilfsmittelauswahl**

Der Einsatz von Antidekubitus-Lagerungssystemen darf begleitende Therapieziele nicht beeinträchtigen. Bei der Auswahl sind begleitende Pflege- und Therapieziele wie Mobilitätserhalt, Schmerzentlastung, Körperwahrnehmung, Spastiken- und Kontrakturprophylaxe, Positionierung und Transfermöglichkeit zu berücksichtigen.

Bei entsprechend vorliegenden Indikationsstellungen sollen die angebotenen Matratzensysteme in der Lage sein, schmerztherapeutische Maßnahmen zu unterstützen, vorhandene Restmobilität zu erhalten und negative Reizeinwirkungen auf den Patienten zu minimieren. Demnach müssen die zum Einsatz kommenden Lagerungssysteme insbesondere bei schwerwiegenden Grunderkrankungen die spezifische Patienten-Compliance berücksichtigen. Bei der Auswahl des Hilfsmittels sind die Hinweise im DNQP-Expertenstandard ausdrücklich zu berücksichtigen. Daher ist bei der Festlegung des Wirkprinzips insbesondere zu beachten, ob und in welchem Maße aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen oder der vorliegenden Pflegesituation ausreichende druckentlastende Umpositionierungen erfolgen können.

Bei der Auswahl des Hilfsmittels sind mögliche Wechselwirkungen mit bereits vorhandenen oder mit weiteren verordneten Hilfsmitteln zu beachten. Weiterhin ist die Normenkonformität zur DIN EN 6060-1-2-52 für elektrisch betriebene Krankenbetten zu berücksichtigen (Sicherheitsabstand Matratzenoberkante zur Seitengitteroberkante).

#### **f) Lieferung / Abgabe des Hilfsmittels**

Das Hilfsmittel ist in einem gebrauchsfertigen, kompletten, hygienisch und technisch einwandfreien Zustand abzugeben.

Das Hilfsmittel ist aufzubauen, auf die individuellen Bedürfnisse des Versicherten einzustellen und in Betrieb zu nehmen. Es ist ein Funktionstest durchzuführen.

Es erfolgt eine sachgerechte, persönliche Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch. Die Einweisung erstreckt sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, des Zubehörs sowie die Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte und / oder die Angehörigen in den Stand versetzt werden, das Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu nutzen. Es ist eine allgemeinverständliche Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache auszuhändigen.

Es sind geeignete Maßnahmen zum Matratzenausgleich bei abweichenden Pflegebettgrößen durchzuführen.

#### **g) Nachbetreuung**

- Der Leistungserbringer hat eine Service-Hotline für Anwendungsfragen, Reklamationen, Austauschversorgungen und Fragen rund um die Dekubitusversorgung vorzuhalten.
- Der Leistungserbringer verfügt über eine ausreichende Ersatzteilbevorratung sowie einen Leih-Hilfsmittel-Pool zur Ausgabe bei Reparaturen. Im Servicefall (Reparatur, Wartung, Instandsetzung) wird ein bedarfsspezifisches Ersatzprodukt zur Verfügung gestellt.
- Die gesetzlich vorgeschriebenen sicherheitstechnischen Kontrollen nach § 6 MPBetrV, anfallende Reparaturen sowie die Führung des Bestandsverzeichnisses werden durch autorisierte Fachkräfte durchgeführt.
- Auf Anforderung durch die BKK, den Versicherten oder pflegende Angehörige hat der Leistungserbringer eine Überprüfung der Versorgung durchzuführen, beispielsweise bei einer Verschlechterung oder Stagnation der Wundsituation. Die Versorgungsüberprüfung ist zu dokumentieren.
- Bei fehlender Patienten-Compliance mit dem ausgelieferten Hilfsmittel ist ein

Austausch gegen ein bedarfsspezifisches Produkt auszuführen (im Rahmen einer Versorgungspauschale).

#### **h) Umversorgung**

Ergibt sich während der pauschalen Versorgung wegen einer neuen bzw. der Veränderung einer bestehenden Indikation die Notwendigkeit einer Umversorgung, ist diese bei einer Versorgung innerhalb der gleichen Pauschale kostenfrei zu erbringen. Bei einem Wechsel in eine höhere Pauschale ist nur die Abrechnung der Differenz zur ursprünglichen Pauschale möglich. Stellt sich heraus, dass die Hilfsmittel bei der Erstversorgung nicht fachgerecht ausgewählt wurden, entfällt die Berechnung der Differenzpauschale.

#### **i) Überprüfung der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Hilfsmittelversorgung (Evaluation)**

Im DNQP-Expertenstandard und in den Hilfsmittelrichtlinien ist eine Überprüfung der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels nach der Versorgung ausdrücklich vorgesehen. Der Leistungserbringer führt eine solche Überprüfung innerhalb der ersten drei Monate nach der Versorgung, frühestens aber nach sechs Wochen durch.

Bei Versorgungsmaßnahmen zur Dekubitusprävention, bei denen zum Zeitpunkt der Lieferung der Hilfsmittel also noch kein Dekubitus vorlag, kann die Überprüfung der prophylaktischen Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit telefonisch durchgeführt werden. Diese Überprüfung erfolgt durch eine geschulte Fachkraft des Leistungserbringers entsprechend Nr. 2a dieser Anlage und wird von ihr mit einem strukturierten Evaluationsbogen dokumentiert. Der Evaluationsbogen ist der BKK zu übermitteln. Die telefonische Überprüfung der Wirksamkeit erfolgt ohne Vergütung.

Ergibt sich bei der telefonischen Erhebung, dass nach der Versorgung ein offenes Druckgeschwür entstanden ist, muss umgehend die BKK informiert werden.

Bestand zum Versorgungszeitpunkt bereits ein Druckgeschwür erfolgt die Überprüfung der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit im Zeitraum zwischen sechs und 12 Wochen nach der Lieferung des Hilfsmittels ebenfalls telefonisch. Falls das Druckgeschwür ebenfalls noch besteht und sich ggf. verschlechtert hat, ist der Evaluationsbogen ebenfalls an die BKK zu übermitteln.

Die BKK entscheidet, ob ein Hausbesuch zur Überprüfung der Versorgung erforderlich ist. Im Falle eines Hausbesuches erfolgt eine strukturierte Erhebung durch eine geschulte Fachkraft gemäß Nr. 2a nach festen Parametern (u.a. aktueller Wundstatus, Überprüfung der korrekten und regelmäßigen Nutzung des Hilfsmittels, Patientenakzeptanz, Auswirkungen auf begleitende Therapieziele). Abhängig vom Ergebnis der Überprüfung ist eine erneute Beratung des Versicherten, der Angehörigen oder Pflegepersonen erforderlich und notwendige Korrekturen der Maßnahmen zu empfehlen sowie diese ggf. mit dem behandelnden Arzt abzustimmen.

Für diesen Besuch vor Ort zur Überprüfung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Folgekosten für die Wundbehandlung wird die Pauschale für die Evaluation gemäß Abrechnungsposition Ziffer 11.99.99.5114 vergütet. Hierzu ist der BKK als Nachweis der Erhebungsbogen zur Evaluation zu übermitteln.

### 3. Abrechnung

Es gilt die nachstehende Preisregelung. Die Versorgung erfolgt aufzahlungsfrei. Alle Preise sind Bruttopreise. Bei Änderung der Mehrwertsteuer werden die Preise entsprechen verändert.

#### 11.11.05 Statische Positionierungshilfen

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.11.05.0xxx	Statische Positionierungshilfen zur Lagerung (Extremitäten)	00	€	19%	ja
11.11.05.0222	Statische Positionierungshilfen zur Lagerung (Extremitäten): Fersenschutz, Fersenspolster, Fersenschoener, Fersenaufgabe	00	€	19%	nein
11.11.05.0444	Statische Positionierungshilfen zur Lagerung (Extremitäten): Beinkissen mit Kammern zur Fersenfreilagerung	00	€	19%	nein
11.11.05.1xxx	Statische Positionierungshilfen zur Lagerung (Teilkörper)	00	€	19%	nein
11.11.05.2xxx	Statische Positionierungshilfen zur Lagerung (Ganzkörper)	00	€	19%	nein

## 11.29.01 Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.01.0xxx	Weichpolsterauflagen	00	€	19%	ja
11.29.01.1xxx	Schaumauflagen mit einteiliger Liegefläche	00	€	19%	ja
11.29.01.2xxx	Schaumauflagen mit unterteilter Liegefläche	00	€	19%	ja

Wegen der geringen Aufbauhöhe und der damit verbundenen eingeschränkten Druckverteilungseigenschaften, ist die Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels im spezifischen Versichertenfall mit dem KVA schriftlich zu begründen.

## 11.29.02 Luftgefüllte Auflagen zur kontinuierlichen Weichlagerung

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.02.0xxx	Luftgefüllte Auflagen, nicht motorisiert Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja
11.29.02.1xxx	Luftgefüllte Auflagen, multizelluläres modulares System Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja
11.29.02.5xxx	Luftgefüllte Auflagen, motorisiert mit Luftstrom, automatisch geregelt Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

Bei den zum Kauf geregelten Positionsnummern dieser Produktart 11.29.02 ist eine ausführliche Begründung für den Einsatz dieser Systeme und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln gegen Dekubitus darzulegen.

Wegen der geringen Aufbauhöhe und der damit verbundenen eingeschränkten Druckverteilungseigenschaften, ist die Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels im spezifischen Versichertenfall mit dem KVA schriftlich zu begründen.

Beim Einsatz von luftgefüllten Auflagen, die im Falle einer vollständigen Entlüftung der Luftkammern zum Schutz des Versicherten mit einer Untermatratze versehen werden müssen ist die Normenkonformität zur DIN EN 6060-1-2-52 für elektrisch betriebene Krankenbetten besonders zu berücksichtigen (Sicherheitsabstand zwischen der Matratzenoberkante und der Oberkante des Seitengitters des Pflege- oder Krankenbettes).

### 11.29.04 Auflagen zur intermittierenden Entlastung

Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.04.xxxx	Luftgefüllte Wechseldruckauflagen Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

Beim Einsatz von luftgefüllten Auflagen, die im Falle einer vollständigen Entlüftung der Luftkammern zum Schutz des Versicherten mit einer Untermatratze versehen werden müssen, ist die Normenkonformität zur DIN EN 6060-1-2-52 für elektrisch betriebene Krankenbetten besonders zu berücksichtigen (Sicherheitsabstand zwischen der Matratzenoberkante und der Oberkante des Seitengitters des Pflege- oder Krankenbettes).

### 11.29.05 Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien

Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.05.0xxx	Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja
11.29.05.1xxx	Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	08	€	19%	ja

	Laufzeit: unbegrenzt				
11.29.05.2xxx	Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen (Die Matratze muss herausnehmbare Würfel zur gezielten Druckentlastung gem. der Produktdefinition des HVM aufweisen. Schaummatratzen mit einer oberflächlichen Würfelstruktur ohne Entnahmeoption sind nicht über diese Positionsnummer abrechenbar.) Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja
11.29.05.6xxx	Schaummatratzen mit integrierter Freilage- rung	08	€	19%	ja

### 11.29.08 Matratzen zur intermittierenden Entlastung

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfsmittel- kenn- zeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungs- pflicht
11.29.08.xxxx	Matratzen zur intermittierenden Entlastung Laufzeit: unbegrenzt	08	39€	19%	ja
11.29.08.4444	Sonderlagerungssysteme mit indikations-spezifischen Versorgungsanforderungen* Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

\*der Einsatz von Hilfsmitteln gegen Dekubitus darf begleitende Therapieziele nicht beeinträchtigen und er muss das Risiko von Nebenwirkungen und auftretenden Begleiterkrankungen berücksichtigen. Diese Fallpauschale kann daher angeboten werden, wenn bei einem Versicherten aufgrund seines Dekubitusrisikos und der vorliegenden Einschränkungen bei der Umpositionierung, Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien zur Dekubitusprävention nicht ausreichend sind und der Einsatz eines aktiv-dynamischen Wechseldrucksystems bei der vorliegenden, speziellen In-

dikation zu Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen führen kann. In diesen Fällen können Liegehilfen zur Druckreduzierung mit geringer Reizeinwirkung auf den Versicherten oder mit anderen speziellen Eigenschaften, die begleitende Therapieziele nicht gefährden oder unterstützen, eingesetzt werden. Zu den Indikationen mit diesen besonderen Versorgungsanforderungen gehören: **Tumorerkrankungen mit Metastasenbildung und ausgeprägter Schmerzsymptomatik, schwere neurologische Erkrankungen (ALS, MS, Appallisches Syndrom), Querschnittssyndrom, Anfallsleiden, fortgeschrittene Osteoporose mit Frakturen, instabile Wirbelerletzungen, extreme Kachexie (Körpergewicht <40kg).** Die Indikation muss aus der Verordnung ersichtlich sein.

Die besonderen Anforderungen an das Hilfsmittel bestehen bei diesen Indikationen nicht generell, sondern in Abhängigkeit von der aktuellen Ausprägung und dem Fortschritt der Erkrankung. Neben einem Diagnosenachweis ist bei dieser Versorgungspauschale mit dem KVA auch eine nachvollziehbare fachliche Begründung für den Einsatz des angebotenen Hilfsmittels und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln gegen Dekubitus erforderlich.

### 11.29.09 Kombinierte Schaumstoff-Luftkissenmatratzen

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.09.xxxx	Kombinierte Schaumstoff-Luftkissenmatratzen Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

### 11.29.10 Dynamische Liegehilfen zur Umlagerung

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.10.0xxx	Seitenlagerungssysteme (einteilige Systeme)	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja

11.29.10.1xxx	Seitenlagerungssysteme (mehnteilige Systeme)	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja
11.29.10.2xxx	Seitenlagerungssysteme mit integriertem Wechseldruck	00	€	19%	ja
		02	€	19%	js

Neben dem KVA ist eine ausführliche Begründung für den Einsatz dieser Systeme und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln gegen Dekubitus darzulegen.

### 11.29.11 Dynamische Systeme zur Stimulation von Mikrobewegungen

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.11.0xxx	Komplettsysteme zur Stimulation von Mikrobewegungen	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja
11.29.11.1xxx	Aktive Komplettsysteme zur Stimulation von Mikrobewegungen	00	%	19%	ja
		02	€	19%	ja

Neben dem KVA ist eine ausführliche Begründung für den Einsatz dieser Systeme und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln gegen Dekubitus darzulegen. Der Herstellerlistenpreis wird dem KV beigefügt.

### 11.29.12 Weichlagerungsmatratzen mit verschiebbaren oder verformbaren Füllungen

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.29.12.0xxx	Matratzen mit verformbaren Füllungen	00	%	19%	ja
		02	€	19%	ja

11.29.12.1xxx	Matratzen mit verschiebbaren Elementen	00	%	19%	ja
		02	€	19%	ja

Neben dem KVA ist eine ausführliche Begründung für den Einsatz dieser Systeme und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln gegen Dekubitus darzulegen. Der Herstellerlistenpreis wird dem KV beigefügt.

### 11.39.01 Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.39.01.xxxx	Schaumsitzkissen kein Wiedereinsatz	00	€	19%	nein

### 11.39.02 Gelgefüllte Sitzhilfen

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.39.02.xxxx	Gelgefüllte Sitzkissen kein Wiedereinsatz	00	€	19%	nein
11.39.02.0005	** Gelgefüllte Sitzkissen	00	€	19%	ja
11.39.02.0006		00	€	19%	ja
11.39.02.0007		00	€	19%	ja
11.39.02.0008		00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja

\*\* Bei Hilfsmitteln mit den Positionsnummern 11.39.02.0005 bis 11.39.02.0008 ist neben dem KVA eine ausführliche Begründung für den Einsatz dieser Sitzhilfen und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Sitzhilfen gegen Dekubitus darzulegen.

### 11.39.03 Luftgefüllte Sitzkissen

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.39.03.xxxx	Luftgefüllte Sitzkissen Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

Rückkauf: Die sich im Lager befindlichen Hilfsmittel und die vom Versicherten zurückgeholten Hilfsmittel werden zu einem Preis von 25 % der Versorgungspauschale der BKK abgekauft. Die Regelung gilt nicht für Hilfsmittel, die älter als 5 Jahre sind.

### 11.39.04 Struktursitzkissen

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.39.04.0xxx	Gitter-Strukturkissen	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja
11.39.04.3xxx	Sitzkissen mit Abstandsgewirk zur Weichlagerung	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja

Bei Hilfsmitteln dieser Produktart ist neben dem KVA ist eine ausführliche Begründung für den Einsatz der Sitzhilfe und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Sitzhilfen gegen Dekubitus darzulegen.

### 11.39.05 Sitzkissen mit verschiebbaren Elementen

Hilfsmittelpositionsnnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.39.05.0xxx	Sitzkissen mit verschiebbaren Elementen, Einkammersystem	08	€	19%	ja

	Laufzeit: unbegrenzt				
11.39.05.1xxx	Sitzkissen mit verschiebbaren Elementen, Mehrkammersystem Laufzeit: unbegrenzt	08	€	19%	ja

### 11.41.01 Rückensysteme

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.41.01.8xxx	Sonstige Rückensysteme	00	€	19%	ja
		02	€	19%	ja

Bei Hilfsmitteln dieser Produktart ist neben dem KVA eine ausführliche Begründung für den Einsatz der Sitzhilfe und des zugrundeliegenden Wirkprinzips in Abgrenzung zu anderen Sitzhilfen gegen Dekubitus darzulegen.

### 11.99.99 Abrechnungspositionen

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt.	Genehmigungspflicht
11.99.99.0xxx	Zubehör	12	%	19%	ja
11.99.99.5111	Sicherheitstechnische Kontrollen/Wartung bei Hilfsmitteln im laufenden Einsatz beim Versicherten und wenn es sich um Eigentum der BKK handelt.	15	€	19%	ja

11.99.99.5112	Hygienische Aufbereitung von Liegehilfen gem. 11.29.xx.xxxx und Stellung eines Ersatzproduktes im laufenden Einsatz beim Versicherten und wenn es sich um Eigentum der BKK handelt.	15	€	19%	ja
11.99.99.5113	Reparaturen	01		19%	ja
11.99.99.5114	Pauschale für die Evaluation der Versorgung in Verbindung mit einem Besuch vor Ort	00	€	19%	ja

Die Wiedereinsatzpauschalen beinhalten neben die unter Nr. 2 dieser Anlage beschriebenen Leistungen (Leistungsbeschreibung für die Versorgung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus) zusätzlich die Kosten für Abholung, hygienische Aufbereitung, Prüfung der Wiedereinsatzfähigkeit, Sicht- und Funktionsprüfung, Sicherheitstechnische Kontrolle und Auslieferung. Wiedereinsätze sind grundsätzlich vorrangig einer Neuversorgung. Liegen die Kosten eines Wiedereinsatzes (inkl. evtl. Reparaturen) über 80 Prozent eines Neukaufs, so ist ein Neukauf anzubieten. Die entsprechende Begründung ist mit einzureichen.

Die Vergütung für Sicherheitstechnische Kontrollen von Hilfsmitteln im Eigentum der BKK beim Versicherten vor Ort beinhalten An- und Abfahrt, Sicherheitstechnische Kontrolle und Dokumentation.

Die Vergütung für die hygienische Aufbereitung von Hilfsmitteln im Eigentum der BKK im laufenden Einsatz bei Versicherten vor Ort beinhaltet An- und Abfahrt, Hygienische Aufbereitung, Dokumentation, Zurverfügungstellung eines Ersatzproduktes, Rücklieferung des aufbereiteten Hilfsmittels zum Versicherten.

### **Leistungsbeschreibung**

Die Leistung für die Hilfsmittel gegen Dekubitus erfolgt durch Kauf des Hilfsmittels bzw. als Versorgungspauschale. Die Vergütung umfasst neben dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Alle unter Nr. 2 aufgeführten Leistungen (Leistungsbeschreibung für die Versorgung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus),

2. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation, Fahrtkosten, Erprobung und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels
3. Kontaktaufnahme zur Lieferung innerhalb von 2 Arbeitstagen bzw. 24 Stunden bei Eilversorgungen und Kontaktaufnahme zur Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. geeignete Maßnahmen zum Matratzenausgleich bei abweichenden Pflegebettgrößen,
7. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers,
8. Reparaturen innerhalb der Garantiezeit,
9. gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
10. die Durchführung einer Überprüfung der Versorgung vor Ort auf Anforderung durch die BKK, den Versicherten oder pflegende Angehörige,
11. Kostenfreier Austausch gegen ein bedarfsspezifisches Produkt bei fehlender Patienten-Compliance mit dem ausgelieferten Hilfsmittel,
12. Telefonische Überprüfung der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Versorgung gemäß Nr. 2i dieser Anlage,
13. die Abrechnung erfolgt nach § 302 SGB V zu erfolgen,
14. die telefonische Erreichbarkeit wird sichergestellt.

Sofern das Hilfsmittel im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, ist die jeweilige Beschreibung zu beachten.

### **Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung**

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.05.2019 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen.

## Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum  
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus  
LEGS: 19 00 408**

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

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus 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 eMail.

Die vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die nach 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 folgenden Anlagen der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) bei:

alle (Anlage 1)

Mit dieser Beitrittserklärung verlieren sämtliche unserem Betrieb gegenüber bestehende andere und/oder bisherige BKK-Verträge 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	Es ist die gültige lebenslange eGK-Nummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt.  In der Regel findet sich die Krankenversicherthenummer 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 Eingangsdatum des Kostenvoranschlages bei der BKK.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben:  Leistungen nach § 302 SGB V =1900407

Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Es ist immer die jeweils gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, oder das Sonderkennzeichen im Sinne des Vertrages anzugeben.
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	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.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag.  Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätemame /-Typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern:  00 = Kauf 01 = Reparatur 02 = Wiedereinsatz 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 12 = Zubehör 15 = Wartungspauschale/STK
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist das tatsächliche Auslieferungsdatum.  <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017  Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen.  <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.09.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale:

	<p>01.10.2017</p> <p>Leistungsbeginn bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017</p>
Leistungsende	<p>Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> wird wie folgt berechnet:</p> <p>Auslieferung/Leistungsbeginn: 15.07.2017, Erstpauschale, Leistungsende nach 60 Monaten: 14.07.2022</p> <p><u>Ausnahme:</u> Sofern dem Leistungserbringer das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.</p> <p>Leistungsende bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsende 15.07.2017</p>
Menge/Anzahl	<p><u>Pauschalen und Kauf</u></p> <p>Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.</p>
Einheit	<p><u>Pauschalen</u></p> <p>Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.</p> <p><u>Kauf</u></p> <p>Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.</p>
Preis	<p>Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.</p> <p>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	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
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> |
|--|--|

Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt.  
Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF  
zulässig.

Bei einer Folgepauschale ist keine ärztliche  
Verordnung erforderlich

## Anlage 4 – Versicherteninformation und Bestätigung

### Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmittel gegen Dekubitus LEGS: 19 00 408

#### Angaben zum Versicherten

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

#### Angaben zum Produkt

Bezeichnung:	
--------------	--

Der Leistungserbringer \_\_\_\_\_ versorgt Sie ab dem \_\_\_\_\_ mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus.

Das Hilfsmittel ist Eigentum des Leistungserbringers und wird Ihnen zur Verfügung gestellt. Auf die folgenden Punkte hat Sie der Mitarbeiter des Leistungserbringers hingewiesen.

- Das Hilfsmittel wird bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich behandelt.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Leistungserbringer, wenn Reparaturen für diese Versorgung notwendig 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 – Eigentumsvorbehalt

### Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus LEGS: 19 00 408

#### Angaben zum Versicherten

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

#### Angaben zum Produkt

Bezeichnung:	
--------------	--

Der Leistungserbringer \_\_\_\_\_ versorgt Sie ab dem \_\_\_\_\_ mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus.

Das Hilfsmittel ist Eigentum der Novitas BKK und wird Ihnen zur Verfügung gestellt. Auf die folgenden Punkte hat Sie der Mitarbeiter des Leistungserbringers hingewiesen.

- Das Hilfsmittel wird bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich behandelt.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Leistungserbringer, wenn Reparaturen für diese Versorgung notwendig 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 6 – Mehrkostenerklärung

**zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus**

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 Hilfsmittel informiert. Nach Beratung hat er sich für das/die oben benannte(n) Hilfsmittel entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Erklärung des Versicherten :

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

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

Unterschrift \_\_\_\_\_