

Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung

Vergütungsregelung

Die Anlage 1 regelt die Vergütung für die im Vertrag über die Stomaversorgung genannten Leistungen. Die BKK zahlt für die Versorgung der Versicherten für die eingesetzten bzw. verbrauchten Hilfsmittel, Verbandstoffe und weiteren Verbrauchsmaterialien, z. B. Hautschutzpasten und Kompressen, eine kalendermonatliche Pauschale.

Anwender-spezifische Hilfs-mittelposi-tionsnummer	Hilfsmit-telkenn-zeichen	Leistungsbeschrei-bung	mtl. Preis in EUR zzgl. MWSt. ab 01.01.2019	Genehmi-gung
2900260001	08	Monatspauschale bei Colostomie für die Stomaversorgung - Erstpauschale	€	nein
2900260001	09	Monatspauschale bei Colostomie für die Stomaversorgung - Fol-gepauschale	€	nein
2900260002	08	Monatspauschale bei Ileostomie für die Stomaversorgung - Erstpauschale	€	nein
2900260002	09	Monatspauschale bei Ileostomie für die Stomaversorgung - Fol-gepauschale	€	nein
2900260003	08	Monatspauschale bei Urostomie für die Stomaversorgung - Erstpauschale	€	nein
2900260003	09	Monatspauschale bei Urostomie für die Stomaversorgung - Fol-gepauschale	€	nein

2900260004	08	ErstpauSchale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz (Die Pauschale kann nicht gleichzeitig mit der Pauschale 2900260003 abgerechnet werden)	€	nein
2900260004	09	FolgepauSchale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz (Die Pauschale kann nicht gleichzeitig mit der Pauschale 2900260003 abgerechnet werden)	€	nein
2900260005	08	Zusätzliche ErstpauSchale für die Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	€	nein
2900260005	09	Zusätzliche FolgepauSchale für die Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	€	nein
2900260006	08	Zusätzliche ErstpauSchale für Fistelversorgung bei einer unabhängigen, ursächlich nicht in Zusammenhang stehenden Stomaversorgung	€	ja
2900260006	09	Zusätzliche FolgepauSchale für Fistelversorgung bei einer unabhängigen, ursächlich nicht in Zusammenhang stehenden Stomaversorgung	€	ja

- 1) Die Vergütung erfolgt für den Kalendermonat. Der erste und letzte Monat wird unabhängig vom Beginn und Ende der Versorgung in Höhe der vollen Monatspauschale vergütet. Bei Beendigung der Versorgung im Laufe eines Monats (z.B. Rückverlegung des Stoma, Tod, o.ä.) ist das tatsächliche Ende einzutragen.
- 2) Die Monatspauschalen beinhaltet die Versorgung durch qualifiziertes Personal während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterial (z.B. Haftsprays, Haftmittel) die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Medizinisch nicht notwendige Hilfsmittel und Zubehör wie z.B. Fixierstreifen und Müllbeutel sind nicht Inhalt der Pauschale und werden auch nicht von der BKK im Einzelfall an den Leistungserbringer oder den Versicherten erstattet.
- 3) Aufgrund der Schwere der Vorerkrankung kommt es in Einzelfällen zu einer Doppel-Stomaaanlage. Da jede Anlage für sich gesehen individuell versorgt werden muss, ist bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse max. die Monatsvergütung beider Stomapauschalen möglich. Eine doppelläufige Stomaaanlage ist als eine Stomaaanlage zu betrachten, weshalb nur eine Stomapauschale monatlich abgerechnet werden kann.
- 4) Stomabandagen der Produktgruppe 05 sind bei der Kalkulation der Stomapauschalen nicht enthalten. Sie können bei vorliegender ärztlicher Verordnung und genehmigtem Kostenvoranschlag zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
- 5) Die Pauschale beinhaltet ebenfalls Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (Produktgruppe 15.25.05. – 15.25.06), soweit sie für die Urostomieversorgung eingesetzt werden.
- 6) Hilfsmittel zur Irrigation einschließlich des Zubehörs und der manuellen Pumpen sind mit der Stomapauschale für die Colostomieversorgung abgegolten. In der Regel sind manuelle Pumpen frühestens alle 6 Monate auszutauschen, sofern keine medizinischen Gründe für einen häufigeren Wechsel vorliegen. Für elektronische Pumpen ist ein Kostenvoranschlag zu stellen, da sie nicht mit der Pauschale abgegolten sind.
- 7) Wenn aufgrund einer offenen Wunde im Bereich der Stomaaanlage eine Wundversorgung erforderlich wird, kann der Leistungserbringer die Produkte für die Wundversorgung (nicht Stoma-Kompressen) mit der ärztlichen Verordnung zusätzlich gegenüber der Krankenkasse in Rechnung stellen.
- 8) Die Abrechnung ist monatlich zu erstellen; es sind die oben aufgeführten anwenderspezifische Positionsnummern zu verwenden. Bei der Erstpauschale ist das Hilfsmittelkennzeichen 08 und bei der Folgepauschale das Kennzeichen 09 anzugeben.
- 9) Abrechnungsmodalitäten
 - Handelt es sich bei der Verordnung um eine Dauerverordnung ohne Angabe eines Zeitraumes, wird diese für eine 12monatige Versorgung akzeptiert. Bei Verordnungen mit Angabe des Versorgungszeitraums ist der verordnete Zeitraum maßgeblich, jedoch längstens 12 Monate. Nach Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine neue Folgeverordnung einzuholen und der Abrechnung beizufügen.
 - Bei der Erstversorgung (KZ 08) ist zwingend notwendig die Originalverordnung beizufügen. Handelt es sich um eine Dauerverordnung ist der Versorgungszeitraum auf der Verordnung anzugeben, soweit dieser nicht bereits durch den Arzt angegeben wurde.
 - Bei den Folgeversorgungen (KZ 09) ist der Abrechnung jeweils eine Kopie der Verordnung beizufügen.

- Der Versorgungszeitraum ist im Datensatz ebenfalls zwingend anzugeben.

10) Qualitäts- und Versorgungsstandards

- Der Versorgungsumfang beinhaltet die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung der Versicherten ausschließlich durch in der Stomaversorgung qualifiziertes Personal. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter regelmäßig, fachliche Informationen erhalten und weitergebildet werden.
- Die persönliche hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt auf Wunsch des Arztes und/oder des Versicherten oder der BKK, präoperativ und/oder postoperativ, und/oder im Rahmen des Entlassmanagements und/oder am Tag der Entlassung des Versicherte durch eine in der Stomaversorgung erfahrene examinierte Pflegekraft. Auf Wunsch des Vertragsarztes und/oder dem Versicherten und/oder der BKK erfolgen weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche durch den Leistungserbringer.