

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Versorgung der Versicherten bei enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung, bei Tracheotomie und bei Laryngektomie, bei ableitender Inkontinenz und bei Stomaanlagen

zwischen der

VIACTIV Krankenkasse
Universitätsstraße 43
44789 Bochum
vertreten durch den Vorstand

- im folgenden VIACTIV Krankenkasse genannt –

und der

„Vertragspartner“
vertreten durch den Geschäftsführer

- im folgenden Vertragspartner genannt –

Vertragsnummer: 6000

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V: 1996000
Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 300 SGB V: 800600

Inhalt

<u>§ 1 Gegenstand des Vertrages</u>	<u>4</u>
<u>§ 2 Teilnahmevoraussetzungen</u>	<u>4</u>
<u>§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung</u>	<u>5</u>
<u>§ 4 Art und Umfang der Leistungen</u>	<u>7</u>
<u>§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung</u>	<u>8</u>
<u>§ 6 Vergütungsregelungen</u>	<u>8</u>
<u>§ 7 Zuzahlungen/Mehrkosten</u>	<u>9</u>
<u>§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung</u>	<u>9</u>
<u>§ 9 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße</u>	<u>11</u>
<u>§ 10 Datenschutz</u>	<u>12</u>
<u>§ 11 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages</u>	<u>12</u>
<u>§ 12 Gerichtsstand</u>	<u>13</u>
<u>§ 13 Salvatorische Klausel</u>	<u>13</u>

Anlagen

Anlage 1	IK – Übersicht
Anlage 2	Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V
Anlage 3	Qualitäts- und Versorgungsstandards
Anlage 4a	Preisvereinbarung für enterale Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung
Anlage 4b	Preisvereinbarung für Tracheostoma- und Laryngektomieversorgung
Anlage 4c	Preisvereinbarung für ableitende Inkontinenzversorgung
Anlage 4d	Preisvereinbarung für Stomaversorgung
Anlage 5	Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvorschlägen
Anlage 6	Versicherteninformation

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der VIACTIV Krankenkasse zur:
 - Versorgung bei enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung
 - Versorgung tracheotomierter und laryngektomierter Versicherter mit Hilfsmitteln
 - Versorgung mit Hilfsmittel der ableitenden Inkontinenz
 - Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie (Colostomie, Urostomie und Ileostomie)
- (2) Die Anlagen 2 (Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V) und 6 (Versicherteninformation) dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V sowie nach § 127 Abs. 2 SGB V erfüllt haben.
- (2) 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.
- (3) Die Hilfsmittelversorgung ist ausschließlich durch qualifiziertes Personal (z.B. examinierte Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/-schwester bzw. Kinderkrankenpfleger/-schwester mit einschlägiger Berufserfahrung, examinierte Altenpfleger/in mit einschlägiger Berufserfahrung, Apotheker) sicherzustellen. Die Qualifikationsnachweise des Fachpersonals sind mittels Kopien auf Anforderung der VIACTIV Krankenkasse zu übermitteln (u.a. Zeugnisse, Arbeitszeugnisse, Weiterbildungsnachweise Medizinprodukteberater).

Der Vertragspartner ist verpflichtet entsprechend sicherzustellen, dass sich die Mitarbeiter durch regelmäßige Teilnahmen an Fortbildungsveranstaltungen den jeweils neuesten Stand in der Hilfsmittelversorgung aneignen. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und auf Anforderung der VIACTIV Krankenkasse nachzuweisen.

- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostangeboten grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Die Mindestangaben des elektronischen Kostenvoranschlages ergeben sich aus der Anlage 5 dieses Vertrages.
- (5) Der Vertragspartner hat das Vorliegen sämtlicher Leistungsvoraussetzungen dieses Vertrages während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht mehr erfüllt werden, so hat der Vertragspartner die VIACTIV Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (6) Liegen die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag nicht mehr vor, dürfen keine Versorgungsleistungen mehr nach diesem Vertrag vorgenommen werden.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGB V, § 70 SGB V und § 135a SGB V. 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.
- (2) Die VIACTIV Krankenkasse ist aus wichtigem Grund berechtigt, die Genehmigungspflicht, auch für einzelne Produktgruppen oder auch Hilfsmittel, aufzuheben oder später wieder einzuführen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Kalendermonat vor Umsetzung mitzuteilen.
- (3) Der Vertragspartner verzichtet darauf sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die VIACTIV Krankenkasse den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 9 Abs. 5 Satz 5 Buchstabe g dieses Vertrages gewertet.
- (4) Zusätzliche Vergütungen (z. B. „wirtschaftliche Aufzahlungen“) werden vom Versicherten für die vertragsgegenständlichen Leistungen grundsätzlich nicht gefordert und nicht erhoben. Hiermit sind nicht die gesetzlich geregelten Zuzahlungen gemeint. Wenn dem Versicherten im Rahmen des § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V Mehrkosten in Rechnung gestellt werden sollen, dann ist mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bei der VIACTIV Krankenkasse die detaillierte Mehrkostenerklärung (Anlage 2) und Auflistung der vom Versicherten gewünschten Produkte einzureichen. Dies gilt ebenso, wenn dem Versicherten Mehrkosten in zuvor ohne Mehrkosten genehmigten Versorgungszeiträumen in Rechnung gestellt werden. Bei genehmigungsfreien Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag, ist die VIACTIV Krankenkasse vor Beginn der Versorgung schriftlich über die Mehrkosten mit der detaillierten Mehrkostenerklärung (Anlage 2) zu informieren. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 9 Abs. 5 Satz 5 Buchstabe g dieses Vertrages gewertet.
- (5) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine ärztliche Verordnung („Muster 16“) gemäß der Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nachzuweisen. Von Krankenhausärzten ausgestellte und vom „Muster 16“ abweichende Verordnungen werden von der VIACTIV Krankenkasse akzeptiert, wenn diese in Folge eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes ausgestellt worden sind.

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (insbesondere Angabe der Diagnose, Anzahl/Menge und der Art der notwendigen Produkte, ggf. des Versorgungszeitraumes) und dass die Angaben schlüssig sind. Dazu kann der Vertragspartner Rücksprache mit dem Verordner halten. Das Ergebnis ist hierbei nachvollziehbar zu dokumentieren und der VIACTIV Krankenkasse mit der Verordnung im Wege des elektronischen Kostenvoranschlages zur Verfügung zu stellen.

- (6) Der Kostenvoranschlag, soweit nach diesem Vertrag erforderlich, ist elektronisch durch den Vertragspartner unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung, der Mehrkostenerklärung bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen und ggf. weiterer Unterlagen zu erstellen und bedarf der Genehmigung (Ausnahmen von der Genehmigungspflicht sind nur nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen möglich). Dies gilt für die Erstversorgung und für jede Folgeversorgung. Das Kostenvoranschlagsverfahren ist vor der Produktbelieferung sowohl in der Erstversorgung

als auch in der Folgeversorgung vorzunehmen. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Bewilligung besteht nicht. Ein Vergütungsanspruch für Hilfsmittel, die ohne vorherige Genehmigung der VIACTIV Krankenkasse ausgeliefert wurden, besteht weder gegen die VIACTIV Krankenkasse noch gegen den Versicherten. Anderslautende Vereinbarungen zwischen Vertragspartner und den Versicherten sind nicht zulässig. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 9 Abs. 5 Satz 5 Buchstabe g dieses Vertrages gewertet.

- (7) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung aufzufordern oder zu werben. Der Hinweis auf Wartungspflichten, sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach Herstellerangaben sowie weiteren Pflichten im Rahmen des MPG und der ISO/TÜV-Zertifizierungen bleiben davon unberührt. Für die Überwachung der Termine (Wartung und STK) ist der Vertragspartner verantwortlich. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 9 Abs. 5 Satz 5 Buchstabe g dieses Vertrages gewertet.
- (8) Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots in Arztpraxen und Krankenhäusern ist ausschließlich zulässig, wenn das Hilfsmittel zur Versorgung im Notfall erforderlich ist (vergleiche auch § 128 Absatz 1 SGB V). Für Versorgungen im Notfall aus Depots sind grundsätzlich die „Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V zur Hilfsmittelabgabe über Depots“ in der aktuell gültigen Fassung zu Grunde zu legen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 9 Abs. 5 Satz 5 Buchstabe g dieses Vertrages gewertet.
- (9) Als Versorgungszeitraum wird der Kalendermonat angesehen. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 12.04.2016 – 11.05.2016) werden im Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Verordnung zu belegen. Die VIACTIV Krankenkasse akzeptiert 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 Versorgungs- bzw. Genehmigungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist (gilt sowohl für genehmigungspflichtige als auch für genehmigungsfreie Leistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen).
- (10) Die Sondennahrung und die Technik- und Verbrauchshilfsmittel sind jeweils auf getrennten Verordnungsblättern zu verordnen (siehe auch Anlage 4a).
- (11) Ein Versorgungsauftrag, der von der VIACTIV Krankenkasse an den Vertragspartner geht, gilt als genehmigt. Der Versorgungsauftrag wird an den Vertragspartner elektronisch übermittelt (Direktauftrag).

Eine elektronische Versorgungsanfrage ist vom Vertragspartner im selben Vorgang mit einem Kostenvoranschlag zu beantworten. Die Zusendung eines gesonderten Kostenvoranschlages – papierhaft oder über einen neuen elektronischen Vorgang – ist unzulässig. Fehlerhafte Vorgänge werden zurückgewiesen.

- (12) Der Vertragspartner darf keine Versorgung ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Vertragspartner und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.
- (13) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis zur VIACTIV Krankenkasse. Für genehmigungsfreie Versorgungen nach diesem Vertrag behält sich die VIACTIV Krankenkasse das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Vertragspartner

hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.

- (14) Ein Wechsel des Vertragspartners ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraumes am Ende des jeweiligen Versorgungszeitraums möglich. Der neue Vertragspartner hat vor Beginn der Versorgung - in Abstimmung mit dem Versicherten - den Wechsel des Vertragspartners beim bisher beauftragten Vertragspartner anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Die VIACTIV Krankenkasse ist vor Beginn des Wechsels ebenfalls zu informieren. Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Vertragspartnern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Vertragspartner eine Vergütung beanspruchen.
- (15) Der Vertragspartner informiert den Versicherten über den Leistungsumfang der jeweiligen Versorgung und stellt sicher, dass dieser innerhalb des jeweiligen Versorgungszeitraumes nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Vertragspartner dem Versicherten bei Versorgungsbeginn 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 VIACTIV Krankenkasse. In diesem Falle vergütet die VIACTIV Krankenkasse die Leistung ausschließlich gegenüber dem Vertragspartner, welcher zuerst die Leistung erbracht hat. Die Versicherteninformation ist auf Anforderung der VIACTIV Krankenkasse unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Für Art, Umfang und Erbringung der Leistungen gelten die entsprechenden Anlagen dieses Vertrages.
- (2) Der Vertragspartner übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG), nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie Hilfsmittelrichtlinien und sonstigen relevanten Vorschriften in ihrer gültigen Fassung.
- (3) Die Versorgung mit Hilfsmitteln hat grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden (Werktage) nach Auftragserteilung/Genehmigung zu erfolgen. Gleiches gilt für reine Produktnachlieferungen, die ohne Beratungsbedarf geordert werden. Lediglich in Abstimmung mit dem Versicherten kann die Auslieferung innerhalb einer anderen Frist erfolgen.
- (4) Der Vertragspartner muss bei Erstversorgungen und bei Änderungen der Folgeversorgung eine Bedarfsermittlung der Hilfsmittel durchführen und eine persönliche Beratung mit Einwilligung des Versicherten in der Häuslichkeit durchführen (siehe auch Pflichtberatungsbesuche nach Anlage 3 dieses Vertrages).
- (5) Der Vertragspartner informiert den Versicherten mit Auslieferung der Hilfsmittel über seinen Eigentumsvorbehalt bei leihweiser Überlassung von Hilfsmitteln und gewährleistet für die Dauer der Versorgung eine einwandfreie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.
- (6) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Vertragspartner durch eine vom Versicherten unterschriebenen Empfangsbestätigung/Lieferschein bzw. vom Betreuer/Bevollmächtigten quittieren zu lassen. Die Empfangsbestätigung/Lieferschein ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen. Ohne Empfangsbestätigung/Lieferschein kann keine Abrechnung erfolgen.

Die Empfangsbestätigung/Lieferschein muss mindestens folgende Daten enthalten:

- Datum der Lieferung
- Art der Lieferung
- Anzahl der abgegebenen Leistungen
- Versorgungszeitraum

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 VIACTIV Krankenkasse jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.

- (7) 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. Der § 8 Absatz 7 dieses Vertrages ist hierbei zu beachten.

§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung

- (1) Zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten mit Hilfs- und Verbrauchshilfsmitteln aus diesem Vertrag haben die Vertragsparteien Qualitäts- und Versorgungsstandards in den nachfolgenden Anlagen definiert.
- (2) Für jede Versorgungsart wurden spezielle Qualitäts- und Versorgungsstandards vereinbart. Der Vertragspartner hält im Rahmen seines Qualitätsmanagements eigene Aufnahme-, Verlaufs- und Beratungsprotokolle vor.
- (3) Die VIACTIV Krankenkasse kann gemäß § 275 SGB V den jeweiligen zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Notwendigkeit der geplanten oder durchgeführten Versichertenversorgung beauftragen. Ebenso kann die VIACTIV Krankenkasse jederzeit und ohne vorherige Bekanntgabe die Qualitätsstandards nach diesem Vertrag überprüfen. Hierzu ist der Vertragspartner auf Anforderung verpflichtet, die entsprechenden Dokumentationen (insbesondere die Aufnahme- und Verlaufsdocumentation) unverzüglich dem MDK zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Vergütungsregelungen

- (1) Bei den in den Anlagen vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise. Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten.
- (2) Die Vergütung erfolgt in Monatspauschalen (Ausnahme sind die Versorgungsbereiche ableitende Inkontinenz, Trinknahrung und Produkte für Bolusgaben) für einen Kalendermonat. 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 5 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten).
- (3) Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Vergütung nur für tatsächlich notwendige und gelieferte Hilfsmittel monatlich abgerechnet wird (§ 8 Absatz 7 dieses Vertrages ist zu beachten).

- (4) Erlischt die Anspruchsberechtigung im Genehmigungszeitraum besteht der Vergütungsanspruch nur bis zum Ablauf des Kalendermonats in dem die Anspruchsberechtigung erloschen ist.
- (5) Sofern ein Versicherter für einen vollen Kalendermonat die Leistungen des Vertragspartners wegen vollstationärer Behandlung (Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung) nicht in Anspruch nimmt, erfolgt keine Abrechnung für diesen Kalendermonat. Wird der VIACTIV Krankenkasse 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.
- (6) Die Leistungspflicht der VIACTIV Krankenkasse endet u.a. im Falle:
 - der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
 - der Beendigung der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit
 - dem Ende der Mitgliedschaft des Versicherten bei der VIACTIV Krankenkasse
 - die Versorgung endet mit Ablauf des letzten Kalendermonats, in dem der Versicherte die Produkte zur Versorgung benötigt. Wird der VIACTIV Krankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für die betreffenden Kalendermonate erfolgen (z.B. bei abgerechneten Leistungen nach dem Tod).
- (7) Für Produkte, die mit einem Abschlag auf den Apothekereinkaufspreis (AEP) abgerechnet werden, ist für die Berechnung der am Tag der Leistungserbringung gültige AEP anzusetzen. Die Berechnungsformel lautet: AEP abzüglich des jeweiligen Abschlages nach der Anlage 4c zuzüglich des gültigen Mehrwertsteuersatzes.

§ 7 Zuzahlungen/Mehrkosten

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von der Zuzahlung befreit sind, leisten für das Hilfsmittel eine gesetzliche Zuzahlung. Die Zuzahlung ist vom Vertragspartner einzuziehen. Der Preis für das Hilfsmittel reduziert sich um die Höhe der Zuzahlung.
- (2) Wünscht der Versicherte eine über das notwendige Maß hinaus gehende Versorgung, so hat der Vertragspartner den Versicherten über entstehende Mehrkosten aufzuklären und dies gemäß Anlage 2 zu dokumentieren und der VIACTIV Krankenkasse zu übermitteln. Der Versicherte erhält eine Kopie der Mehrkostenerklärung. Der § 3 Absatz 4 dieses Vertrages ist zwingend zu beachten.

§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Die Abrechnung folgender Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt nach **§ 302 SGB V** und den Richtlinien des GKV Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend „Richtlinie“):
 - Versorgung bei enteraler Ernährung mit Technik- und Verbrauchshilfsmitteln
 - Produkte für Bolusgaben
 - Versorgung tracheotomierter und laryngektomierter Versicherter mit Hilfsmitteln
 - Versorgung mit Hilfsmittel der ableitenden Inkontinenz

- Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie (Colostomie, Urostomie und Ileostomie)

Die Abrechnung folgender Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt nach **§ 300 SGB V** einschließlich der technischen Anlage 1 des Rahmenvertrages nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung:

- Versorgung bei enteraler Ernährung mit Sondennahrung
- Versorgung mit Trinknahrung

Die Abrechnung der Daten und Urbelege sind an die jeweilige Annahmestelle der VIACTIV Krankenkasse zu übermitteln.

- (2) Der Vertragspartner rechnet die vertraglich vereinbarten Vergütungen nach Kalendermonaten gemäß § 302 SGB V bzw. § 300 SGB V einmal monatlich ab.
- (3) Bei der Abrechnung des ersten Versorgungsmonats ist mit der Rechnung der Lieferschein mit der Originalempfangsbestätigung des Versicherten oder eines von ihm Bevollmächtigten sowie die Originalverordnung und die Kostenübernahmeerklärung bzw. der Versorgungsauftrag der VIACTIV Krankenkasse vorzulegen. Der § 4 Absatz 6 und 7 ist hier zu berücksichtigen.
- (4) Für die Folgeversorgungsmonate, bis maximal insgesamt 12 Monate, reicht der Vertragspartner neben der Kopie der Erstverordnung die Empfangsbestätigung/Lieferschein bzw. Sendungsverfolgungsnummer beim Versand von Hilfsmitteln ein. Der § 4 Absatz 6 und 7 ist hier zu berücksichtigen.

Bei der Abrechnung ist jeweils das gültige Institutionskennzeichen anzugeben. Eine Übersicht der Institutionskennzeichen ist in der Anlage 1 enthalten.

Folgende Bestandteile hat die Abrechnung mindestens zu enthalten:

- Abrechnung Leistungserbringerdaten gemäß § 5 Absatz 1 der Richtlinie
- Abrechnungsnummer/10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer entsprechend des abgegebenen Produktes/Pauschale bzw. PZN oder Sonderkennzeichen
- Schlüssel „Kennzeichen Hilfsmittel“ gemäß der Anlage 3 der Richtlinien nach § 302 SGB V
- Datum der Leistungserbringung
- Versorgungszeitraum (Monatsübergreifende Versorgungszeiträume werden nicht akzeptiert) –Leistungsbeginn und Leistungsende analog der Anlage 5 dieses Vertrages
- Menge/Anzahl analog der Anlage 5 dieses Vertrages
- Konkrete Bezeichnung des Produktnamens bei der Sondennahrung (Standard- und Spezialnahrung) analog der Anlage 4a
- Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) getrennt nach § 300 SGB V (800600) und § 302 SGB V (1996000)
- Urbelege (z.B. Verordnung im Original, Empfangsbestätigung/Lieferschein bzw. Sendungsverfolgungsnummer beim Versand von Hilfsmitteln, Genehmigungskennzeichen aus dem eKV-Verfahren oder alternativ Kostenübernahmeerklärung der VIACTIV Krankenkasse). Die Absätze 3 und 4 des § 8 dieses Vertrages sind zu berücksichtigen.
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung) nach § 6 der Richtlinie

- Begleitzettel für Urbelege nach Anlage 4 der Richtlinie
- Anlage 2 bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen

Abrechnungen nach § 300 SGB V müssen entsprechend der „Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V“ in Verbindung mit der zum Abrechnungszeitraum/-zeitpunkt gültigen „Technischen Anlage 3 zur Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V“ erfolgen.

- (5) Abrechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen.
- (6) Der Vertragspartner kann eine Abrechnungsstelle zur Abrechnung und Einziehung seiner Forderungen beauftragen oder bevollmächtigen. Dazu ist der VIACTIV Krankenkasse rechtzeitig vor der ersten Abrechnung eine Ermächtigungserklärung vorzulegen.
- (7) Die jeweiligen Vergütungen können grundsätzlich nach Abgabe des Hilfsmittels gefordert werden. Ist im Ausnahmefall eine Lieferung bis zu maximal 3 Kalendermonaten erfolgt, kann die Gesamtrechnung erst im letzten Monat des jeweiligen Versorgungsintervalls abgerechnet werden. (Beispiel: 3-Monatslieferung 07-09/2016 → Abrechnung ist erst in 09/2016 möglich). Die Rechnungen sind innerhalb von vier Wochen zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein Sonntag oder ein bundesweiter anerkannter gesetzlicher Feiertag so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (8) Rechnungsbeanstandungen nach § 302 SGB V müssen von der VIACTIV Krankenkasse oder dem von der VIACTIV Krankenkasse beauftragten Dienstleister innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Für Rechnungsbeanstandungen nach § 300 SGB V ist der Dateneingang maßgebend (ABRP, RECP und Papierrechnung). Forderungen aus Vertragsleistungen muss der Vertragspartner bis zum Ablauf von zwölf Monaten erheben, gerechnet vom Ende des Monats in dem die Leistungsabgabe erfolgte. Danach besteht kein Anspruch mehr auf Vergütung der Leistungen.
- (9) Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Vertragspartner innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Vertragspartner oder der Abrechnungsstelle des Vertragspartners. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches von der VIACTIV Krankenkasse oder dem von der VIACTIV Krankenkasse beauftragten Dienstleister zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

§ 9 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße

- (1) Dieser Vertrag hat zum Ziel eine dauerhafte vertrauenspartnerschaftliche Zusammenarbeit zu sichern. Die Vertragspartner sind sich einig, dass mit diesem Vertrag eine Mengenausweitung und/oder Ausgabensteigerung verhindert werden soll. Stellt die VIACTIV Krankenkasse dennoch Mengenausweitung und/oder Ausgabensteigerung fest, so treten die Vertragspartner umgehend in die Ursachenforschung ein, mit dem Ziel geeignete Maßnahmen zu vereinbaren.

- (2) Der Vertragspartner 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.
- (3) Der Vertragspartner ist verpflichtet, der VIACTIV Krankenkasse gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Vertragspartner ebenfalls verpflichtet, dies der VIACTIV Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Vertragspartner durch die VIACTIV Krankenkasse angehört. Im Anhörungsverfahren legt die VIACTIV Krankenkasse alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten kann nach Anhörung des Vertragspartners eine Verwarnung ausgesprochen.
- (5) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen wird eine Vertragsstrafe fällig. Die Vertragsstrafe wird durch die VIACTIV Krankenkasse festgesetzt und kann bis zu 5 % des jährlichen Umsatzes im betroffenen Versorgungsbereich nach diesem Vertrag betragen. Das Recht auf Erfüllung des Vertrages wird durch die Geltendmachung der Vertragsstrafe nicht ausgeschlossen. Zudem kann die VIACTIV Krankenkasse eine außerordentliche Kündigung aussprechen und gemäß § 128 Abs. 3 SGB V den Vertragspartner für die Dauer von zwei Jahren von der Vertragsteilnahme ausschließen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - c) wiederholter Versuch Leistungen doppelt abzurechnen
 - d) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung
 - e) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - f) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Qualitäts-, Versorgungsstandards und Dokumentationsstandards aus diesem Vertrag
 - h) Verstoß gegen den § 3 Abs. 3 bis 8 dieses Vertrages
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 4 und/oder 5 dieses Vertrages ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Vertragspartner zu ersetzen.

§ 10 Datenschutz

Jeder Vertragspartner hat die für ihn geltenden datenschutzrechtlichen Regeln zu beachten.

§ 11 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2016 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende schriftlich gekündigt werden. Jede Anlage kann separat mit einer Frist von 1 Monat zum Monatsende gekündigt werden.

- (2) Kündigungen können von Mitarbeitern der VIACTIV Krankenkasse ausgesprochen werden.
- (3) Die VIACTIV Krankenkasse ist berechtigt bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen nach § 9 Abs. 5 dieses Vertrages das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu beenden.

§ 12 Gerichtsstand

Die Parteien vereinbaren als Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag Bochum.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung oder eine künftig in ihn aufgenommene Bestimmung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam oder nicht durchführbar sein oder ihre Rechtswirksamkeit oder Durchführbarkeit später verlieren, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen der Vereinbarung nicht berührt werden. Das Gleiche gilt, soweit sich herausstellen sollte, dass die Vereinbarung eine Regelungslücke enthält. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung gelten, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommt, was die Parteien gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung gewollt hätten, sofern sie bei Abschluss dieser Vereinbarung oder bei der späteren Aufnahme einer Bestimmung den Punkt bedacht hätten. Dies gilt auch, wenn die Unwirksamkeit einer Bestimmung etwa auf einem in dem Vertrage vorgeschriebenen Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) beruht. Es soll dann ein dem Gewollten möglichst nahe kommendes rechtlich zulässiges Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) als vereinbart gelten.

Bochum, den _____ X, den _____

Vorstand
VIACTIV Krankenkasse

Geschäftsführer
„Vertragspartner“

**Anlage 1
(IK – Übersicht)**

Bezeichnung	Anschrift	IK

Anlage 2
(Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33
Abs. 1 Satz 5 SGB V)

Im Rahmen dieses Vertrages wurde eine pauschale Vergütung (Ausnahme ableitende Inkontinenzversorgung, Trinknahrung und Produkte für Bolusgaben) unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Maß des Notwendigen gemäß § 12 SGB V und § 70 SGB V für die Abgabe von Hilfsmitteln bei Inkontinenz, Stoma, enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung sowie nach Tracheotomie oder Laryngektomie zwischen der VIACTIV Krankenkasse und dem Vertragspartner vereinbart.

Name des Versicherten: _____ Versicherungsnummer: _____

Produktbezeichnung	HimiPosNr / PZN	Menge
Summe monatlicher wirtschaftlicher Aufzahlung:		€

- Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) im Rahmen dieses Vertrages ausführlich informiert worden.**
- Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung mit privatem Eigenanteil für die Versorgung mit obenstehend genannten Hilfsmitteln bin ich einverstanden.
- Ich bin darüber informiert worden, dass die aus der von mir gewählten Mehrleistung resultierenden Reparaturmehrkosten ebenso zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen.
- Die Ausführungen habe ich verstanden und ein Exemplar erhalten.

 Name, Vorname des Versicherten

 Datum

Anlage 3

(Qualitäts- und Versorgungsstandards)

Ziel der Qualitäts- und Versorgungsstandards dieses Vertrages ist die hilfsmittelbezogene bzw. arzneimittelbezogene, sachgerechte Versorgung und Beratung von Versicherten mit enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung, nach Tracheotomie, bei Stuhl- und/oder Harninkontinenz und nach Anlage eines Stomas. Dabei werden die Versicherten, deren Angehörigen und/oder beteiligte Pflegefachkräfte durch qualifiziertes Fachpersonal beraten und angeleitet, um Komplikationen vorzubeugen und die Lebensqualität der Versicherten zu erhalten bzw. zu verbessern.

3.1 Personelle Anforderungen

1. Der Vertragspartner erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.
2. Der Vertragspartner stellt sicher, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z.B. die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung ausschließlich qualifiziertes Personal gemäß § 2 Absatz 3 dieses Vertrages eingesetzt werden, welche über die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Erfahrung verfügen.
3. Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung, z.B. durch den Hersteller des Hilfsmittels für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.
4. Der Vertragspartner ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Vertragspartner zu dokumentieren und auf Verlangen der VIACTIV Krankenkasse nachzuweisen.

3.2 Produktstandards

1. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG entsprechen (CE-Zertifizierung) und grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V eingetragen sind.
2. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit dem Bedarf der Versicherten gerecht werden.
3. Der Verwendungszweck und die Verwendungsdauer richten sich u.a. nach den Herstellerhinweisen.
4. Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf des Versicherten erbracht werden. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei die Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung der Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (wie z.B. Hautunverträglichkeit) dagegen. Dem Versicherten müssen immer mehrere aufzahlungsfreie Hilfsmittel angeboten werden.

3.3. Serviceleistungen

1. Auf Wunsch des Versicherten und/oder seiner Angehörigen erfolgen über die Mindestberatungen hinaus gehende kostenlose Beratungen. Hierzu gehören auch Informationen über Selbsthilfegruppen und Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit und Beruf.
2. Die Überprüfung der Versorgung und ggf. Anpassung der Hilfsmittelversorgung erfolgt nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.
3. Nachschulungen von Pflegekräften im ambulanten und/oder vollstationären Bereich, die zur Ersteinweisung nicht anwesend waren, erfolgen nach Rücksprache mit der verantwortlichen Pflegedienstleitung.
4. Zur jeweiligen Hilfsmittelversorgung werden dem Versicherten Informationen über den Umgang mit den Hilfsmitteln bereitgestellt.

3.4 Qualitätssicherung

Insbesondere bei Hilfsmittelversorgungen, die für einen längeren Zeitraum (z.B. 12 Monate) genehmigt werden, ist eine enge Begleitung des Versicherten durch den Vertragspartner erforderlich. Hierzu ist der Vertragspartner verpflichtet, den tatsächlichen Versorgungsbedarf - vorwiegend telefonisch – monatlich beim Versicherten vor jeder Lieferung zu hinterfragen (z.B. noch vorhandene Menge). Die Liefermenge des Verbrauchsmaterials ist angemessen zu gestalten, das heißt der Bedarf für einen Monat soll je Lieferung grundsätzlich nicht überschritten werden (siehe auch § 4 Absatz 7 dieses Vertrages). Bei Mehrmonatslieferungen für bis zu maximal 3 Monaten ist die Kontaktaufnahme zum Versicherten zeitlich entsprechend anzupassen. Stellt der Vertragspartner fest, dass kein Hilfsmittelbedarf bzw. für einen einzelnen Monat mehr besteht oder eine Versorgung durch ihn nicht mehr erfolgen soll, ist eine Abrechnung der Monatspauschale –auch wenn der genehmigte Zeitraum noch nicht abgelaufen ist – unzulässig. Die VIACTIV Krankenkasse ist entsprechend in Kenntnis zu setzen.

Die Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs ist schriftlich und nachvollziehbar zu belegen und auf Anforderung der VIACTIV Krankenkasse unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

3.5 Versorgungs- und Beratungsstandards

Die vertraglich geregelten Versorgungen im Rahmen dieses Vertrages unterliegen unterschiedlichen Versorgungsstandards, die sich nach dem Ort der Erstversorgung (z. B. Krankenhaus) und nach dem erforderlichen Beratungsbedarf (Anzahl von Pflichtberatungen nach jeweils definierten beratungsintensiven Phasen) richten. Die Beratungsgrundsätze sind Bestandteil eines jedem Beratungsgesprächs mit dem Versicherten.

3.5.1 Allgemeine Versorgungs- und Beratungsgrundsätze

1. Die hilfsmittelbezogene persönliche Beratung und Anleitung über die im Vertrag geregelten Hilfsmittel setzt den diesbezüglichen Wunsch und das Einverständnis des Versicherten voraus.
2. Jede durchgeführte Beratung ist mittels Beratungsprotokoll zu dokumentieren und auf Verlangen der VIACTIV Krankenkasse unverzüglich nachzuweisen.

3. Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden die Beratungsbesuche auf die pflegenden Angehörigen und/oder den professionell beteiligten Pflegefachkräften in ambulanten und/oder vollstationären Einrichtungen übertragen.
4. Lehnt der Versicherte die für die Versorgung definierten Pflichtberatungen ab, so ist dies mit dem Grund der Ablehnung zu dokumentieren und auf Verlangen der VIACTIV Krankenkasse unverzüglich nachzuweisen.
5. Auf Anforderung des Versicherten/Angehörigen/Pflegenden können nach den erfolgten definierten Pflichtberatungen weitere kostenlose Beratungsbesuche stattfinden.
6. Die Erstversorgung des Versicherten erfolgt einschließlich Wochenend- und Feiertagen je nach Versorgungssituation im ambulanten, teilstationären oder vollstationären Bereich.
7. Beratungsinhalte werden in den Aufnahme- und Verlaufsprotokollen dokumentiert und auf Verlangen der VIACTIV Krankenkasse dem MDK nachgewiesen.
8. Festgestellte Komplikationen sind zu dokumentieren und mit dem behandelnden Arzt zu erörtern und auf Verlangen der VIACTIV Krankenkasse dem MDK nachgewiesen.

3.5.2. Versorgungs- und Beratungsstandards für enterale Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung

Die persönliche Beratung und Anleitung kann bereits postoperativ erfolgen. Sie hat spätestens am Tag der Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung zu erfolgen. Die ersten drei Monate nach Anlage einer PEG werden als beratungsintensive Phase definiert. Hierzu finden deshalb mindestens drei Pflichtberatungsbesuche beim Versicherten innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Dabei stehen die Erhebung des Ernährungsstatus und die Erhebung des Bedarfes im Vordergrund.

Postoperative Beratung spätestens am Tag der Entlassung

- Gespräch mit dem Versicherten/Angehörigen/beteiligten Pflegefachkräften zur Versorgungssituation
- Dokumentation und Erhebung des Ernährungsstatus
- Bereitstellung der Hilfsmittelversorgung
- Einweisung und Schulung der zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder bei Pflegefachkräften

Pflicht- und Folgeberatung im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

- Terminvereinbarung zur Folgeberatung
- Anleitung und Schulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder bei Pflegefachkräften

- Anleitung und Beratung über Hygiene- und Pflegemaßnahmen der Sonde/des Versorgungsreiches
- Dokumentation
- Information des behandelnden Arztes bei festgestellten Komplikationen oder bei Vorliegen einer Mangelernährung

3.5.2 Versorgungs- und Beratungsstandards für Tracheostoma- und Laryngektomieversorgung

Die persönliche Beratung und Anleitung kann bereits postoperativ erfolgen. Sie hat spätestens am Tag der Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung zu erfolgen. Die ersten drei Monate nach Anlage eines Tracheostomas werden als beratungsintensive Phase definiert. Hierzu finden deshalb mindestens drei Pflichtberatungsbesuche beim Versicherten innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt.

Postoperative Beratung spätestens am Tag der Entlassung

- Gespräch mit dem Versicherten/Angehörigen/beteiligten Pflegefachkräften zur Versorgungssituation
- Dokumentation
- Begleitung der Versichertenüberleitung in den häuslichen, ambulanten Bereich oder vollstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt
- Terminvereinbarung zur Schulung des Versicherten/Angehörigen/beteiligten Pflegefachkräften im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte
- Beratung bei der Auswahl, Anpassung, Bemusterung der Erstversorgung
- Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß vertragsärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder den ermächtigten Krankenhausarzt am Entlassungstag
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
- Anleitung und Schulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder der Pflegefachkraft
- Beratung in Kooperation mit dem behandelnden Arzt, insbesondere zu Trachealkanülen, Kanülenwechsel oder Wechsel des Shuntventils
- Verfügbarkeit der Ersatzkanüle

Pflicht- und Folgeberatungen im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

- Terminvereinbarung für Folgeberatung
- Kontrolle des Tracheostomas zur Erkennung von Komplikationen

- Anleitung, Schulung ggf. Nachschulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder der Pflegefachkraft
- Produktlieferung und ggf. Produktpassung
- Training des Versorgungswechsels sowie Anleitung und Beratung über Hygiene- und Pflegemaßnahmen (Inhalation, Absaugung und Kanülenreinigung) am Tracheostoma

3.5.2 Versorgungs- und Beratungsstandards für ableitende Inkontinenz

Die persönliche Beratung und Anleitung erfolgt mit Diagnosestellung oder bei Übernahme des Versicherten durch den Vertragspartner. Der Versicherte erhält in den ersten zwei Versorgungsmonaten mindestens zwei persönliche Beratungen in der Häuslichkeit nach erstmaliger Diagnosestellung, mit deren Rahmen mit dem Versicherten die Definitivversorgung abgestimmt werden soll.

Erstberatung des Versicherten nach Diagnosestellung oder Übernahme im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

- Gespräch mit dem Versicherten/Angehörigen/beteiligten Pflegefachkräften zur aktuellen Versorgungssituation
- Ersterhebung des Versorgungsstatus, Zufriedenheitsbefragung mit bisher benutzten Produkten, individuelle Bedarfsermittlung
- Bereitstellung der Hilfsmittelversorgung nebst seiner Alternativen
- Dokumentation
- Terminvereinbarung zur Folgeberatung

Pflicht- und Folgeberatung im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

- Gespräch mit dem Versicherten/Angehörigen/beteiligten Pflegefachkräften zur aktuellen Versorgungssituation
- Dokumentation der Definitivversorgung
- Produktlieferung

3.5.2 PG 29 Versorgungs- und Beratungsstandard-Stoma

Die persönliche Beratung kann bereits präoperativ erfolgen. Sie hat aber spätestens am Tag der Entlassung zu erfolgen. Die ersten sechs Monate nach Anlage eines Stomas werden als beratungsintensive Phase definiert. Hierzu finden deshalb mindestens drei Pflichtberatungsbesuche beim Versicherten nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt.

Präoperative Beratung

- Gespräch mit dem Versicherten und/oder Angehörigen zur zukünftigen Versorgungssituation

- Beratung bei der Stomamarkierung
- Anlage der Dokumentation

Postoperative Beratung spätestens am Tag der Entlassung

- Gespräch mit dem Versicherten und/oder Angehörigen und/oder beteiligten Pflegefachkräften zur zukünftigen Versorgungssituation
- Anlage oder Fortführung der Dokumentation
- Terminvereinbarung zur Schulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder bei Pflegefachkräften
- Beratung bei der Auswahl
- Anpassung, Bemusterung der Erstversorgung
- Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß vertragsärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder den ermächtigten Krankenhausarzt am Entlassungstag
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
- Anleitung und Schulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder bei Pflegefachkräften
- Ernährungsberatung bei Bedarf in Kooperation mit dem behandelnden Arzt

Pflicht- und Folgeberatungen im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

- Terminvereinbarung für Folgeberatung
- Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Information des behandelnden Arztes bei festgestellten Komplikationen
- Anleitung und Schulung aller zum Einsatz kommenden Produkte beim Versicherten und/oder Angehörigen und/oder bei Pflegefachkräften
- Produktlieferung ggf. Anpassung
- Fortführung der Dokumentation
- Anleitung und Beratung über Hygiene- und Pflegemaßnahmen am Stoma
- Training des Versorgungswechsels

Anlage 4a
(Preisvereinbarung für enterale Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung)
Präqualifizierungsbereich 03C5

Abrechnungsnummer/PZN/Sonderkennzeichen	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
09999175 (Sonderkennzeichen)	Sondennahrung (Standard)	Monatspauschale	08/09	238,00 €	Nein
09999034 (Sonderkennzeichen)	Sondennahrung (Spezial)	Monatspauschale	08/09	265,00 €	Nein
03.00.07.9992 (Abrechnungsnummer)	Technik- und Verbrauchshilfsmittel	Monatspauschale	08/09	120,00 €	Nein
	Verbandstoffe	sind mit der Monatspauschale Sondennahrung (Standard oder Spezial) abgegolten und nicht zusätzlich abrechenbar			
PZN	Trinknahrung	Neulieferung	00/10	AEP minus 4 %	Nein
Hilfsmittelpositionsnummer des Produktes	Produkte für Bolusgaben	Neulieferung	00/10	AEP minus 4 %	Nein

AEP = Apothekeneinkaufspreis nach Lauer-Steuer
PZN = Pharmazentralnummer

Umfang und Vergütung der Versorgung enteraler Ernährung und Zubehör

Mit der monatlichen Versorgungspauschale sind alle relevanten Leistungen für die pauschale Versorgung bei enteraler Ernährung aus dem Vertrag und seinen Anlagen abgegolten.

Hierzu zählen u.a.:

1. Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale:

- Ernährungspumpe (mobil oder stationär) für die enterale Ernährung
- Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (wie z.B. Überleitsysteme für Schwerkraftsystem oder Pumpe, Adapter, Blasen- und Sondenspritzen, Dosierhilfen, perkutane Austauschsonden, Button, Sicherheitsverbinder, Gastrotubes, Winkeladapter, Sondenverlängerungen, Sonden (transnasale, PEG-Sonde oder PEJ-Sonde) usw.).

Ausgenommen von der Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale sind Spritzen zur Medikamentengabe und Tragetaschen bzw. Rucksäcke für Ernährungspumpen bei mobilen Versicherten.

- Infusionsständer
- Sofern eine Versorgung ohne Überleitsysteme (Bolusgaben) erfolgt, ist die Abrechnung der Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale nicht zulässig. Die für eine solche Versorgung notwendigen Produkte (insbesondere Spritzen und Adapter) sind zu den vorgenannten Preisen gesondert abrechenbar.

2. Sondennahrung (Standard oder Spezial):

- Verbandstoffe, die im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung benötigt werden, sind mit der Monatspauschale Sondennahrung (Standard oder Spezial) abgegolten und nicht zusätzlich abrechenbar.
3. Sicherstellung der definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie der entsprechenden Serviceleistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen.
 4. Zur Sicherstellung einer ständigen Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner einen 24-Stunden-Notdienst, auch an Sonn- und Feiertagen. Die Notdienstnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekanntzugeben. Der Notdienst steht für Rückfragen und Komplikationsbehebungen jederzeit telefonisch und persönlich zur Verfügung und wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten oder dessen Betreuungsperson sofort tätig.
 5. Durchführung sicherheitstechnischer Kontrollen, Reparaturen, Wartungen gemäß der Herstellerinformationen und der Ersatzversorgung, sowie die Auslieferung.
 6. Kostenfreie Belieferung, auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung, Abholung und Aussonderung der Geräte.
 7. Die vorgenannten Preise gelten unabhängig vom Alter für alle Versicherten.
 8. Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten bei enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf und ärztliche Sachkosten) durch die VIACTIV Krankenkasse zu vergüten sind.
 9. Die Abrechnung der Technik- und Verbrauchshilfsmittel und Produkte für Bolusgaben haben nach § 302 SGB V zu erfolgen. Alle weiteren Leistungen dieser Anlage 4a haben nach § 300 SGB V zu erfolgen.
 10. Die Produktspezifikationen für Standard- und Spezialnahrung entsprechen der Definition der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der aktuell gültigen Fassung.

Anlage 4b
(Preisvereinbarung für Tracheostoma- und Laryngektomieversorgung)
Präqualifizierungsbereich 12A

Abrechnungsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
12.00.24.1991	Tracheostoma unbeatmet (Erstversorgung)	2-Monatspauschale	08	795,00 €	Ja
12.00.99.1991	Tracheostoma unbeatmet (Folgeversorgung)	Monatspauschale	09	345,00 €	Ja
12.00.24.1992	Tracheostoma beatmet (Erstversorgung)	2-Monatspauschale	08	865,00 €	Ja
12.00.99.1992	Tracheostoma beatmet (Folgeversorgung)	Monatspauschale	09	385,00 €	Ja
12.00.24.1995	Laryngektomierte mit Stimmprothese (Erstversorgung)	2-Monatspauschale	08	890,00 €	Ja
12.00.99.1995	Laryngektomierte mit Stimmprothese (Folgeversorgung)	Monatspauschale	09	370,00 €	Ja
12.00.24.1996	Laryngektomierte ohne Stimmprothese (Erstversorgung)	2-Monatspauschale	08	690,00 €	Ja
12.00.99.1996	Laryngektomierte ohne Stimmprothese (Folgeversorgung)	Monatspauschale	09	235,00 €	Ja

Umfang und Vergütung der Versorgung nach Tracheotomie und Laryngektomie

Mit den vorgenannten Versorgungspauschalen sind alle Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien für tracheotomierte und invasiv beatmete sowie laryngektomierte Versicherte und Verbandstoffe, die im Zusammenhang mit dem Tracheostoma aus den Produktgruppen 01, 12, 14 und 27 benötigt werden aus diesem Vertrag und seinen Anlagen abgegolten.

Hierzu zählen u.a.:

1. Leistungsumfang:

- Stationäres und/oder mobiles Absauggerät
- Stationäres und/oder mobiles Inhaliergerät
- Ultraschallvernebler einschließlich des Verneblersets
- Trachealkanülen auch in Sonder- und Maßanfertigungen und zusätzliche Innenkanülen Basis-/Halteplatten
- Platzhalter
- Partikelfilter, Basisplatten sowie Filtermaterial
- Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher sowie Filtermaterial
- Tracheostoma-Öl
- Zubehör zu Kanülen (z.B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder, Kanülentragebänder usw.)

- Cuffdruckmesser
 - Trachealspreizer, Spekulum, Borkenpinzette
 - Pflasterversorgung einschließlich Hautkleber bzw. Pflasterentferner
 - Abstandshalter, sofern dieser nicht in der Trachealkanüle integriert sind
 - Adapter, Konnektoren (diverse Aufsätze u.a. für Sprechventil, Duschschutz, Verschlussstopfen) sofern Trachealkanüle nicht über Universalkonnektor verfügt
 - Spritzen
 - Feuchtigkeitsschutz
 - Kleberinge und Basisplatten zur Adaption von Filter/Sprechventilen
 - Sprechhilfen
 - Sprachverstärker
 - Shuntventile
 - Sprechventile
 - Stomabutton und Zubehör z.B. Klettfixierung, Ersatzgitter
 - Absaugkatheter, geschlossene Absaugsysteme, Fingertips, Absaugschläuche, Verbindungsschläuche, Bakterienfilter usw.
 - Künstliche Nasen, HME-Filter, Ventilsysteme
 - Trachealkompressen
 - Mullkompressen, Vlieskompressen
 - Trachealkanülenreinigungsbürsten
 - Pflege- und Reinigungsmittel, sowohl für die Kanüle als auch für die Haut, soweit dieses medizinisch erforderlich ist
 - Im Bedarfsfalle sterile Handschuhe zur Absaugung
2. Sicherstellung der definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie der entsprechenden Serviceleistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen.
 3. Zur Sicherstellung einer ständigen Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner einen 24-Stunden-Notdienst, auch an Sonn- und Feiertagen. Die Notdienstnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekanntzugeben. Der Notdienst steht für Rückfragen und Komplikationsbehebungen jederzeit telefonisch und persönlich zur Verfügung und wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten oder dessen Betreuungsperson sofort tätig.
 4. Durchführung sicherheitstechnischer Kontrollen, Reparaturen, Wartungen gemäß der Herstellerinformationen und der Ersatzversorgung, sowie der Auslieferung.
 5. Kostenfreie Belieferung, auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung, Abholung und Aussonderung der Geräte.
 6. Die vorgenannten Versorgungspauschalen der Anlage 4b gelten für Versicherte ab dem 14. Lebensjahr. Für Kinder bis zum 14. Lebensjahr ist ein Kostenvoranschlag einzureichen.
 7. Bei der Erstversorgung handelt es sich um eine **2**-Monatspauschale. Die Folgeversorgung ist eine Monatspauschale und gilt ab dem 3. Monat.
 8. Die Erstversorgung kann je Versorgungsfall nur einmal abgerechnet werden. Insbesondere der Wechsel des Vertragspartners nach bereits erfolgter Erstversorgung begründet keinen Anspruch auf Abrechnung einer Erstversorgung.
 9. Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln für tracheotomierte und invasiv beatmete sowie laryngektomierte Versicherte, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf und ärztliche Sachkosten) durch die VIACTIV Krankenkasse zu vergüten sind.

10. Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich. Die vorgenannten Versorgungspauschalen umfassen die Leistungen bis einschließlich der Trachealkanüle inklusive der künstlichen Nasen/HME-Filter.

Anlage 4c
(Preisvereinbarung für ableitende Inkontinenzversorgung)
Präqualifizierungsbereich 15A

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
15.25.04.1	Urinaleiter für Frauen	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.2	Urinaleiter für Männer	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.3	Urinaleiter für Kinder	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.4	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig	Neulieferung	00/10	0,61 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.5	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	1,91 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.6	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig	Neulieferung	00/10	1,48 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.7	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	2,05 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.04.8	Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	Neulieferung	00/10	2,14 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril	Neulieferung	00/10	3,16 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.4	Kinderbeinbeutel, steril	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.5	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	Neulieferung	00/10	2,31 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.6	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril	Neulieferung	00/10	3,01 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.05.7	Beinbeutel mit Entlüftung	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
15.25.06.0	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	Neulieferung	00/10	0,36 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.06.1	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	Neulieferung	00/10	0,89 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.06.2	Bettbeutel ohne Ablauf, steril	Neulieferung	00/10	0,71 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	Neulieferung	00/10	1,87 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.07.0	Bettbeutel mit Tropfkammer	Neulieferung	00/10	8,44 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.07.1	Kombinierte Bett- und Beinbeutel mit Tropfkammer	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.08.0	Urinbeutel für Dauergebrauch	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.09.0	Sonstige Urinauffangbeutel	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.09.1	Urinbeinbeutel für mobile Patienten (mit geringem Volumen)	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.10.0	Beutel mit Klebefläche	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.12.0	Urinalbandagen	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.12.1	Urinalsysteme zur Langzeitanwendung	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.14.4	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig	Neulieferung	00/10	0,42 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.14.5	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	2,43 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.14.6	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig	Neulieferung	00/10	1,93 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.14.7	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	2,43 €	ab 80,00 € netto pro Monat

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
15.25.14.8	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	4,31 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.14.9	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	Neulieferung	00/10	4,34 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.15.3	Ballonspülkatheter	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.15.5	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzzeitige Versorgung	Neulieferung	00/10	4,03 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.15.6	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung	Neulieferung	00/10	15,13 €	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.15.7	Ballonkatheter, Latexkern, silikonummantelt	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.16.0	Katheterverschlüsse	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.17.0	Analtampons	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.18.0	Bettnässer-Therapiegeräte	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.19.0	Trainingsgewichte	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.19.1	Mechanische Druckaufnahmesysteme	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.20.0	Intraurethrale Inkontinenztherapiesysteme	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.21.0	Pessare	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.21.2	Vaginaltampons	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.22.0	Instillationskatheter	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.25.22.1	Dilatationskatheter	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
15.99.99.0001	Abrechnungsposition für Ersatzteile	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0002	Abrechnungsposition für Verschleißteile	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0003	Abrechnungsposition für Ausstattungsdetails	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0004	Abrechnungsposition für Spiegel für Frauen zur ISK	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0006	Abrechnungsposition für Spritzen zum Blocken von Ballonkathetern	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0007	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, Einmalgebrauch	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0008	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, wiederverwendbar	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0009	Abrechnungsposition für Halterungen/Taschen für Urinbeutel	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0010	Abrechnungsposition für Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.0011	Abrechnungsposition für Beinspreize zum ISK (Befestigung am Oberschenkel)	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.1001	Abrechnungsposition für Hautkleber für Urinalkondome/Rolltrichter	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat
15.99.99.1002	Abrechnungsposition für Gleitmittel zur ISK	Neulieferung	00/10	AEP minus 11,5 %	ab 80,00 € netto pro Monat

AEP = Apothekeneinkaufspreis nach Lauer-Steuer

Umfang und Vergütung der Versorgung zur ableitenden Inkontinenz

Mit der Preisregelung sind alle relevanten Leistungen für die Versorgung mit Produkten für die ableitende Inkontinenz aus dem Vertrag und seinen Anlagen abgegolten.

1. Die vereinbarten Preise sind Stückpreise.
2. Die VIACTIV Krankenkasse verzichtet auf die Genehmigung von ableitenden Inkontinenzhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 80,00 € netto pro Monat bzw. im Ausnahmefall von 240,00 € netto im Quartal. Bei der Ermittlung der Genehmigungsfreigrenze werden alle Produkte der Produktgruppe 15 zusammengerechnet.
3. Sicherstellung der definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie der entsprechenden Serviceleistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen.
4. Kostenfreie Belieferung, auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung.
5. Die vorgenannten Preise gelten unabhängig vom Alter für alle Versicherten.
6. Die gleichzeitige Versorgung mit aufsaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln ist nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer Stuhl- und Harninkontinenz möglich.
7. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktart 15.25.14.5 und 15.25.14.8 ist eine gleichzeitige Versorgung mit dem Produkt „Gleitmittel zur ISK Versorgung“ (15.99.99.1002) nicht möglich.
8. Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit Produkten für die ableitende Inkontinenz, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf und ärztliche Sachkosten) durch die VIACTIV Krankenkasse zu vergüten sind.

Anlage 4d
(Preisvereinbarung für Stomaversorgung)
Präqualifizierungsbereich 29A

Abrechnungsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
29.00.26.9991	Colostoma	Monatspauschale	08/09	208,00 €	Ja
29.00.26.9992	Ileostoma	Monatspauschale	08/09	208,00 €	Ja
29.00.26.9993	Urostoma	Monatspauschale	08/09	208,00 €	Ja

Umfang und Vergütung der Versorgung nach Anlage eines Stomas

Mit der monatlichen Versorgungspauschale sind alle Hilfsmittel, deren Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie der erforderlichen Verbandstoffe für Stomapatienten aus diesem Vertrag und seinen Anlagen für jeweils ein Stoma abgegolten. Je Stomaanlage ist monatlich damit nur eine Monatspauschale abrechenbar. Bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Indikationen (z.B. Colostomie und Urostomie), soweit diese durch die ärztliche Verordnung nachgewiesen sind, kann je Stomaanlage monatlich eine Monatspauschale abgerechnet werden. Eine doppelläufige Stomaanlage ist als eine Stomaanlage zu betrachten, weshalb nur eine Stomapauschale monatlich abzurechnen ist.

1. Hierzu zählen alle Hilfsmittel der Produktgruppen 15 (Urin-Beinbeutel aus der Produktuntergruppe 15.25.05. und Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme aus der Produktuntergruppe 15.25.07. bei einem Urostoma), 19 (Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe) und 29 sowie der Verbandstoffe, die im Zusammenhang mit dem Stoma benötigt werden.

Ausgenommen von der Versorgungspauschale sind Stomabandagen und Produkte zur elektrischen Irrigation.

2. Sicherstellung der definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie der entsprechenden Serviceleistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen.
3. Kostenfreie Belieferung, auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung.
4. Die monatlichen Versorgungspauschalen gelten unabhängig vom Alter für alle Versicherten.
5. Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit Produkten der Stomaversorgung, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf und ärztliche Sachkosten) durch die VIACTIV Krankenkasse zu vergüten sind.
6. Fistel -, Wund- und Drainageversorgungen außerhalb des Stomabereiches (Stomaöffnung einschließlich des gesamten Bereiches der Basisplatte) sind nicht Bestandteil der monatlichen Versorgungspauschale.

Anlage 5 (Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen)

1 Grundsätze

- Die VIACTIV Krankenkasse verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- Bei Vorlagepflicht ist je Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die VIACTIV Krankenkasse behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen.

2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem diesem Vertrag

Krankenversichertennummer	Es ist eine gültige Krankenversicherthennummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversicherthennummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104526376
Vertragsarzt nummer	Die lebenslange Arzt nummer (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: Leistungen nach § 302 SGB V = 1996000 Leistungen nach § 300 SGB V = 0800600 Lediglich beim elektronischen Kostenvoran-

	<p>schlagsverfahren ist der 6-stellige LEGS für Leistungen nach § 300 SGB V mit einer „0“ vorangestellt einzugeben, soweit eine Genehmigungspflicht nach diesem Vertrag besteht.</p>
<p>Abrechnungsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer) bzw. PZN oder Sonderkennzeichen (Versorgungseinheit)</p>	<p>Es ist immer die jeweils 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, der PZN oder des Sonderkennzeichens im Sinne des Vertrages anzugeben.</p>
<p>Abrechnungsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer) bzw. PZN oder Sonderkennzeichen (Positionen zur Versorgungseinheit)</p>	<p>Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern bzw. Abrechnungsnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.</p>
<p>Bezeichnung des Hilfsmittels</p>	<p>Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, der PZN nach der Lauer-Taxe oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag.</p> <p>Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Geräte-name/-typ manuell zur erfassen.</p>
<p>Hilfsmittelkennzeichen</p>	<p>Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern:</p> <p>00 = Neulieferung 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 10 = Folgeversorgung</p>
<p>Leistungsbeginn</p>	<p>Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist immer der 1. eines Kalendermonats.</p> <p><u>Beispiel:</u> Auslieferung: 12.04.2016, Leistungsbeginn 01.04.2016</p> <p>Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen.</p> <p><u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.04.2016, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.05.2016</p> <p><u>Einzelleistungen (ableitende Inkontinenz, Produkte für Bolusgaben und Trinknahrung)</u></p>

	<p>Bei Einzelleistungen ist als Leistungsbeginn grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlages einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe/Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. einen Monat), ist der Beginn dieses Leistungszeitraums (z.B. 01.04.2016 oder 15.04.2016) anzugeben.</p>
<p>Leistungsende</p>	<p>Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> ist grundsätzlich der letzte Tag eines Kalendermonats.</p> <p><u>Ausnahme:</u> Sofern dem Vertragspartner das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist das Leistungsende aus abrechnungstechnischen Gründen mit einem Tag vor dem Todestag anzugeben.</p> <p><u>Einzelleistungen (ableitende Inkontinenz, Produkte für Bolusgaben und Trinknahrung)</u></p> <p>Als Leistungsende ist bei Einzelleistungen grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlages einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe/Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. einen Monat), ist das Ende dieses Leistungszeitraumes (z.B. 30.04.2016 oder 14.05.2016) anzugeben.</p>
<p>Menge/Anzahl</p>	<p><u>Pauschalen</u> Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.</p> <p><u>Ableitende Inkontinenz und Produkte für Bolusgaben</u> Die Mengenangabe entspricht immer der tatsächlich beantragten Einzelstückzahl des Versorgungszeitraums.</p> <p><u>Beispiel:</u> Ein Kunde soll für einen Zeitraum von 3 Monaten 90 Katheter erhalten. Diese sind auch mit der Stückzahl 90 zu beantragen, auch wenn diese in Kartons zu jeweils 30 Stück erhältlich sind und man daher auch 3 Kartons zu je 30 Stück beantragen könnte.</p> <p><u>Trinknahrung</u> Die Mengenangabe entspricht der Anzahl der beantragten Kartons für den gesamten beantragten Versorgungszeitraum.</p> <p><u>Beispiel:</u> Trinknahrung wird in der Regel nicht einzeln, sondern immer in gewissen Packungseinheiten abgegeben (4 x 125g = 1 Karton; 24 x</p>

	200 ml = 1 Karton, usw.). Hier ist die Kartorange anzugeben.
Einheit	<p><u>Pauschalen, ableitende Inkontinenz und Produkte für Bolusgaben</u> Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu bezeichnen.</p> <p><u>Trinknahrung</u> Die Einheit ist immer mit „Karton(s)“ zu bezeichnen.</p>
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 2 des Vertrages) <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>

Anlage 6 (Versicherteninformation)

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Anschrift	

Angaben zum Hilfsmittel

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

Die Firma _____ stellt für Sie ab dem _____ die Versorgung mit Hilfsmittel oder auch enteraler Ernährung bzw. Trinknahrung sicher. Hierzu zählen auch die Durchführung von Reparaturen, Wartungen sowie die Belieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Die o.g. Firma erhält hierfür von Ihrer VIACTIV Krankenkasse eine Vergütung in Form einer Versorgungspauschale (ausgenommen sind Produkte der ableitenden Inkontinenz, Bolusgabe und der Trinknahrung). Deshalb sind die nachstehenden Hinweise für Sie verpflichtend anzusehen:

- Alle Hilfsmittel oder auch Produkte der enteraler Ernährung bzw. Trinknahrung werden nur bei der o.g. Firma bezogen.
- Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die o.g. Firma, wenn Lieferungen von Verbrauchsmaterialien oder Zubehör sowie sonstige Service- und Dienstleistungen im Zusammenhang mit dieser Versorgung notwendig werden.
- Bitte verständigen Sie die o.g. Firma unverzüglich bei einem anstehenden Wohnortwechsel, insbesondere beim Umzug in ein stationäres Pflegeheim, bei planbaren Aufenthalten in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.
- Die VIACTIV Krankenkasse akzeptiert ärztliche Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 12 Monaten, es sei denn die Verordnung ist vom Arzt mit einem kürzeren Zeitraum versehen.
- Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Produkte erfolgt grundsätzlich für einen Kalendermonat. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch ist auch eine Belieferung für maximal 3 Kalendermonate möglich.
- Ein Wechsel des Vertragspartners ist erst nach Ablauf eines vollen Kalendermonats bzw. bei längeren Verordnungszeiträumen nach deren Ablauf (z.B. Lieferung erfolgte im Ausnahmefall bereits im Voraus für 3 Monate) möglich. Werden innerhalb eines Versorgungszeitraumes mehrere Vertragspartner von Ihnen zur Versorgung beauftragt, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Informieren Sie bitte rechtzeitig vor einem Wechsel des Vertragspartners Ihren bisherigen Vertragspartner und die VIACTIV Krankenkasse, damit Doppelversorgungen vermieden werden.

Name, Vorname

Datum

1. Änderungsvereinbarung

zum

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Versorgung der Versicherten bei enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung, bei Tracheotomie und bei Laryngektomie, bei ableitender Inkontinenz und bei Stomaanlagen

mit Wirkung zum 01.09.2017

zwischen der

VIACTIV Krankenkasse

Universitätsstraße 43

44789 Bochum

vertreten durch den Vorstand

und der

„Vertragspartner“

vertreten durch den Geschäftsführer

Vertragsnummer: 6000

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V: 1996000

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 300 SGB V: 800600

1. Preisvereinbarung (Anlage 4a)

Die VIACTIV Krankenkasse und der „Vertragspartner“ modifizieren die Anlage 4a (Preisvereinbarung für enterale Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung) für die Abrechenbarkeit der Verbandstoffe.

Die Verbandstoffe sind weiterhin grundsätzlich mit der Monatspauschale Sondennahrung (Standard oder Spezial) abgegolten und **nicht** zusätzlich abrechenbar. Lediglich in den Konstellationen, wo der Versicherte keine Sondennahrung erhält, die PEG-Sonde aber weiterhin existiert und versorgt werden muss, können die Verbandstoffe wie folgt abgerechnet werden:

Sonderkennzeichen	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
02566852	Verbandstoffe (ohne Bezug von Sondennahrung)	Monatspauschale	08/09	13,00 €	Nein

Die Beteiligten vereinbaren mit Wirkung zum 01.09.2017 die vorgenannte Änderung. Die Abrechnung der Verbandstoffe hat nach § 300 SGB V zu erfolgen.

2. Vertragsinhalte

Alle übrigen Vertragsbestandteile des vorgenannten Vertrages bleiben unverändert bestehen.

3. Inkrafttreten

Stichtag für die Anwendung der neuen Regelung ist der 01.09.2017 (gilt für alle Erst- und Folgeversorgungen).

Bochum, den _____

X, den _____

Vorstand
VIACTIV Krankenkasse

Geschäftsführer
„Vertragspartner“