

Vereinbarung

über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 Abs. 2 SGB V

Vertragsnummer: 19 00 290

zwischen der

mhplus Krankenkasse
vertreten durch den Vorstand Herrn Winfried Baumgärtner
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg

Metzinger BKK
vertreten durch den Vorstand Herrn Eberhard Stanger
Stuttgarter Straße 15+17
72555 Metzingen

- im Folgenden "Krankenkasse" genannt

und

XXX

- im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkasse mit Stomaartikeln, notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterialien und der damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen.

(2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung

Anlage 1a / 1b: Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards / Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Anlage 2a / 2b: Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards / Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Anlage 3a / 3b: Applikationshilfen zur Irrigation des Darms

Anlage 4: Aufnahmeprotokoll

Anlage 5: Versicherteninformation

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für die Krankenkasse und für den Leistungserbringer. Er umfasst die Versorgung aller Versicherten sowie aller durch die Krankenkasse betreuten Anspruchsberechtigten.

Der Leistungserbringer stellt die Versorgung der Versicherten, insbesondere die Beratung und Betreuung vor Ort am Wohnort des Patienten, bundesweit sicher.

§ 3 Voraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist das Vorliegen einer Versorgungsberechtigung der Krankenkasse oder des für den Sitz des Leistungserbringers zuständigen Primärkassenverbandes gemäß § 126 SGB V. Liegt keine Lieferberechtigung nach § 126 Abs. 2 SGB V vor, hat der Leistungserbringer die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung nach § 126 Abs. 1 SGB V zu erfüllen. Leistungserbringer nach Satz 1 und 2 haben die Vorgaben der gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu erfüllen.

(2) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus die Vorgaben und Voraussetzungen nach den Anlagen zu erfüllen.

(3) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen nach Abs. (1) und (2) für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung während des gesamten Vertragszeitraums sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nach Vertragsabschluss nicht mehr erfüllt sein, hat der Leistungserbringer die Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren.

(4) Die Krankenkasse ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden. Der Leistungserbringer hat auf Verlangen die entsprechenden Nachweise zu erbringen.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

(1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein. Die Qualität hat in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen, um der Behinderung und/oder Erkrankung des Versicherten voll gerecht zu werden. Sie hat das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V).

(2) Vom Leistungserbringer werden ausschließlich Hilfsmittel verwendet, die im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen sind oder deren Aufnahme beantragt wurde. Bei noch nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln ist der Krankenkasse eine schriftliche Begründung für die Versorgung vorzulegen sowie auf Verlangen der Krankenkasse ein Nachweis zu erbringen, dass die Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis beantragt worden ist.

(3) Eine Leistung und/oder Abrechnung zu Lasten der Krankenkasse kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist. Neben den zugelassenen Vertragsärzten im ambulanten Bereich akzeptiert die Krankenkasse im Einzelfall, insbesondere im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung und dem dadurch bedingten Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen (Entlassrezepte) durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte des Musters 16 vorhanden sein.¹

(4) Die Krankenkasse verzichtet auf eine Genehmigung. Die Krankenkasse kann den Genehmigungsverzicht widerrufen.

(5) Der Leistungserbringer hat nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung unverzüglich eine Versorgung vorzunehmen, sofern hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Der Leistungserbringer liefert die erforderlichen Hilfsmittel innerhalb von 48 Stunden flächendeckend bundesweit an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer.

(6) Die Krankenkasse ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

(7) Versicherte sind nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden.

§ 5 Beratung und Versorgung des Versicherten

(1) Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien (HilfsMR), des Medizinproduktegesetzes (MPG), des Hilfsmittelverzeichnisses nach §139 SGB V und die in der Anlage 1 definierten Produktstandards.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten und/oder deren Betreuungspersonen umfassend zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Wohnung, Krankenhaus)

¹ Protokollnotiz zum 01.05.2016

durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (vgl. Anlage 1).

(3) Der Leistungserbringer führt zur Feststellung des Versorgungsbedarfes eine umfassende Beratung durch, sofern im Einzelfall erforderlich am Ort des Gebrauches des Hilfsmittels. Hierbei muss insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung getragen werden.

§ 6 Haftung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schaden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Der Leistungserbringer trägt die Beweislast dafür, dass das Hilfsmittel bei der Übergabe mangelfrei war. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der Krankenkasse für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.

(2) Die Haftung des Herstellers / Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.

(3) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. (1) schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung (höchstmögliche Deckungssumme) für Personen-, Sach- und Vermögensschaden ab. Die Deckungssumme ist dem jeweils maximal abschließbaren Höchststand anzupassen. Auf Verlangen hat der Leistungserbringer der Krankenkasse einen Nachweis vorzulegen.

§ 7 Leistungserbringung und Vergütung

(1) Die zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachlichen Versorgung mit den im Einzelfall medizinisch notwendigen Stomaartikeln alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Nebenleistungen. Hierzu zählen insbesondere die in den Anlagen genannten Leistungen.

(2) Die Vergütung der Versorgungspauschalen richtet sich nach der Anlage 1b oder 2b. Die in den Anlagen vereinbarten Preise gelten im Sinne von Höchstpreisen.

(3) Mit der Versorgungspauschale nach Abs. (2) ist der in dieser Vereinbarung und in den dazugehörigen Anlagen beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

(4) Verlangt der Versicherte neben der bewilligten Leistung eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

§ 8 Abrechnung

(1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit der von der Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle ab.

Abrechnungsstelle der Krankenkasse:

Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

Telefon: 07641 9201-100
Fax: 07641 9201 4507
E-Mail für Datenannahme: tp@arz-emmendingen.de

(2) Die Pauschalen können für jeden begonnenen Kalendermonat je Indikation (Urostomie, Ileostomie, Colostomie) nur einmal abgerechnet werden. Entfällt der Leistungsanspruch des Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat (stationäre Behandlung, Reha-Maßnahme wegen Stoma), berechnet der Leistungserbringer diesen Zeitraum nicht. Teilmonate (z.B. Entlassung aus dem Krankenhaus oder Tod des Versicherten) führen zu keiner Reduzierung des monatlichen Erstattungsbetrages. Wird der Krankenkasse erst nachträglich bekannt, dass der Vergütungsanspruch für einen vollen Kalendermonat entfallen ist, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Monat erfolgen.

(3) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die Krankenkasse schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Änderungen seines Institutionskennzeichens oder seiner Anschrift unverzüglich der Krankenkasse anzuzeigen. Ansonsten kann eine Abrechnung nicht erfolgen.

(4) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die Krankenkasse bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind in diesem Fall ausgeschlossen. Nur wenn die Krankenkasse innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der Krankenkasse scheidet allerdings aus, soweit die Krankenkasse berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. 9 oder eine Aufrechnungslage nach Abs. 10 oder 11 gegeben war.

(5) Der Leistungserbringer erstellt bei der Übernahme eines neuen Patienten bzw. bei der erstmaligen Versorgung mit Stomaartikeln ein Aufnahmeprotokoll gemäß der Anlage 4. Das ausgefüllte und unterschriebene Aufnahmeprotokoll ist vom Leistungserbringer zu digitalisieren und patientenbezogen aufzubewahren. Die Krankenkasse kann das Aufnahmeformular gemäß der Anlage 4 jederzeit kostenfrei im versichertenbezogenen Einzelfall anfordern. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse das Formular per E-Mail zur Verfügung zu stellen.²

(6) Die Abrechnung ist mit einer ärztlichen Verordnung für längstens 6 Monate möglich. Werden für einen Verordnungszeitraum mehrere Abrechnungen vorgenommen, ist im ersten Abrechnungsmonat die Versorgung im Original beizufügen. In den Folgemonaten ist der Abrechnung eine Kopie der ärztlichen Verordnung für den laufenden Verordnungszeitraum beizufügen.

² Protokollnotiz zum 01.05.2016

(7) Für jede Auslieferung eines Hilfsmittels ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind der Krankenkasse auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, Post, UPS, etc.) zulässig.

(8) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Unabhängig davon sind der jeweilige Versorgungszeitraum und das Hilfsmittelkennzeichen gemäß Anlagen im Abrechnungsdatensatz anzugeben. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Leistungserbringergruppenschlüssel für diesen Vertrag lautet 19.00.290. Werden die Daten der Krankenkasse vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der Krankenkasse nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.

(9) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen vereinbarten Preise kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

(10) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der Krankenkasse eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der Krankenkasse vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.

(11) Die Krankenkasse ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die Krankenkasse, so gilt diese als anerkannt.

(12) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der Krankenkasse ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die Krankenkasse nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der Krankenkasse gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkasse ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Krankenkasse aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen.

(13) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die Krankenkasse mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im

Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.

§ 9 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, BDSG) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und Behandlungen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der Krankenkasse auf Verlangen vorzuzeigen.

§ 10 Werbung

(1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln oder Versorgungspauschalen motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 11). Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die Krankenkasse unaufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) zu informieren.

(2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.

(3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.

§ 11 Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

(1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die Krankenkasse nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000,- EUR verlangen.

(2) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die Krankenkasse den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung bestimmter Produktgruppen ausschließen und die Versorgungsberechtigung nach §126 SGB V widerrufen.

(3) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. (1) und (2) können auch nebeneinander verhängt werden.

(4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

- Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
- Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
- Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 126 Abs. 2 SGB V.
- Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
- Die Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen. Ausgenommen bleibt die Annahme von Zuzahlungen nach § 7(4) bei Versichertenwünschen für artgleiche Hilfsmittel, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen.
- Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.

(5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. (1) und (2) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der Krankenkasse zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 8 (11) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2010 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.06.2011, schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.

(2) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der Krankenkasse, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlagen durch den Leistungserbringer betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos.

(3) Für die separate Kündigung der Anlagen gelten die dort vereinbarten Fristen.

(4) Kündigungen und Änderungen nach Abs. (1) und (3) bedürfen der Schriftform.

(5) Schließt die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V, endet dieser Vertrag am Tag vor dem Inkrafttreten der dann maßgebenden ausgeschriebenen Verträge.

(6) Ergeben sich Änderungen im Ablauf dieses Vertrages, können diese einvernehmlich kurzfristig geändert werden. Änderungen bedürfen der Schriftform.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

Protokollnotiz

zur Vereinbarung über die Hilfsmittelversorgung gem. § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB V) vom
01.07.2010 zwischen XXX und der mhplus BKK, Franckstraße 8 in 71636 Ludwigsburg
(Stomaversorgung Produktgruppe 29; LEGS: 19 00 290)

zwischen der

**mhplus BKK
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg**
(im folgenden mhplus genannt)

und der

XXX
(im folgenden Leistungserbringer genannt)

Die oben genannte Vereinbarung wird durch die Protokollnotiz wie folgt angepasst:

Anlagen

Die bisherigen Anlagen 1 bis 4 ab Vertragsbeginn 01.07.2010 werden mit Wirkung ab 01.07.2012 durch die beiliegenden Anlagen 1 bis 4 ersetzt.

Alle weiteren Regelungen des Vertrages bleiben hiervon unberührt und behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Protokollnotiz

zur Vereinbarung über die Hilfsmittelversorgung gem. § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB V) vom
01.07.2010 zwischen der XXX und der mhplus BKK, Nordostpark 14 in 90411 Nürnberg
(Stomaversorgung Produktgruppe 29; LEGS: 19 00 290)

zwischen der

mhplus BKK
vertreten durch den Vorstand Herrn Winfried Baumgärtner
Nordostpark 14
90411 Nürnberg
(im folgenden mhplus genannt)

und der

XXX
(im folgenden Leistungserbringer genannt)

Die oben genannte Vereinbarung vom 01.07.2010 mit der Änderung zum 01.07.2012 wird durch diese
Protokollnotiz zum 01.05.2016 wie folgt angepasst:

Anlage 1b und 2b – Versorgungszeitraum

Die Regelung ab 01.05.2016 lautet:

Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich einer vertragsärztlichen Verordnung, um
abrechenbar zu sein (vgl. § 4(3)). Hiervon abweichend sind die Verordnungen für die Stomaversorgung 12
Monate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die
folgenden 11 Monate sind jeweils mit einem Codierbogen abrechenbar, sofern die Voraussetzungen des
§ 8(2) erfüllt sind. Der Codierbogen enthält dabei alle relevanten Informationen aus der
Originalverordnung.

§ 4 Absatz 3

Die Regelung ab 01.05.2016 lautet:

(3) Eine Leistung und/oder Abrechnung zu Lasten der mhplus kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen
Verordnung erfolgen, sofern in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist. Neben den zugelassenen
Vertragsärzten im ambulanten Bereich akzeptiert die mhplus im Einzelfall, insbesondere im
Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung und dem dadurch bedingten Übergang vom
stationären in den ambulanten Bereich, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen (Entlassrezepte)
durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier kann die Form vom Muster 16
abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte des Musters 16 vorhanden sein.

§ 8 Absatz 5

Die Regelung ab 01.05.2016 lautet:

§ 8 (5)

Der Leistungserbringer erstellt bei der Übernahme eines neuen Patienten bzw. bei der erstmaligen Versorgung mit Stomaartikeln ein Aufnahmeprotokoll gemäß der Anlage 3. Das ausgefüllte und unterschriebene Aufnahmeprotokoll ist vom Leistungserbringer zu digitalisieren und patientenbezogen aufzubewahren. Die mhplus kann das Aufnahmeformular gemäß der Anlage 3 jederzeit kostenfrei im versichertenbezogenen Einzelfall anfordern. Der Leistungserbringer hat der mhplus das Formular per E-Mail zur Verfügung zu stellen.

Vergütungssätze Anlage 1b ab 01.05.2016:

Positionsnummer	Monatspauschalen für Stomaversorgungen, Hilfsmittel inkl. Haftsprays, Haftmittel und sonstigem Bedarf	Preis netto	Preis brutto
29.00.26.0105	Monatspauschale bei Colostomie inklusive Irrigationsbedarf (ohne elektrische Irrigationspumpe)	215,00	255,85
29.00.26.0205	Monatspauschale bei Ileostomie	215,00	255,85
29.00.26.0305	Monatspauschale bei Urostomie inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	215,00	255,85
29.00.26.0405	Monatspauschale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	215,00	255,85

Vergütungssätze Anlage 2b ab 01.05.2016:

Positionsnummer	Monatspauschalen für Stomaversorgungen, Hilfsmittel inkl. Haftsprays, Haftmittel und sonstigem Bedarf	Preis netto	Preis brutto
29.00.26.0106	Monatspauschale bei Colostomie inklusive Irrigationsbedarf (ohne elektrische Irrigationspumpe)	184,00	218,96
29.00.26.0206	Monatspauschale bei Ileostomie	184,00	218,96
29.00.26.0306	Monatspauschale bei Urostomie inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	184,00	218,96
29.00.26.0406	Monatspauschale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	184,00	218,96

Des Weiteren vereinbaren die Vertragsparteien, dass bei signifikanten Veränderungen im Marktsegment Stoma, insbesondere bei einer deutlichen Verteuerung der Einkaufspreise für Stomaartikel, unverzüglich Gespräche aufgenommen werden.

Alle weiteren Regelungen des Vertrages bleiben hiervon unberührt und behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Anlage 1a zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards

Für eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Stomaartikeln nach Anlagen 1a und 1b ist während der gesamten Vertragslaufzeit die nachfolgend genannte Leistungsbeschreibung zu erfüllen. Dies gilt auch für die nachfolgend aufgeführten Qualitäts- und Versorgungsstandards.

Die Versorgung der Versicherten mit Stomaartikeln hat insbesondere mit dem Ziel der Vermittlung von Selbsthilfekompetenz, Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen sowie der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu erfolgen.

Hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus

Eine hilfsmittelbezogene, persönliche Beratung durch den Leistungserbringer im Krankenhaus erfolgt

- präoperativ und/oder
- postoperativ und/oder
- im Rahmen des Überleitmanagements und/oder
- am Tag der Entlassung des Versicherten in den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich

Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im ambulanten oder teil- bzw. vollstationären Pflegebereich

Die hilfsmittelbezogene Beratung und Erstversorgung erfolgt postoperativ oder im Rahmen des Überleitungsmanagements in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung einschließlich der Wochenend- und Feiertage erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung mit Stomaartikeln durch eine Frei-Haus-Lieferung.

Die ersten 6 Monate nach Anlage des Stomas werden als besonders beratungsintensive Zeit angesehen, da Veränderungen und Komplikationen auftreten können und sich die hilfsmittelbezogene Versorgung verändern kann. Für diesen Zeitraum verpflichtet sich der Leistungspartner, die Versicherten der mhplus je nach Anforderung des Versicherten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt so oft wie angefordert zu beraten und zu versorgen.

Hierzu finden im ersten halben Jahr nach der Anlage des Stomas und Entlassung aus dem Krankenhaus mindestens drei Beratungsbesuche statt. Auf Anforderung des Versicherten finden weitere Beratungsbesuche statt.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst bzw. das Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

1. Personelle Anforderungen

1.1 qualifizierte Stoma-Mitarbeiter

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungsbringer jeweils mindestens zwei Mitarbeiter pro Region ein, die mindestens über die folgenden Qualifikationen verfügen:

Diese zwei Fachkräfte pro Region verfügen (erfolgreicher Abschluss) über die Weiterbildung zur Fachschwester/-pfleger für Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorgung nach den Richtlinien des WCET bzw. ECET e.V. bzw. DVET e.V. (Stomatherapeut mit Weiterbildung von mindestens 700 Unterrichtsstunden). Zusätzlich ist eine zweijährige Berufspraxis und spezielle Fachkenntnisse im Bereich der Inkontinenzversorgung notwendig.

Region 1:
Bayern

Region 2:
Baden-Württemberg

Region 3:
Saarland
Rheinland-Pfalz

Region 4:
Nordrhein-Westfalen

Region 5:
Hessen

Region 6:
Niedersachsen
Bremen
Hamburg
Schleswig-Holstein

Region 7:
Mecklenburg-Vorpommern
Brandenburg
Berlin

Region 8:
Sachsen-Anhalt
Sachsen
Thüringen

1.2 Weitere Mitarbeiter

Weitere vom Leistungserbringer zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzte Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- Staatlich geprüfte/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder staatlich geprüfte/r Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/-in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/-in mit dreijähriger Ausbildung,
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im klinischen Bereich und
- Fortbildung zum Medizinprodukteberater für Stomaartikel

Die Auslieferung der Stomaartikel kann durch beauftragte Dritte erfolgen. Die vorgenannten Anforderungen finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

1.3 Fortbildung und Einarbeitung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

- Alle aufgeführten Personen werden mindestens jährlich fachspezifisch fort- und weitergebildet.

Neue Mitarbeiter erhalten ein vom Leistungserbringer vorzuhaltendes Einarbeitungskonzept, welches mindestens eine zweiwöchige Hospitation in Vollzeit bei einer beratenden Pflegefachkraft als Anlernphase vorausgesetzt. Die Art und Anzahl der Hospitation ist zu dokumentieren.

Die ersten Beratungen und Schulungen durch die neue Pflegefachkraft (mit dem Patienten / mit einem Angehörigen / von Pflegefachkräften im ambulanten Pflegedienst / von Pflegefachkräften im vollstationären Bereich) sind unter Beteiligung der anlernenden Pflegefachkraft durchzuführen und zu dokumentieren.

1.4 Qualifikationsnachweise

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der Krankenkasse auf Anforderung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der Krankenkasse auf Anforderung übersandt.

Es ist eine Namensliste mit Führung des Kürzels und der Unterschrift einzureichen. Personelle Änderungen sind der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.

Nach erfolgter Prüfung der Qualifikationen durch die Krankenkasse werden die Listen vernichtet.

2. Produktanforderungen

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte, haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der Krankenkasse zu erbringen.

Entsprechend der medizinischen Notwendigkeit erfolgt die Versorgung mit Stomaartikeln gemäß Produktgruppe 29 des Hilfsmittelverzeichnisses.

Die Art der Verwendung und die Verwendungsdauer der Hilfsmittel richtet sich nach den Herstellerhinweisen.

Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung der Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (z.B. Hautunverträglichkeit) dagegen.

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

3.1 Grundsätze

Der Leistungserbringer hat die Beratung, Betreuung und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Stomaartikeln in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behindertenheimen, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicherzustellen. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung zu tragen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Fachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Zur Entgegennahme der Aufträge hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag, von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen.

Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben.

Zu den unter Abschnitt 3.2 bis 3.5 genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die unter Abschnitt 1.1 und 1.2 genannten Mitarbeiter einzusetzen.

Im ambulanten Bereich bzw. in der vollstationären Versorgung erfolgt die hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung für das gesamte dort tätige Pflegefachpersonal.

3.2 Dokumentation

Der Leistungserbringer erstellt eine Patientendokumentation, die mindestens die Inhalte der Anlagen 4 und 5 abbildet. Im weiteren Verlauf der Versorgung erfolgt eine Dokumentation im Rahmen eines Aufnahme- und Verlaufsprotokolls. Die Inhalte entsprechen mindestens den Anlagen 4 und 5.

3.3 Aufklärung, Schulung und Beratung

a) Präoperativ

Der Leistungserbringer führt ein Gespräch mit dem Versicherten und ggf. mit den Angehörigen / des weiterbetreuenden Pflegepersonals zur zukünftigen Versorgungssituation. Hierbei erfolgt auch Beratung bei der Stomamarkierung.

b) Postoperativ

Der Leistungserbringer übergibt dem Versicherten einen Versorgungsleitfaden für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel. Zusätzlich wird eine Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit und Beruf durchgeführt.

Ein Beratungsgespräch wird durchgeführt. Hierbei wird der Versicherte hinsichtlich der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung beraten. Der Versicherte wird in der Erkennung und Vermeidung von Komplikationen geschult. Ergänzend hierzu erhält der Versicherte vom Leistungserbringer in Kooperation mit dem behandelnden Arzt Ernährungshinweise. Weiterhin erfolgt eine Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder

teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte. Ziel hierbei ist die Anleitung des Versicherten / der Angehörigen / des Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung des Stomas.

Der Leistungserbringer übernimmt die Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich / voll- oder teilstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt nach Einverständniserklärung des Versicherten.

c) Am Tag der Krankenhausentlassung

Am Tag der Krankenhausentlassung erfolgt durch den Leistungserbringer eine Kontaktaufnahme zur Stomakontrolle.

Der Leistungserbringer stellt die notwendigen Hilfsmittel zur Erstversorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit bereit und liefert diese an den Versicherten aus.

Es erfolgt eine Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma sowie den Versorgungswechsel gelegt.

Weitere Beratung im ambulanten / voll- bzw. teilstationären Pflegebereich

Ergänzend zu den Leistungen unter a) bis c) erfolgen in den ersten 6 Monaten nach Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus mindestens 3 Beratungsbesuche seitens des Leistungserbringers. Weitere Betreuungsbesuche nach Bedarf sind hierbei nicht ausgeschlossen. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf folgende Punkte gelegt:

- Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Dokumentation festgestellter Komplikationen
- Information des behandelnden Arztes über festgestellte Komplikationen
- Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte:
- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
- Versorgungswechsel

3.4 Versorgung

Der Leistungserbringer ermittelt in den Beratungsgesprächen mit dem Versicherten den medizinisch notwendigen Bedarf an Hilfsmitteln zur Stomaversorgung für den laufenden Versorgungszeitraum individuell. Die Belieferung des Versicherten erfolgt frei Haus. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet. Auf Wunsch des Versicherten ist die Lieferung in neutraler Verpackung vorzunehmen. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen enthält.

Der Leistungserbringer stellt die laufende Nachlieferung mit Stomaartikeln in jedem Versorgungszeitraum frei Haus sicher.

3.5 Weitere Serviceleistungen

Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung der Versorgung vor Ort. Auf Anforderung des Versicherten bzw. Angehörigen bzw. des Pflegepersonals erfolgt hier auch, sofern möglich, eine Anpassung der Versorgung nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt.

Bei voraussichtlich temporärem Stoma errechnet der Leistungserbringer den Versorgungszeitraum.

Sofern notwendig, führt der Leistungserbringer Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend waren durch. Hierfür ist die Einverständniserklärung mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereichs / ambulanten Pflegedienstes notwendig.

Der Leistungserbringer stellt für Notfälle und/oder ggf. auftretende Komplikationen eine telefonische Hotline zur Verfügung, die von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinaus gehenden Geschäftszeiten für Versicherte der Krankenkasse erreichbar ist. Ausgenommen von den Telefonkosten des Versicherten dürfen dem Versicherten und/oder der Krankenkasse hierfür keine Kosten berechnet werden.

Der Leistungserbringer erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht über die abgegebenen Stomaartikel, welcher der Krankenkasse auf Anfrage zur Verfügung zu stellen ist. Der Qualitätsbericht ist als Datei zu liefern. Der Bericht muss folgende Informationen enthalten:

- Anzahl versorgter Versicherten pro Monat/Quartal/Jahr
- Durchschnittliche kumulierte Verbrauchswerte je versorgtem Versicherten, gruppiert nach den ersten sieben Stellen der Hilfsmittelpositionsnummer pro Monat/Quartal/Jahr
- Auswertung der Häufigkeiten/Anzahl aufgetretener Komplikationen

Der Leistungserbringer ist zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung mindestens gemäß DIN EN ISO 9001 :2000 oder DIN EN ISO 13485 bzw. entsprechenden Nachfolgenormen mit einschlägigem Einfluss des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG) zertifiziert. Die Zertifizierungsnorm muss dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen und beim Deutschen Akkreditierungsrat akkreditiert sein. Der Zertifizierer muss ebenfalls akkreditiert sein. Die Leistungsbeschreibung und die Qualitäts- und Versorgungsstandards sind wie vertraglich vereinbart ins QM-Handbuch aufzunehmen. Der Leistungserbringer legt der Krankenkasse unaufgefordert nach Ablauf der Zertifikatsgültigkeit ein neues Zertifikat vor. Der Krankenkasse wird auf Anforderung der jährliche Auditbericht und das QM-Handbuch - bezogen auf diesen Vertrag zur Verfügung gestellt.

Anlage 1b zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Mit der Versorgungspauschale sind sämtliche mit der Versorgung des Versicherten mit Stomaartikeln zusammenhängenden Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere

- Lieferung von Stomaartikeln (Produktgruppe 29), Verbandstoffe und weitere Verbrauchsmaterialien, z.B. Hautschutzpasten.
- Lieferung von Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (Produktgruppe 15 – 15.25.05 – 15.25.07), soweit sie für die Stomaversorgung bei Urostomata eingesetzt werden.
- Irrigationsbedarf (ohne elektrische Pumpe) bei Colostomie
- Sicherstellung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
- Dokumentation, Aufklärung und Beratung nach den Maßgaben der Anlage 1
- Anpassung der Hilfsmittel am Versicherten
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anlieferung, Abholung, Einlagerung und Entsorgung
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen
- Telefonische Erreichbarkeit nach den Regelungen der Anlage 1

Vergütungssätze Anlage 1b ab 01.05.2016:

Positionsnummer	Monatspauschalen für Stomaversorgungen, Hilfsmittel inkl. Haftsprays, Haftmittel und sonstigem Bedarf	Preis netto	Preis brutto
29.00.26.0105	Monatspauschale bei Colostomie inklusive Irrigationsbedarf (ohne elektrische Irrigationspumpe)	215,00	255,85
29.00.26.0205	Monatspauschale bei Ileostomie	215,00	255,85
29.00.26.0305	Monatspauschale bei Urostomie inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	215,00	255,85
29.00.26.0405	Monatspauschale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	215,00	255,85

* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist grundsätzlich nur zum Beginn eines neuen Kalendermonats möglich. Der neue Leistungserbringer benötigt für die Abrechnung der Pauschale eine Originalverordnung. Wechselt der Versicherte den

Leistungserbringer nicht zum Monatsersten, kann der neue Leistungserbringer erst den Folgemonat abrechnen.

Versorgungszeitraum:

Die Versorgungspauschale für Stomaproducte gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Verordnungszeitraum:

Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich einer vertragsärztlichen Verordnung, um abrechenbar zu sein (vgl. § 4(3)). Hiervon abweichend sind die Verordnungen für die Stomaversorgung 6 Monate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden 5 Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar, sofern die Voraussetzungen des § 8(2) erfüllt sind.

Inhalte der Versorgungspauschale:

Die Versorgungspauschalen beinhalten neben den eigentlichen Hilfsmitteln der Produktgruppe 29 alle im Einzelfall erforderlichen Zubehörteile, Zurüstungen, und Ersatzteile sowie notwendige Reparaturen. Bei Versicherten mit Urostoma sind zudem alle Hilfsmittel der Produktgruppe 15 (15.25.05 – 15.25.07), die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Urostoma stehen, von der Versorgungspauschale erfasst.

Stomabandagen / Irrigation / Wundversorgung

Stomabandagen, elektrische Irrigationspumpen und Produkte der klassischen Wundversorgung (nicht Stoma-Kompressen) fallen nicht in die monatliche Versorgungspauschale. Diese bedürfen einer gesonderten ärztlichen Verordnung und sind per Kostenvoranschlag der Krankenkasse vorzulegen.

Stoma- Doppel-Anlage / doppelläufige Stomaanlage

Bei der Versorgung von Stoma-Doppel-Anlagen oder Mehrfach-Stoma-Anlagen (z.B. Colostoma und gleichzeitiges Urostoma) kann die Pauschale jeweils pro Stomaversorgung abgerechnet werden. Dies ist vom Arzt auf der Verordnung entsprechend zu bescheinigen. Bei einer doppelläufigen Stomaanlage handelt es sich um eine Stomaanlage.

Fistelversorgung / Wundversorgung

Fistelversorgungen und spezielle Wundversorgungen außerhalb des Stomabereiches sowie in Einzelfällen erforderliche moderne Wundversorgungen bei Wundheilungsstörungen um den Stomabereich sind nicht Bestandteil der Pauschale.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich der verbrauchten Verbrauchsmaterialien Zubehör- und Ersatzteile auf das Maß des medizinisch Notwendigen hinzuweisen. Verbraucht der Versicherte mehr als das medizinisch Notwendige, trägt die Krankenkasse nicht die hierdurch entstandenen Mehrkosten. Vielmehr kann der Leistungserbringer dem Versicherten die hierdurch entstandenen Mehrkosten in Rechnung steilen. Dabei muss der Leistungserbringer sicherstellen, dass der Versicherte vorher vom Leistungserbringer ggf. unter Einbindung der Krankenkasse ausführlich über das Maß des medizinisch Notwendigen beraten worden ist, der Versicherte schriftlich über die Kostenpflichtigkeit vor Abgabe der Hilfsmittel durch den Leistungserbringer informiert worden ist und die Leistung ausdrücklich vom Versicherten gefordert worden ist. § 7(4) gilt entsprechend.

Die Anlagen 1a und 1b können mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Monats, erstmalig zum 30.06.2013 schriftlich gekündigt werden.

Nach erfolgter schriftlicher Kündigung der Anlagen 1a und 1b (nicht Rahmenvereinbarung) durch eine der Vertragsparteien findet die Preisvereinbarung bis zum gemeinschaftlichen Abschluss einer Folgepreisvereinbarung weiterhin Anwendung.

Anlage 2a zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards

Für eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Stomaartikeln nach Anlage 2a und 2b ist während der gesamten Vertragslaufzeit die nachfolgend genannte Leistungsbeschreibung zu erfüllen. Dies gilt auch für die nachfolgend aufgeführten Qualitäts- und Versorgungsstandards.

Die Versorgung der Versicherten mit Stomaartikeln hat insbesondere mit dem Ziel der Vermittlung von Selbsthilfekompetenz, Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen sowie der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu erfolgen.

Hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus

Eine hilfsmittelbezogene, persönliche Beratung durch den Leistungserbringer im Krankenhaus erfolgt

- präoperativ und/oder
- postoperativ und/oder
- im Rahmen des Überleitmanagements und/oder
- am Tag der Entlassung des Versicherten in den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich

Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im ambulanten oder teil- bzw. vollstationären Pflegebereich

Die hilfsmittelbezogene Beratung und Erstversorgung erfolgt postoperativ oder im Rahmen des Überleitungsmanagements in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung einschließlich der Wochenend- und Feiertage erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung mit Stomaartikeln durch eine Frei-Haus-Lieferung.

Die ersten 6 Monate nach Anlage des Stomas werden als besonders beratungsintensive Zeit angesehen, da Veränderungen und Komplikationen auftreten können und sich die hilfsmittelbezogene Versorgung verändern kann. Für diesen Zeitraum verpflichtet sich der Leistungspartner, die Versicherten der Krankenkasse je nach Anforderung des Versicherten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt so oft wie angefordert zu beraten und zu versorgen.

Hierzu finden im ersten halben Jahr nach der Anlage des Stomas und Entlassung aus dem Krankenhaus mindestens drei Beratungsbesuche statt. Auf Anforderung des Versicherten finden weitere Beratungsbesuche statt.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst bzw. das Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

1. Personelle Anforderungen

1.1 Mitarbeiter

Die vom Leistungserbringer zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzten Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- Staatlich geprüfte/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder staatlich geprüfte/r Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/-in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/-in mit dreijähriger Ausbildung,
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im klinischen Bereich und
- Fortbildung zum Medizinprodukteberater für Stomaartikel

Die Auslieferung der Stomaartikel kann durch beauftragte Dritte erfolgen. Die vorgenannten Anforderungen finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

1.2 Fortbildung und Einarbeitung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

- Alle aufgeführten Personen werden mindestens jährlich fachspezifisch fort- und weitergebildet.

Neue Mitarbeiter erhalten ein vom Leistungserbringer vorzuhaltendes Einarbeitungskonzept, welches mindestens eine zweiwöchige Hospitation in Vollzeit bei einer beratenden Pflegefachkraft als Anlernphase vorausgesetzt. Die Art und Anzahl der Hospitation ist zu dokumentieren.

Die ersten Beratungen und Schulungen durch die neue Pflegefachkraft (mit dem Patienten / mit einem Angehörigen / von Pflegefachkräften im ambulanten Pflegedienst / von Pflegefachkräften im vollstationären Bereich) sind unter Beteiligung der anlernenden Pflegefachkraft durchzuführen und zu dokumentieren.

1.3 Qualifikationsnachweise

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der Krankenkasse auf Anforderung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der Krankenkasse auf Anforderung übersandt.

Es ist eine Namensliste mit Führung des Kürzels und der Unterschrift einzureichen. Personelle Änderungen sind der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.

Nach erfolgter Prüfung der Qualifikationen durch die Krankenkasse werden die Listen vernichtet.

2. Produktanforderungen

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte, haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der Krankenkasse zu erbringen.

Entsprechend der medizinischen Notwendigkeit erfolgt die Versorgung mit Stomaartikeln gemäß Produktgruppe 29 des Hilfsmittelverzeichnisses.

Die Art der Verwendung und die Verwendungsdauer der Hilfsmittel richtet sich nach den Herstellerhinweisen.

Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung der Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (z.B. Hautunverträglichkeit) dagegen.

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

3.1 Grundsätze

Der Leistungserbringer hat die Beratung, Betreuung und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Stomaartikeln in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behindertenheimen, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicherzustellen. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung zu tragen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Fachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Zur Entgegennahme der Aufträge hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag, von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen.

Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben.

Zu den unter Abschnitt 3.2 bis 3.5 genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die unter Abschnitt 1.1 genannten Mitarbeiter einzusetzen.

Im ambulanten Bereich bzw. in der vollstationären Versorgung erfolgt die hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung für das gesamte dort tätige Pflegefachpersonal.

3.2 Dokumentation

Der Leistungserbringer erstellt eine Patientendokumentation, die mindestens die Inhalte der Anlagen 4 und 5 abbildet. Im weiteren Verlauf der Versorgung erfolgt eine Dokumentation im Rahmen eines Aufnahme- und Verlaufsprotokolls. Die Inhalte entsprechen mindestens den Anlagen 4 und 5.

3.3 Aufklärung, Schulung und Beratung

a) Präoperativ

Der Leistungserbringer führt ein Gespräch mit dem Versicherten und ggf. mit den Angehörigen / des weiterbetreuenden Pflegepersonals zur zukünftigen Versorgungssituation. Hierbei erfolgt auch Beratung bei der Stomamarkierung.

b) Postoperativ

Der Leistungserbringer übergibt dem Versicherten einen Versorgungsleitfaden für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel. Zusätzlich wird eine Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit und Beruf durchgeführt.

Ein Beratungsgespräch wird durchgeführt. Hierbei wird der Versicherte hinsichtlich der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung beraten. Der Versicherte wird in der Erkennung und Vermeidung von Komplikationen geschult. Ergänzend hierzu erhält der Versicherte vom Leistungserbringer in Kooperation mit dem behandelnden Arzt Ernährungshinweise. Weiterhin erfolgt eine Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte. Ziel hierbei ist die Anleitung des Versicherten / der Angehörigen / des Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung des Stomas.

Der Leistungserbringer übernimmt die Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich / voll- oder teilstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt nach Einverständniserklärung des Versicherten.

c) Am Tag der Krankenhausentlassung

Am Tag der Krankenhausentlassung erfolgt durch den Leistungserbringer eine Kontaktaufnahme zur Stomakontrolle.

Der Leistungserbringer stellt die notwendigen Hilfsmittel zur Erstversorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit bereit und liefert diese an den Versicherten aus.

Es erfolgt eine Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma sowie den Versorgungswechsel gelegt.

Weitere Beratung im ambulanten / voll- bzw. teilstationären Pflegebereich

Ergänzend zu den Leistungen unter a) bis c) erfolgen in den ersten 6 Monaten nach Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus mindestens 3 Beratungsbesuche seitens des Leistungserbringers. Weitere Betreuungsbesuche nach Bedarf sind hierbei nicht ausgeschlossen. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf folgende Punkte gelegt:

- Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Dokumentation festgestellter Komplikationen
- Information des behandelnden Arztes über festgestellte Komplikationen
- Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste und/oder voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte:
- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
- Versorgungswechsel

3.4 Versorgung

Der Leistungserbringer ermittelt in den Beratungsgesprächen mit dem Versicherten den medizinisch notwendigen Bedarf an Hilfsmitteln zur Stomaversorgung für den laufenden Versorgungszeitraum individuell. Die Belieferung des Versicherten erfolgt frei Haus. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet. Auf Wunsch des Versicherten ist die Lieferung in neutraler Verpackung vorzunehmen. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen enthält.

Der Leistungserbringer stellt die laufende Nachlieferung mit Stomaartikeln in jedem Versorgungszeitraum frei Haus sicher.

3.5 Weitere Serviceleistungen

Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung der Versorgung vor Ort. Auf Anforderung des Versicherten bzw. Angehörigen bzw. des Pflegepersonals erfolgt hier auch, sofern möglich, eine Anpassung der Versorgung nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt.

Bei voraussichtlich temporärem Stoma errechnet der Leistungserbringer den Versorgungszeitraum.

Sofern notwendig, führt der Leistungserbringer Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend waren durch. Hierfür ist die Einverständniserklärung mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereichs / ambulanten Pflegedienstes notwendig.

Der Leistungserbringer stellt für Notfälle und/oder ggf. auftretende Komplikationen eine telefonische Hotline zur Verfügung, die von Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinaus gehenden Geschäftszeiten für Versicherte der Krankenkasse erreichbar ist. Ausgenommen von den Telefonkosten des Versicherten dürfen dem Versicherten und/oder der Krankenkasse hierfür keine Kosten berechnet werden.

Der Leistungserbringer erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht über die abgegebenen Stomaartikel, welcher der Krankenkasse auf Anfrage zur Verfügung zu stellen ist. Der Qualitätsbericht ist als Datei zu liefern. Der Bericht muss folgende Informationen enthalten:

- Anzahl versorgter Versicherten pro Monat/Quartal/Jahr
- Durchschnittliche kumulierte Verbrauchswerte je versorgtem Versicherten, gruppiert nach den ersten sieben Stellen der Hilfsmittelpositionsnummer pro Monat/Quartal/Jahr
- Auswertung der Häufigkeiten/Anzahl aufgetretener Komplikationen

Der Leistungserbringer ist zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung mindestens gemäß DIN EN ISO 9001 :2000 oder DIN EN ISO 13485 bzw. entsprechenden Nachfolgenormen mit einschlägigem Einfluss des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG) zertifiziert. Die Zertifizierungsnorm muss dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen und beim Deutschen Akkreditierungsrat akkreditiert sein. Der Zertifizierer muss ebenfalls akkreditiert sein. Die Leistungsbeschreibung und die Qualitäts- und Versorgungsstandards sind wie vertraglich vereinbart ins QM-Handbuch aufzunehmen. Der Leistungserbringer legt der Krankenkasse unaufgefordert nach Ablauf der Zertifikatsgültigkeit ein neues Zertifikat vor. Der Krankenkasse wird auf Anforderung der jährliche Auditbericht und das QM-Handbuch - bezogen auf diesen Vertrag zur Verfügung gestellt.

Anlage 2b zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Mit der Versorgungspauschale sind sämtliche mit der Versorgung des Versicherten mit Stomaartikeln zusammenhängenden Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere

- Lieferung von Stomaartikeln (Produktgruppe 29), Verbandstoffe und weitere Verbrauchsmaterialien, z.B. Hautschutzpasten.
- Lieferung von Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (Produktgruppe 15 – 15.25.05 – 15.25.07), soweit sie für die Stomaversorgung bei Urostomata eingesetzt werden.
- Irrigationsbedarf (ohne elektrische Pumpe) bei Colostomie
- Sicherstellung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 2
- Dokumentation, Aufklärung und Beratung nach den Maßgaben der Anlage 2
- Anpassung der Hilfsmittel am Versicherten
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anlieferung, Abholung, Einlagerung und Entsorgung
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen
- Telefonische Erreichbarkeit nach den Regelungen der Anlage 2

Vergütungssätze Anlage 2b ab 01.05.2016:

Positionsnummer	Monatspauschalen für Stomaversorgungen, Hilfsmittel inkl. Haftsprays, Haftmittel und sonstigem Bedarf	Preis netto	Preis brutto
29.00.26.0106	Monatspauschale bei Colostomie inklusive Irrigationsbedarf (ohne elektrische Irrigationspumpe)	184,00	218,96
29.00.26.0206	Monatspauschale bei Ileostomie	184,00	218,96
29.00.26.0306	Monatspauschale bei Urostomie inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	184,00	218,96
29.00.26.0406	Monatspauschale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	184,00	218,96

* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist grundsätzlich nur zum Beginn eines neuen Kalendermonats möglich. Der neue Leistungserbringer benötigt für die Abrechnung der Pauschale eine Originalverordnung. Wechselt der Versicherte den

Leistungserbringer nicht zum Monatsersten, kann der neue Leistungserbringer erst den Folgemonat abrechnen.

Versorgungszeitraum:

Die Versorgungspauschale für Stomaproducte gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Verordnungszeitraum:

Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich einer vertragsärztlichen Verordnung, um abrechenbar zu sein (vgl. § 4(3)). Hiervon abweichend sind die Verordnungen für die Stomaversorgung 6 Monate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden 5 Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar, sofern die Voraussetzungen des § 8(2) erfüllt sind.

Inhalte der Versorgungspauschale:

Die Versorgungspauschalen beinhalten neben den eigentlichen Hilfsmitteln der Produktgruppe 29 alle im Einzelfall erforderlichen Zubehörteile, Zurüstungen, und Ersatzteile sowie notwendige Reparaturen. Bei Versicherten mit Urostoma sind zudem alle Hilfsmittel der Produktgruppe 15 (15.25.05 – 15.25.07), die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Urostoma stehen, von der Versorgungspauschale erfasst.

Stomabandagen / Irrigation / Wundversorgung

Stomabandagen, elektrische Irrigationspumpen und Produkte der klassischen Wundversorgung (nicht Stoma-Kompressen) fallen nicht in die monatliche Versorgungspauschale. Diese bedürfen einer gesonderten ärztlichen Verordnung und sind per Kostenvoranschlag der Krankenkasse vorzulegen.

Stoma- Doppel-Anlage / doppelläufige Stomaanlage

Bei der Versorgung von Stoma-Doppel-Anlagen oder Mehrfach-Stoma-Anlagen (z.B. Colostoma und gleichzeitiges Urostoma) kann die Pauschale jeweils pro Stomaversorgung abgerechnet werden. Dies ist vom Arzt auf der Verordnung entsprechend zu bescheinigen. Bei einer doppelläufigen Stomaanlage handelt es sich um eine Stomaanlage.

Fistelversorgung / Wundversorgung

Fistelversorgungen und spezielle Wundversorgungen außerhalb des Stomabereiches sowie in Einzelfällen erforderliche moderne Wundversorgungen bei Wundheilungsstörungen um den Stomabereich sind nicht Bestandteil der Pauschale.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich der verbrauchten Verbrauchsmaterialien Zubehör- und Ersatzteile auf das Maß des medizinisch Notwendigen hinzuweisen. Verbraucht der Versicherte mehr als das medizinisch Notwendige, trägt die Krankenkasse nicht die hierdurch entstandenen Mehrkosten. Vielmehr kann der Leistungserbringer dem Versicherten die hierdurch entstandenen Mehrkosten in Rechnung stellen. Dabei muss der Leistungserbringer sicherstellen, dass der Versicherte vorher vom Leistungserbringer ggf. unter Einbindung der Krankenkasse ausführlich über das Maß des medizinisch Notwendigen beraten worden ist, der Versicherte schriftlich über die Kostenpflichtigkeit vor Abgabe der Hilfsmittel durch den Leistungserbringer informiert worden ist und die Leistung ausdrücklich vom Versicherten gefordert worden ist. § 7(4) gilt entsprechend.

Die Anlagen 2a und 2b können mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Monats, erstmalig zum 30.06.2013 schriftlich gekündigt werden.

Nach erfolgter schriftlicher Kündigung der Anlagen 2a und 2b (nicht Rahmenvereinbarung) durch eine der Vertragsparteien findet die Preisvereinbarung bis zum gemeinschaftlichen Abschluss einer Folgepreisvereinbarung weiterhin Anwendung.

Anlage 3a: Applikationshilfen zur Irrigation des Darms

1. Vorwort:

Im Sinne dieses Vertrages sind Hilfsmittel der PG 03 Applikationshilfen zur Irrigation des Darms, Zubehör und Verbrauchsmaterialien gemäß der Produktuntergruppe 03.36.01 und 03.99.99 des Hilfsmittelverzeichnisses enthalten. Die Versorgung der Versicherten ist nur innerhalb der genannten Präqualifizierungsbereiche möglich, wenn dem Leistungserbringer die Präqualifizierung hierfür ausgesprochen wurde.

2. Qualitätssicherung

Die personellen Qualitätsstandards für die Mitarbeiter, werden wie folgt festgelegt:

a) Mitarbeiter in der Anwendungsberatung

Bei der Einweisung und Beratung zu Hause oder im Pflegeheim sowie bei der Dokumentation dieser Patientenkontakte werden Mitarbeiter mit Kenntnissen in der Behandlungspflege eingesetzt. Die Qualifikationsanforderungen werden von folgenden Berufsgruppen mit mindestens zwei Jahren Berufspraxis und speziellen Fachkenntnissen im Bereich der Versorgung von Patienten mit Applikationshilfen zur Irrigation des Darms erfüllt:

- Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- Examierte Kinderkrankenpfleger/-in
- Krankenschwester/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung
- Staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Examierte Altenpfleger /-in

b) Fachmitarbeiter Transanale Irrigation

Der Leistungserbringer beschäftigt außerdem Mitarbeiter die, über die Kenntnisse in der Behandlungspflege hinaus, mindestens 2 Jahre Berufserfahrung im Umgang mit Applikationshilfen zur Irrigation des Darms vorweisen können und / oder über eine der folgenden speziellen Fort- und / oder Weiterbildungen verfügen:

- Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde mit praktischer Erfahrung im Umgang mit der transanal Irrigation
- Urotherapeuten mit praktischer Erfahrung im Umgang mit der transanal Irrigation
- Spezielle Fortbildungen im Bereich der analen Kontinenz-Versorgung und Nachweis von transanal Irrigationen unter fachlich pflegerischer/ärztlicher Aufsicht

Der Leistungserbringer stellt durch organisatorische Maßnahmen sicher, dass diese Mitarbeiter bei fachlichen Fragen zur Verfügung stehen und von den anderen Mitarbeitern herangezogen werden können. Diese Fachkräfte müssen in einem Beschäftigungsverhältnis mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden stehen und können gleichzeitig fachliche Leiter sein.

Versorgen Leistungserbringer bundesweit, müssen sie mindestens 4 dieser Fachkräfte beschäftigen. Von regional tätigen Leistungserbringern, deren Versorgungsgebiet üblicherweise

einen Umkreis von 100 km vom Betriebssitz nicht überschreitet, sind mindestens 2 dieser Fachkräfte zu beschäftigen.

Die Qualifikationsnachweise dieses Personals werden der Krankenkasse vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung vorgelegt. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der Krankenkasse auf Verlangen vorgelegt.

Der Leistungserbringer stellt durch Schulungsmaßnahmen sicher, dass die genannten Qualifikationen immer dem neuesten Stand des medizinisch-pflegerischen Standards entsprechen.

3. Versorgungsablauf

Beratung und Einweisung der Versicherten für Applikationshilfen zur Irrigation des Darms

- (1) Ziel der Irrigation ist es, den Darm durch regelmäßige Spülungen zu entleeren. Der Betroffene soll die Technik der transanal Irrigation erlernen und sicher beherrschen. Zu Beginn jeder Versorgung mit Applikationshilfen zur Irrigation des Darms erfolgt ein Beratungsgespräch durch den Leistungserbringer. Vor der Erstberatung sind die individuell zu ermittelnden Parameter (insb. Blockungsvolumen, Wasservolumen für die Spülung, Frequenz der Durchführung) zu definieren und der Beratung zu Grunde zu legen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten und/oder die Betreuungsperson umfassend zu beraten und in die Bedienung, Anwendung und Pflege der benötigten Hilfsmittel nach den Vorgaben des Herstellers einzuweisen.

Die Inhalte dieses Beratungsgesprächs sind zu dokumentieren. Die Dokumentation über dieses Beratungsgespräch ist der Krankenkasse auf Verlangen vorzulegen.

- (2) Die Inhalte der Erstberatung sollte folgende Themengebiete umfassen und ist schriftlich zu fixieren:
- a) Aufnahme Patientenstatus
 - b) Theoretische Erläuterung des Ablaufes der Irrigation
 - c) Vorstellung der Systemkomponenten
 - d) Praktische Durchführung und begleitende Erläuterung
 - e) Optimale Sitzposition finden
 - f) Überprüfung der Blockungsintensität
 - g) Überprüfung der anfänglichen Spülmenge
 - h) Herstellerunabhängige Beratung bei der Auswahl
 - i) es ist zu prüfen, welches Hilfsmittel zweckmäßig und wirtschaftlich ist
 - j) der individuelle Monatsbedarf ist festzulegen
 - k) ggf. kostenlose Bemusterung
 - l) Aufklärung über Zuzahlung, ggf. Mehrkosten
- (3) Innerhalb der ersten drei Versorgungsmonate, sind mindestens drei persönliche Beratungen in der Häuslichkeit des Versicherten durchzuführen, sofern dies vom Versicherten gewünscht wird. Im weiteren Verlauf der Versorgung richtet sich die Häufigkeit der Hausbesuche nach dem jeweiligen Krankheitsbild und dem medizinischen Bedarf. Dabei sind insbesondere folgende Inhalte zu beachten:
- a) Praktische Durchführung/Durchführungsbegleitung mit dem Patienten
 - b) Übung zur optimalen Kathetereinführung mit dem Patienten/ Angehörigen

- c) Anpassung der Spülmenge
 - d) Klärung auftretender Fragen
- (4) Darüberhinausgehende telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach medizinischer Notwendigkeit sichergestellt.
 - (5) Sofern der Versicherte im Einzelfall kein Beratungsgespräch wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar zu dokumentieren und im Einzelfall der Krankenkasse vorzulegen.
 - (6) Werden Komplikationen im Rahmen eines Beratungsbesuches oder per Telefon festgestellt, ist unverzüglich eine Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt zu veranlassen. Grundsätzlich sind bei Schmerzen beim Einführen des Katheters, dem Blocken des Ballons oder der Wasserzufuhr die Behandlung zu unterbrechen und der behandelnde Arzt zu konsultieren.
 - (7) Der Leistungserbringer stellt durch Schulung des Patienten, dessen Angehörige und/ oder Pflege- oder Betreuungspersonen den Umgang mit den zum Einsatz kommenden Produkten sicher. Hierzu zählt auch der fachgerechte und hygienische Umgang mit den Produkten sowie Erläuterungen von Ernährungshinweisen in Kooperation mit dem behandelnden Arzt. Bis zur endgültigen Festlegung von Menge und Art der benötigten Hilfsmittel ist der Leistungserbringer gehalten, eine bedarfsorientierte Menge an Produkten für maximal einen Monat zur Verfügung zu stellen.
 - (8) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter über den Inhalt und den Umfang der Versorgung. Des Weiteren informiert er den Versicherten darüber, dass der Versicherte während des Versorgungszeitraums ausschließlich von ihm versorgt wird.
 - (9) Nach Abschluss der Beratung zu den Themen Versorgung, Zuzahlung und Mehrkosten hat sich der Leistungserbringer von dem Versicherten die Durchführung des Beratungsgesprächs auf dem Dokumentationsbogen (Anlage 3b – als Muster beigefügt) mit seiner Unterschrift bestätigen zu lassen. Der Dokumentationsbogen ist der Krankenkasse auf Verlangen vorzulegen.

4. Versorgung

- (1) Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Liegt die Notwendigkeit einer Dauerversorgung vor, wird die Verordnung für einen Versorgungszeitraum von max. 12 Monaten genehmigt. Danach ist eine neue Verordnung einzureichen.
- (2) Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat. Der Eintritt von Folgeerkrankungen soll vermieden werden. Die Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln zur Irrigation des Darms sollte immer sicher in der Verwendung und hygienischen Aufbereitung sein.
- (3) Der Versicherte ist grundsätzlich aufzahlungsfrei zu versorgen. Wählt der Versicherte eine höherwertige Versorgung als notwendig, so sind ihm die entstehenden Mehrkosten in Rechnung zu stellen. Voraussetzung hierfür ist die Mehrkostenvereinbarung mit dem Versicherten. Der Versicherte hat diese Vereinbarung unter Darlegung der möglichen aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Die Mehrkostenvereinbarung ist der Krankenkasse auf deren Verlangen vorzulegen. Hier gilt die Anlage 3a Dokumentationsbogen nur als Mustervorlage.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass eine erneute Verordnung für eine weitere Belieferung Voraussetzung ist.

5. Abgabe des Hilfsmittels

- (1) Die Lieferung deckt mindestens einen Monatsbedarf ab. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass eine durchgehende Versorgung mit den medizinisch notwendigen Hilfsmitteln gewährleistet ist.
- (2) Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistung enthält. Der Leistungserbringer stellt die laufende Nachlieferung mit Hilfsmitteln zur Irrigation des Darms in jedem Versorgungszeitraum frei Haus sicher.
- (3) Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter oder einen beauftragten Dritten zu bestätigen. Als Empfangsnachweis ist die Bestätigung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder der Nachweis (z. B. unterschriebener Lieferschein, Paketverfolgungsnummer unter Angabe des Versandunternehmens) für die Lieferung durch das Versandunternehmen (DPD, DHL, UPS etc.) zulässig.

6. Vergütung

Diese Vereinbarung regelt die Versorgung der Versicherten der Krankenkasse mit Hilfsmitteln der PG 03 Applikationshilfen zur Irrigation des Darms, einschließlich des erforderlichen Zubehörs und Verbrauchsmaterial sowie aller damit im Zusammenhang stehender Dienst- und Serviceleistungen.

Hilfsmittel- Positions- Nummer	Bezeichnung	Hilfsmittel- Kennzeichen	Preis in Euro netto
03.36.01.0	Spülsysteme, schwerkraftabhängig	00	AEP + 8%
03.36.01.1	Spülsysteme, pumpenabhängig	00	AEP + 8%
03.36.01.2	elektrisch betriebene Spülsysteme	00	AEP + 8%
03.99.99.01	Rektalkatheter für elektrisch betriebene Irrigationspumpe	00	AEP + 8%
03.99.99.02	Rektalkatheter für mechanisch betriebene Irrigationspumpe	00	AEP + 8%
03.99.99.03	Mehrfach verwendbare Wasserbehältnisse bei manueller Irrigation	00	AEP + 8%
03.99.99.04	Verlängerungsschläuche für manuell betriebene Irrigatoren	00	AEP + 8%
03.99.99.1006	Einheit Wasserbehälter inkl. Katheter	00	AEP + 8%

Alle Preise sind Nettopreise zzgl. der aktuellen Umsatzsteuer.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 29 zur Irrigation im Zusammenhang mit einer Stomaanlage ist nicht Bestandteil dieser Anlage. Diese Hilfsmittel sind im Rahmen der Stomaversorgung bereitzustellen und nicht nach dieser Anlage (gesondert) abrechnungsfähig.

Bestandteile der Abrechnung nach sind:

- a) Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)
- b) die Verordnung im Original nur bei der Erstabrechnung notwendig, Folgeversorgungen können bis zu max. 11x ohne Verordnungskopie abgerechnet werden
- c) Genehmigungsnummer
- d) Empfangsbestätigung oder Sendungsverfolgungsnummer inkl. des Dienstleisters des Lieferanten
- e) Hilfsmittelpositionsnummer und Hilfsmittelkennzeichen

Die Abrechnung erfolgt mindestens einmal monatlich, nach der Lieferung.

7. Inkrafttreten

Der Vertrag, bzw. die Ergänzung der Anlage 3a / 3b tritt zum 01.11.2017 in Kraft.

Alle weiteren Regelungen des Vertrages bleiben hiervon unberührt und behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Anlage 3b: Dokumentationsbogen zur Irrigation des Darms

Angaben des Versicherten

Name: _____

Vorname: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

1. Versorgung

Die Krankenkasse hat einen Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 03 Applikationshilfen zur Irrigation des Darms, Zubehör und Verbrauchsmaterialien geschlossen. Ihr Leistungserbringer stellt auf dieser Basis Ihre Versorgung mit

- PG 03 Applikationshilfen zur Irrigation des Darms, Zubehör und Verbrauchsmaterialien

einschließlich aller Service- und Dienstleistungen sicher.

Sämtliche benötigten Hilfsmittel aus den angegebenen Bereich/en angegebenen Bereichen sind daher ausschließlich von Ihrem Leistungserbringer zu beziehen.

Ein Wechsel Ihres Leistungserbringers ist möglich, dieser ist allerdings immer mit Ihrem bisherigen Leistungserbringer abzustimmen. Bitte beachten Sie dabei, dass Mehrkosten für Sie entstehen können, wenn Sie mehrere Leistungserbringer gleichzeitig zur Versorgung mit Badehilfen in Anspruch nehmen. Doppelversorgungen sind keine Leistung Ihrer Krankenkasse.

Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen teilen Sie bitte umgehend Ihrem Leistungserbringer mit.

2. Zuzahlung

Bei der Versorgung mit 03 Applikationshilfen zur Irrigation des Darms, Zubehör und Verbrauchsmaterialien ist von Ihnen eine gesetzliche Zuzahlung zu entrichten, sofern Sie nicht von dieser befreit sind. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt zehn Prozent des Vertragspreises, höchstens 10 Euro für jedes zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

3. Mehrkosten

Nach den gesetzlichen Vorschriften müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Ihre Krankenkasse stellt diesen Leistungsumfang durch den oben genannten Vertrag für Sie sicher.

Wünschen Sie nach entsprechender Aufklärung durch Ihren Leistungserbringer eine Versorgung, die diesen Leistungsumfang übersteigt, müssen Sie die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Die Mehrkosten sind vom Leistungserbringer zu beziffern, zu dokumentieren und von Ihnen gegenüber Ihrem Leistungserbringer durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Diese Mehrkosten können von der Krankenkasse nicht erstattet werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihr Leistungserbringer Sie umfassend über die oben genannten Punkte informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Aufnahmeprotokoll

Versichertenbezogene Daten

Datum: KH:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Vers.-Nr:

Kontaktdaten:

Adresse:

Präoperativ

Präoperatives Aufklärungsgespräch Datum:

mit Versicherten Angehörigen
 Pflegepersonal

Beratung bei der Stomamarkierung

mit Versicherten Angehörigen Pflegepersonal

Postoperativ / im Rahmen des Entlassungsmanagements

Postoperatives Aufklärungsgespräch Datum:

Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf

Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung

Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen

Anleitung zur eigenständigen Versorgung des Stomas

Ernährungshinweise in Kooperation mit dem behandelnden Arzt

Mit Versicherten Angehörigen Pflegepersonal

Terminvereinbarung zur Schulung Datum d. Schulung:

Übergabe eines Versorgungsleitfadens für die Handhabung und den Gebrauch der einzelnen Hilfsmittel

Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt

Am Tag der Krankenhausentlassung

Stomakontrolle am Entlassungstag

Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung

Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte

Schulung mit Versicherten Angehörigen Pflegepersonal

Datum / Unterschrift examiniertes Fachpersonal

Datum / Unterschrift Versicherter

Anlage 5 zum Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 SGB V

Versicherteninformation zur Stomaversorgung

Vom Leistungserbringer auszufüllen

Die Firma _____ stellt für Sie ab _____ die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen zur Stomatherapie sicher. Der Vertrag mit dem Leistungserbringer sieht vor, dass die Vergütung seiner Leistung in Form von Monatspauschalen erfolgt. Deshalb sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie:

Die o. g. Firma stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln für Ihr Enterostoma (künstlicher Darm- oder Blasen Ausgang) einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher.

Alle Hilfsmittel und Verbandstoffe, die Sie im Zusammenhang mit Ihrem Enterostoma benötigen, sollen nur bei diesem Leistungserbringer bezogen werden.

Zur Versorgung mit Stoma-Artikeln akzeptiert Ihre Krankenkasse Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 6 Monaten.

Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die o. g. Firma, wenn Lieferungen von Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden.

Ein Leistungserbringerwechsel ist erst nach Ablauf eines vollen Kalendermonats bzw. bei längeren Versorgungszeiträumen nach deren Ablauf (z. B. Quartal) möglich. Werden innerhalb eines Versorgungszeitraumes mehrere Leistungserbringer von Ihnen zur Versorgung beauftragt, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.

Bitte verständigen Sie die o.g. Firma unverzüglich über einen Wohnortwechsel oder Wechsel der Krankenkasse.

Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Stoma-Artikel unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet. Für Sie fallen abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten an. Bei unwirtschaftlichen Versorgungsleistungen (z.B. überzogene Mengenanforderungen) gehen die Mehrkosten zu Ihren Lasten.

Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Euro für den Monatsbedarf an Verbrauchshilfsmitteln, soweit Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind. Das bedeutet, dass bei der Bestellung eines Quartalsbedarfs die Zuzahlung für drei Monate zu entrichten ist.

Bitte informieren Sie Ihren Leistungserbringer rechtzeitig (ca. 1 Woche) über notwendige Lieferungen von Stoma-Artikeln.

Bitte achten Sie auf korrekte Lagerung der Ihnen gelieferten Artikel.

Sollten Unstimmigkeiten bei ihrer Versorgung auftreten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihre Krankenkasse.