

E n t w u r f

**Vertrag
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

zwischen

x

x

x

IK : xxxxxxxxx

(im Folgenden Leistungserbringer)

und

**der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Str. 28
81739 München**

**BKK Landesverband Bayern
Züricher Str. 25
81476 München**

**Vereinigte IKK
Meglingerstraße 7
81477 München**

**Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen
Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern
Neumarkter Str. 35
81673 München**

(im Folgenden Krankenkasse)

**über die Versorgung mit
Hilfsmitteln und Verbandstoffen
zur Stomatherapie**

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen, die für die Stomaversorgung im Rahmen der Produktgruppe 29 und bei der Urostomie im Rahmen der Produktuntergruppen 15.25.05. – 15.25.07. (nachfolgend Stomaartikel) des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V unter Berücksichtigung des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibVO) und des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) benötigt werden. Für Versicherte, die im Rahmen der Sozialversicherungsabkommen (SVA, KVA) von den Krankenkassen betreut werden, gelten die vertraglichen Bestimmungen analog.

§ 2

Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für die im Rubrum genannten Krankenkassenverbände sowie deren Mitgliedschaftskassen und den Leistungserbringer.
2. Der Leistungserbringer stellt die Versorgung der Versicherten, soweit erforderlich wohnortnah, im nachstehenden Vertragsgebiet sicher.

(Region z.B. Landkreis, Regierungsbezirk, Bundesland)

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer erfüllt während der Vertragslaufzeit die in der Anlage 1 genannten persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen. Er verpflichtet sich, die Versicherten der Krankenkasse entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten.
2. Der Leistungserbringer liefert bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung die Stomaartikel an den Versicherten aus und gewährleistet deren einwandfreie Beschaffenheit sowie die Anleitung in deren Gebrauch. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln ist das Vorliegen einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung.
3. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche Verordnung (siehe Muster Anlage 3), wenn sie neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:
 - a. Bezeichnung der Krankenkasse,
 - b. Kassen-Nummer,
 - c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
 - d. Versicherten-Nummer (bei fehlender Versicherten-Nummer müssen Angaben nach c vorliegen),
 - e. Vertragsarzt-Nummer,
 - f. Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte,
 - g. Ausstellungsdatum,

- h. Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V),
 - i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Ordnungsblattes, soweit zutreffend,
 - j. Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
 - k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
 - l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
 - m. Diagnose oder Indikation,
 - n. Unterschrift des Vertragsarztes,
 - o. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.
4. Neben den zugelassenen Vertragsärzten im ambulanten Bereich akzeptiert die Krankenkasse im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens die gleichen Inhalte des Muster 16 vorhanden sein.
 5. Zur Versorgung werden Verordnungen auch für einen längeren Zeitraum akzeptiert. Maximal wird eine Verordnung für die Versorgung für 6 Monate akzeptiert. Dies gilt auch für Verordnungen zur Entlassung aus der stationären Erstversorgung. Je Indikation ist eine separate Verordnung erforderlich.
 6. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 21 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
 7. Die Verordnung von Hilfsmitteln bindet die Krankenkasse im Verhältnis zu ihren Versicherten nicht und begründet keinen Anspruch auf die Versorgung.
 8. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung im Sinne der Absätze 4 und 7 dürfen nur durch den ausstellenden Arzt oder die verantwortlichen medizinischen Vertreter der zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden.
 9. Eine Genehmigung der Versorgung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich. Die jeweilige Krankenkasse behält sich das Recht zur Einführung einer Genehmigungspflicht vor, ohne dass dies der Zustimmung des Leistungserbringers bedarf.
 10. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über die Pauschalregelung und stellt sicher, dass dieser nur von ihm versorgt wird. Stellt die Krankenkasse während eines Pauschalzeitraums die Lieferung und Zahlungen an einen anderen Vertragspartner fest, werden diese Kosten bei der nächsten Abrechnung des Leistungserbringers in Abzug gebracht.
 11. Der Leistungserbringer setzt herstellerneutral die notwendigen Stomaartikel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPG.
 12. Die Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, die Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
 13. Die Auslieferung der Stomaartikel ist innerhalb von 2 Wochenarbeitstagen nach der Auftragserteilung auszuführen, soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Andere Lieferfristen können in Absprache mit dem Versicherten vereinbart werden.
 14. Versicherte sind nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen.

15. Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des jeweiligen Pauschalzeitraumes sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe / -veräußerung.
16. Soweit es zur Gebrauchsschulung (Anleitung) oder bei pflegerischen Komplikationen erforderlich ist, stellt der Leistungserbringer eine wohnortnahe Versorgung sicher.

§ 4

Beratung der Versicherten und Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten bzw. die Betreuungsperson(en) umfassend zu beraten sowie in die Bedienung, die Anwendung und die Pflege mit den benötigten Stomaartikeln nach den Leitlinien des ECET Deutschland e.V. und des DVET e.V. einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Wohnung, Krankenhaus usw.) durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung zur Vermeidung von Komplikationen ist ebenfalls zu gewährleisten. Die erfolgte Einweisung und Nachbetreuung/Schulung ist zu dokumentieren und der Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig, herstellerunabhängig fortbilden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist ein Nachweis vorzulegen.
2. Der Leistungserbringer gewährleistet eine qualitätsgesicherte Stomaversorgung für die Versicherten der Krankenkassen gemäß der Anlage 1. Mit der durch diesen Vertrag vereinbarten Qualität soll die Vorbeugung und die Vermeidung von Komplikationen, die Integration der Stomaträger in die Gesellschaft und die Zufriedenheit (Lebensqualität) mit der Versorgung erreicht werden.
3. Der Leistungserbringer führt zur Feststellung des Versorgungsbedarfs eine umfassende Beratung durch, sofern im Einzelfall erforderlich am Ort des Gebrauchs der Stomaartikel. Hierbei muss insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung getragen werden.

§ 5

Leistungsbeschreibung

1. Der Leistungserbringer liefert nur solche Stomaartikel, 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.
2. Neben der fachgerechten Versorgung mit den Stomaartikeln nach Absatz 1 beinhaltet die Versorgung alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Anpassung sowie eine umfassende Einweisung der Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel.

3. Erkennbare, drohende Komplikationen sind sofort dem behandelnden Arzt mitzuteilen und entsprechende pflegerische Maßnahmen einzuleiten.
4. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Stomaartikeln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Zahlungen oder andere Zuwendungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen sind schwere Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 10). Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, sind hiervon die Landesverbände der Krankenkassen aufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 6

Haftung / Gewährleistung

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit der Stomaartikel bei der Auslieferung.
2. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden.. Der Leistungserbringer trägt die Beweislast dafür, dass der Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden war; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar waren.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Haftung gelten entsprechend.
4. Zur Erfüllung der vorgenannten Bedingungen schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung (höchstmögliche Deckungssumme) für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Die Deckungssumme ist dem jeweils maximal abschließbaren Höchststand anzupassen.

§ 7

Vergütung / Rechnungslegung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Leistungserbringer die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person zu bestätigen. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, Post, UPS, etc.) zulässig. Im Einzelfall kann bei Bedarf die Empfangsbestätigung abgerufen werden.
2. Die Vergütung ist in der Anlage 2 geregelt; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 61 SGB V durch den Leistungserbringer vom Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10,00 € je Monat. Die Zuzahlung für Verbrauchshilfsmittel ist auf max. 10 € monatlich begrenzt; dies gilt auch, wenn unterschiedliche Verbrauchshilfsmittel aus verschiedenen Produktgruppen bezogen werden. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind von der Zuzahlung befreit.

3. Mit den Pauschalen ist der in diesem Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
4. Verlangt der Versicherte neben den von diesem Vertrag umfassten Leistungen eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). 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 der Stomaartikel schriftlich über die entstehenden Mehrkosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.
5. Die Pauschalen können für jeden begonnen Versorgungsmonat je Indikation (Urostomie, Ileostomie, Colostomie) nur einmal abgerechnet werden. Entfällt der Leistungsanspruch des Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat (stationäre Behandlung, Reha-Maßnahme), berechnet der Leistungserbringer diesen Zeitraum nicht. Teilmonate (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus oder Tod des Versicherten) führen zu keiner Reduzierung des monatlichen Erstattungsbetrages. Mit dieser Regelung sind die zu bestehenden Mehraufwendungen des Leistungserbringers in der postoperativen Phase des Patienten abgegolten. 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.
6. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sind anzuwenden.
7. Die Krankenkasse ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, wenn eine Anspruchsberechtigung besteht.
8. Die Abrechnung ist mit einer ärztlichen Verordnung für längstens 6 Monate möglich. Werden für einen Versorgungszeitraum mehrere Abrechnungen vorgenommen, ist im ersten Abrechnungsmonat die Verordnung im Original beizufügen. In den Folgemonaten ist bei der Abrechnung eine Kopie der ärztlichen Verordnung für den laufenden Versorgungszeitraum beizufügen.
9. Die Abrechnung hat spätestens sechs Monate nach Ablauf des Kalendermonats zu erfolgen, in dem die Leistung erbracht wurde. Als Monat, in dem die Leistung erbracht wurde, gilt der Monat, in dem der Versicherte die Stomaartikel in Empfang genommen bzw. die Durchführung der Reparatur bestätigt hat.
10. Die Verordnungsblätter haben alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen zu enthalten; die Aufstellung des Kostenbetrages nach den jeweiligen Positionen ist auf dem dafür vorgesehenen Feld der Verordnungen vorzunehmen.
11. Eine Abrechnung ist nur mit dem auf der Titelseite dieses Vertrages angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen jeglicher Art aufgrund nicht aktualisierter Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
12. Die Krankenkasse begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der Krankenkasse vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

13. Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der Krankenkasse zu melden. Im übrigen können Forderungen gegen die Krankenkassen nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden.
14. Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in Anlage 2 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. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die Krankenkasse nicht zur Bezahlung verpflichtet.
15. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Daraus begründete Rückforderungen können mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden.

§ 8

Datenschutz

1. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht; ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung dieser Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, bekannt zugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

§ 9

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

1. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen), der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
2. Die Krankenkasse hat das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten den Leistungserbringer durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Fällen auch auf die Einsicht in die Karteikarten und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Lieferungen für die Versicherten der Krankenkasse ersichtlich sind. Die Krankenkasse kündigt den Besuch zeitnah an.
3. Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die Krankenkasse unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit den Leistungserbringer verwarnen oder die Zahlung einer Vertragsstrafe verlangen.

4. In Fällen wiederholter oder schwerer Verstöße gegen diesen Vertrag oder gegen die Berufspflicht kann der Vertrag fristlos gekündigt werden. Als schwerwiegende Verstöße gelten insbesondere:
 - Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen
 - Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet ist, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter
 - unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
5. Die Krankenkasse räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein. Dies gilt nicht bei staatsanwalt-schaftlichen Ermittlungsverfahren im Rahmen des § 197 a SGB V. Der Leistungserbringer hat das Recht die Landesinnung hinzuziehen; hierbei sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.
6. Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen anzupassen sind.

§ 11

Inkrafttreten / Kündigung der Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am xx.xx.xxxx in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt beginnenden oder bereits laufenden Versorgungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2009 schriftlich gekündigt werden. Dieser Vertrag löst alle anderen bestehende Regelungen für diesen Bereich ab.
2. Schließt die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V, endet dieser Vertrag am Tag vor dem Inkrafttreten der dann maßgebenden ausgeschriebenen Verträge.
3. Abweichende Absprachen sind zwischen den vertragsschließenden Parteien möglich; sie bedürfen jedoch der schriftlichen Bestätigung.
4. Ergeben sich Änderungen im Ablauf dieses Vertrages, können diese einvernehmlich kurzfristig geändert werden.

5. Sollten für den Bereich der Stomaversorgung neue gesetzliche Regelungen in Kraft treten, sind diese zu beachten und der Vertrag ist entsprechend zu modifizieren.
6. Die Anlagen 1 - 3 sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlage 2 kann mit separater Frist gekündigt werden.

München, den xx.xx.2008

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
und im Auftrag für
- BKK Landesverband Bayern
- Vereinigte IKK
- Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern

Leistungserbringer

Anlage 1

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen zur Stomatherapie

Vertragsvoraussetzungen

Präambel

Mit der durch diesen Vertrag vereinbarten Versorgungsqualität soll die Vorbeugung und die Vermeidung von Komplikationen, die Integration der Stomaträger in die Gesellschaft und die Zufriedenheit (Lebensqualität) mit der Versorgung erreicht werden. Zur Erreichung dieser Zielstellung wurden Anforderungen bezüglich des eingesetzten Personal, der durchzuführenden Beratung und der eingesetzten Stomaartikel definiert.

Personenelle Voraussetzungen

Der Leistungserbringer stellt während der Vertragslaufzeit sicher, dass

- ein fachlicher Leiter anwesend ist, der die Qualifikation eines Orthopädietechnikermeisters, eines Diplom-Ingenieures für Orthopädie- und Rehathechnik, eines Orthopädietechnikers, eines staatlich geprüfter Technikers der Fachrichtung Medizintechnik, eines Diplom-Ingenieurs mit Abschluss in medizinisch-technischer Ausrichtung, Kaufmann für den Sanitätsfachhandel, Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Krankenschwestern/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung, Staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger besitzt.
- für die wohnortnahe Versorgung der Versicherten Mitarbeiter, die über die Weiterbildung zur Fachschwester/-pfleger für Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorgung nach den Richtlinien des ECET e.V bzw. DVET e.V. (Stomatherapeut mit Weiterbildung von mindestens 700 Unterrichtsstunden) verfügen, angestellt sind. Diese Fachkräfte müssen in einem Beschäftigungsverhältnis mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden stehen. Von Leistungserbringern, die bayern- und / oder bundesweit versorgen, sind mindestens 4 dieser Fachkräfte zu beschäftigen. Von regional tätigen Leistungserbringern, deren Versorgungsgebiet üblicherweise einen Umkreis von 100 km vom Betriebssitz nicht überschreitet, sind mindestens 2 dieser Fachkräfte zu beschäftigen.
- eine Zertifizierung zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung mindestens gemäß EN ISO 9001:2000 bzw. entsprechenden Nachfolgenormen mit einschlägigem Einfluss des Medizinproduktegesetzes besteht. Mindeststandard ist die aktuell zu Grunde zu legende EN ISO-Norm. Das Zertifizierungsunternehmen muss beim DAR akkreditiert sein.

Zur stomabezogenen Beratung und Versorgung der Versicherten beschäftigt der Leistungserbringer ab Vertragsbeginn neben den Stomatherapeuten ausschließlich Personen, die über eine der folgenden Qualifikationen verfügen:

- Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Examierte Kinderkrankenpfleger,
- Examierte Krankenschwestern/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung,
- Staatlich anerkannte Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- Examierte Altenpfleger.

Die vorgenannten Personen können auch in Personalunion als fachlicher Leiter tätig sein. Alle Mitarbeiter des Leistungserbringers sind als Medizinprodukteberater lt. Medizinproduktegesetz weitergebildet. Durch erfolgreiche Teilnahme an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen erfolgt die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Schwerpunkte liegen dabei in den nachstehenden Schulungsinhalten:

- Medizinisch - wissenschaftliche Grundlagenlehre
- Inhalte und Standards der Stomaversorgung
- Handhabung der Produkte im Bereich der Stomaversorgung
- Fachbereich Sozialrecht
- Fachliche Informationsvermittlung

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOK Bayern zum Vertragsabschluss vorgelegt. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden den Krankenkassen auf Wunsch vorgelegt.

Der Leistungserbringer stellt durch Personalentwicklungsmaßnahmen sicher, dass andere Mitarbeiter jederzeit in fachlichen Belangen adäquat beraten und angewiesen werden können.

Beratungsstandards

Die stomabezogene Beratung erfolgt unter der Zielstellung einer selbstständigen Versorgung durch den Stomaträger und mit dessen Einverständnis.

Präoperativ

Die präoperativen Beratungen erfolgen i.d.R. durch das Fachpersonal des jeweiligen Krankenhauses. Soweit erforderlich, ist mit Zustimmung des Behandlers und des Versicherten die nachfolgenden Dienstleistungen zu erbringen:

- präoperatives Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen
- Beratung bzw. Durchführung der Stomamarkierung
- Anlage einer Patientendokumentation

Postoperativ

Die postoperativen Behandlung erfolgt durch das Fachpersonal des jeweiligen Krankenhauses. Soweit erforderlich, ist mit Zustimmung des Behandlers und des Versicherten die nachfolgenden Dienstleistungen zu erbringen:

- postoperatives Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen
- regelmäßige Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Beratung, Anleitung und Schulung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung sowie beim Versorgungswechsel
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation

Entlassungsmanagement

- Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich / voll- oder teilstationären
- Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt
- nach Einverständnis des Patienten
- Abstimmung mit dem behandelnden Arzt über die zum Einsatz kommenden
- Produkte für die permanente Versorgung
- Anleitung des Patienten/Angehörigen zur eigenständigen Stomaversorgung
- Klärung des sozialen Umfelds
- Ernährungshinweise in Kooperation mit dem behandelnden Arzt bzw. der Ernährungsberaterin oder Diätassistentin
- Entlassungsgespräch, allgemeine Informationen zur Stomapflege und allgemeine Rehabilitationsempfehlungen
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation

Entlassung in den ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegebereich

- Kontaktaufnahme zur Stomakontrolle und Fortführung der Anleitung erfolgt am Entlassungstag
- taggleiche Bereitstellung und Lieferung aller benötigten Materialien zum sofortigen Einsatz.
- Schulung des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/ voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte:
 - Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
 - Versorgungswechsel
- Psychosoziale Nachbetreuung
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation

Weitere stomabezogene Beratung und Versorgung im ambulanten / voll- bzw. teilstationären Pflegebereichen

- mindestens 3 Beratungsbesuche in der beratungsintensiven Phase der ersten sechs Monate nach der Krankenhausentlassung sowie weitere Besuche nach Bedarf mit den folgenden Leistungsinhalten:
 - Stomakontrolle (Größenanpassung) zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen

- bei festgestellten Komplikationen werden diese dokumentiert, der behandelnde Arzt wird davon unverzüglich informiert und entsprechende pflegerische Gegenmaßnahmen ergriffen
- Schulung des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/ voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte
- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
- Versorgungswechsel
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen

Weitere Serviceleistungen

- Überprüfung der Versorgung, ggf. Anpassung, nach den Leitlinien des ECET Deutschland e. V.
- Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend sein konnten im Einverständnis mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereiches / ambulanten Pflegedienstes
- Herstellerneutrale Auswahl der benötigten Stomaartikel
- Lieferung der Produkte frei Haus
- Angebot einer Service- und Beratungshotline

Produktstandards

- Die nach diesem Vertrag zum Einsatz kommenden Stomaartikel haben den Anforderungen der jeweiligen Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V zu entsprechen. Das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetriebsverordnung sind zu beachten.
- Die notwendigen Stomaartikel werden herstellerneutral und an den Erfordernissen der Versorgung orientiert eingesetzt.

Anlage 2

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen zur Stomatherapie

Vergütungsvereinbarung

§ 1

Gegenstand

Die Anlage 2 regelt die Vergütung für die im Vertrag über die Stomaversorgung und in der Anlage 1 genannten Leistungen. Die Krankenkasse zahlt für die Versorgung der Versicherten für die eingesetzten bzw. verbrauchten Hilfsmittel, Verbandstoffe und weiteren Verbrauchsmaterialien, z.B. Hautschutzpasten und Kompressen, eine monatliche Pauschale.

Mit der Monatspauschale ist die fachgerechte Versorgung mit den Stomaartikeln und alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Lieferung und Nachlieferung, eventuelle Erprobung, sowie die Betreuung, Einweisung und Schulung der Versicherten oder der betreuenden Personen.

§ 2

Vergütung

AC/TK XX XXXXX

Positionsnummer	Monatspauschalen für Stomaversorgungen Hilfsmittel inkl. Haftsprays, Haftmittel und sonstigen Bedarf	Verw. Kennzeichen	Preis netto	MwSt.	Bruttopreis	Zuzahlungspflicht
29.00.26.0105	Monatspauschalen bei Colostomie inklusive Irrigationsbedarf	08/09	€	19%	€	X
29.00.26.0205	Monatspauschale bei Ileostomie	08/09	€	19%	€	X
29.00.26.0305	Monatspauschale bei Urostomie inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	08/09	€	19%	€	X
29.00.26.0405	Monatspauschale bei Ureterhautfistel inklusive der Produkte zur ableitenden Inkontinenz	08/09	€	19%	€	X

Hinweise zur Abrechnung über Datenträger (DTA):

Für die Abrechnung über § 302 SGB V (DTA) sind die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die zugehörigen Technischen Anlagen zu beachten.

Besonders hervorzuheben sind hier folgende Punkte:

1. Die Abrechnung ist monatlich zu erstellen; es sind die oben aufgeführten Positionsnummern zu verwenden.

2. Bei den Versorgungspauschalen ist im Datensatz der Versorgungszeitraum mit anzuführen. Als Zeitraum ist immer der gesamte Monat anzugeben (z.B. 01.07.07-31.07.07). Beginnt oder endet die Versorgung während des Monats, ist der tatsächliche Versorgungsbeginn bzw. das tatsächliche Versorgungsende anzugeben (z.B. 14.08.07 – 31.08.07; 01.10.07 – 24.10.07).
3. Die Positionen dieses Vertrages sind mit dem Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen **XX XXXXX** anzuliefern.
4. Auf den Urbelegen (z.B. Verordnung) sind die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist nicht zugelassen.

Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer (z. Zt. 19%).

Stomabandagen in Maßanfertigung, elektrische Irrigationspumpen und Produkte der klassischen Wundversorgung fallen nicht in die monatliche Versorgungspauschale und müssen daher auf einem Einzelrezept verordnet sein.

Es besteht Einigkeit darüber, dass bei Krankenhausentlassungsversorgungen die Versorgung der Versicherten auch mit einer nach dem Versorgungsbeginn ausgestellten Verordnung begonnen werden kann. Die Vergütung beginnt in diesen Fällen frühestens mit dem Tag der Entlassung.

§ 3

Kündigung

Diese Vergütungsvereinbarung kann unabhängig vom Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2009, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 3
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen zur Stomatherapie

Vordruck Muster 16

Vorderseite

Geb.- nr. Geb.- ort nach Beruf Umfeld Wohn- ort	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Hilfsmittel- RZG	Impf- ort	Sp.-St. Bestand	Beleg- Zust.	Apotheken-Nummer / IK		
	Name, Vorname des Versicherten			0	7	8	9			
	geb. am			Qualität		Gesamt-Güte				
	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.		Status		Anzahl der Hilfsmittel-Nr.		
	Betriebsstation-Nr.			Arzt-Nr.		Datum		Faktor		
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)							Vertragsarztsiegel			
auf blau										
auf blau										
auf blau										
Bei Arbeitsunfall auszufüllen			Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (7/2008)			
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

Rückseite

W. Kohlhauser GmbH, Verlag für Ärzte	Empfangsbestätigung für Hilfsmittel			Vermerke der Krankenkasse	
	Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers		
	1				
	2				
3					
Stempel der Apotheke / des Lieferanten					
Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.					