

**Vertrag
nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung
mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln**

zwischen der

VIACTIV Krankenkasse
Universitätsstr. 43
44789 Bochum
vertreten durch den Vorstand

- im folgenden Betriebskrankenkasse (BKK) genannt -

sowie der

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

Der Vertrag wurde durch die Novitas BKK zum 29.02.2020 gekündigt.

- im folgenden Betriebskrankenkasse (BKK) genannt -

und der

Leistungserbringer
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Stadt
vertreten durch den Geschäftsführer
IK: XXXXXXXXXX

- im folgenden Leistungserbringer genannt -

Vertragsnummer: 7000

Leistungserbringergruppenschlüssel: 1997000

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Beratung und Versorgung der Versicherten
- § 6 Versorgung in Sonderfällen
- § 7 Verordnung
- § 8 Qualität der erbrachten Leistungen
- § 9 Umversorgung
- § 10 Eigentumsverhältnisse
- § 11 Vergütung
- § 12 Abrechnung
- § 13 Zuzahlungen
- § 14 Depotverbot
- § 15 Werbung
- § 16 Datenschutz
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Schlussbestimmungen

- Anlage 1: Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2: Beitrittserklärung
- Anlage 3: Mehrkostenvereinbarung
- Anlage 4: Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen
- Anlage 5: Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel
- Anlage 6: Versicherteninformation

Präambel

Der Vertrag dient der Sicherstellung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten. Der Vertrag stellt eine hochwertige Versorgung mit zugelassenen Produkten sicher. Das Beitrittsrecht anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag wird ausdrücklich bestätigt.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten mit qualitativ hochwertigen aufsaugenden Inkontinenzartikeln im ambulanten Bereich, die telefonische und - auf Wunsch des Versicherten - persönliche Beratung der Versicherten in der Häuslichkeit zur Auswahl und zum Gebrauch der Produkte, die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch Monatspauschalen – im folgenden Pauschalen genannt – durch den Leistungserbringer. Er gilt ebenfalls für Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen, mit denen keine Pauschalen für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln vereinbart wurden. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlagen 3 (Mehrkostenvereinbarung) und 6 (Versicherteninformation) dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt durch die Beitrittserklärung gemäß der Anlage 2 und kann sowohl gegenüber der VIACTIV Krankenkasse ~~als auch gegenüber der Novitas BKK erfolgen.~~

(2) Die Betriebskrankenkassen werden ihre Versicherten über diesen Vertrag mit dem Leistungserbringer und dessen Vorteile in geeigneter Form informieren.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V sowie nach § 127 Abs. 2 SGB V erfüllt haben. Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle spätestens mit Vertragsbeginn nachzuweisen.

(2) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGBV, § 70 SGBV und § 135a SGB V. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(3) Der Leistungserbringer hat ein aufzahlungsfreies Produktportfolio vorzuhalten, welches eine ausreichende Auswahl für den individuellen medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfs des Versicherten ermöglicht. Mit Vertragsbeginn hat der Leistungserbringer eine Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel im Excel-Format analog der Anlage 5 dieses Vertrages zu übermitteln.

(4) Der Leistungserbringer hat für die Beratung nach diesem Vertrag ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Als Nachweis der Qualifikation übermittelt der Leistungserbringer auf Anforderung der Betriebskrankenkasse die Produktschulungsnachweise seiner Beratungsmitarbeiter. Der Leistungserbringer setzt kein Beratungspersonal ohne nachgewiesene Produktschulung ein.

(5) Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vorgenommen. Mit Produkten, die nicht zugelassen sind, wird nur nach individueller Genehmigung der Betriebskrankenkasse unter Angabe einer gesonderten Begründung des Leistungserbringers versorgt.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) –soweit nach diesem Vertrag erforderlich - mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten.

(7) Der Leistungserbringer übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie Hilfsmittelrichtlinien und sonstige relevante Vorschriften in ihrer gültigen Fassung.

(8) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.

(9) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis. Für genehmigungsfreie Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag behalten sich die Betriebskrankenkassen das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Leistungserbringer hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.

§ 4 Haftung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.

(2) Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschlusses bzw. Vertragsbeitritt der Betriebskrankenkasse auf Anforderung auszuhändigen.

§ 5

Beratung und Versorgung der Versicherten

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Bei der Versorgung eines Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln nach der allgemeinen Pauschale und der erhöhten Pauschale verzichtet die Betriebskrankenkasse auf eine Genehmigung.

Die Betriebskrankenkasse ist berechtigt, den Genehmigungsverzicht zu widerrufen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Kalendermonat vor Umsetzung mitzuteilen.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen Pflegeperson umfassend und individuell zu beraten. Dies schließt die Auswahl der Produkte nach kostenfreier Bemusterung mit aufzahlungsfreien Produkten in passender Größe ein. Dem Versicherten sind mindestens zwei aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten in anatomisch passender Größe anzubieten. Bis zu einer Abgabemenge von 6 Produkten pro Tag ist allein die Mengenangabe des verordnenden Arztes verbindlich. Wird ein höherer Tagesbedarf geltend gemacht ist der Ablauf nach § 6 Absatz 2 dieses Vertrages verbindlich. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Versicherte innerhalb des jeweiligen Versorgungszeitraumes nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn (gilt nur für Neuversorgungen) eine Versicherteninformation (Anlage 6) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Eine Durchschrift verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Vertragspartnern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten- bzw. doppelte Kosten entstehen, gehen diese nicht zu Lasten der Betriebskrankenkasse. In diesem Falle vergütet die Betriebskrankenkasse die Leistung ausschließlich gegenüber dem Vertragspartner, welcher zuerst die Leistung erbracht hat. Die Versicherteninformation ist auf Anforderung der Betriebskrankenkasse unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Soweit es der Versicherte wünscht, wird die Beratung in seiner häuslichen Umgebung durchgeführt. Eine nicht vom Versicherten gewünschte Kontaktierung hat zu unterbleiben.

(3) Soweit der Versicherte mit aufzahlungspflichtigen Produkten versorgt werden möchte, hat der Leistungserbringer dies entsprechend der Anlage 3 gesondert zu dokumentieren und eine Durchschrift dem Versicherten auszuhändigen. Der Betriebskrankenkasse ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln.

(4a) Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Produkte erfolgt grundsätzlich für einen Kalendermonat. Auf Wunsch des Versicherten kann im Ausnahmefall die Belieferung der Produkte für maximal 3 Kalendermonate erfolgen und nur unter Beachtung einer kostenfreien Rücknahme unverbrauchter und originalverpackter Produkte.

(4b) Benötigt der Versicherte für einen vollen Monat keine Produkte (z. B. Auslandsaufenthalt, Krankenhausaufenthalt) so kann für diesen Monat keine Pauschale abgerechnet werden.

(5) Im Falle der Rücknahme eines kompletten Monatsbedarfs (vgl. 4a) erfolgt keine Abrechnung der Pauschale. Ist die Abrechnung bereits erfolgt (vgl. 4a und 4b), hat der Leistungserbringer eine Verrechnung mit der Pauschale des Folgemonats vorzunehmen oder eine Erstattung vorzunehmen.

(6) Die Versorgung hat innerhalb von 3 Werktagen nach Vorlage der abrechnungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Erfolgt die Belieferung trotz vollständiger Unterlagen nicht innerhalb von 3 Werktagen schuldhaft durch den Leistungserbringer, so hat dieser dem Versicherten eine erforderliche Zwischenversorgung in der angefallenen Höhe umgehend zu erstatten.

(7) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit zu den ortsüblichen Telefonkosten von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Werktag vorzunehmen.

(8) Erfolgt eine dauerhafte Versorgung, ist unabhängig von Beratungen die sich aus dem jeweiligen individuellen Bedarf ergeben, drei Wochen nach der erstmaligen Belieferung mit Produkten der aufsaugenden Inkontinenz durch telefonische Rücksprache mit dem Versicherten nach dessen Zufriedenheit der durchgeführten Versorgung zu fragen und bei Bedarf ein Hausbesuch durch qualifiziertes Personal durchzuführen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

§ 6

Versorgung in Sonderfällen

(1) Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der Betriebskrankenkasse gesondert zu begründen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung abschließend.

(2) Versicherte sind mit Produkten in ausreichender Anzahl mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall mehr als 6 Produkte pro Tag erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Anzahl der täglichen Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des MDK ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.

(3) Versicherte sind mit Produkten ausreichender Saugstärke mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall Produkte der höchsten Saugstärke erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des

MDK ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.

(4) Versicherte sind mit Produkten mehrkostenfrei zu versorgen, die im Einzelfall geeignet sind. Ist im Einzelfall die Versorgung mit PANTS medizinisch erforderlich, so hat dies zunächst der behandelnde Arzt medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung abschließend. Soweit sich ein Erfordernis ergibt (z.B. eigenständiger Wechsel aufgrund Lähmung nur bei PANTS möglich) so ist die Versorgung mit der allgemeinen Pauschale abgegolten. Eine Mehrkostenfähigkeit ergibt sich hieraus nicht. Wird das Produkt aus Komfortgründen durch den Versicherten gewählt, so ergibt sich hieraus Mehrkostenfähigkeit.

(5) Bei der Versorgung mit geschlechtsspezifischen Vorlagen ist die allgemeine Pauschale anzusetzen.

§ 7 Verordnung

(1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit fest. Die auf der Verordnung angegebenen Zeiträume oder Mengenangaben sind für die Beteiligten maßgebend.

(2) Als Versorgungszeitraum wird der Kalendermonat angesehen. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 12.03.2017 – 11.04.2017) werden im Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Verordnung zu belegen. Die Betriebskrankenkassen akzeptieren Verordnungen – auch ohne ärztliche Angabe von Versorgungszeiträumen – für längstens 12 Kalendermonate, es sei denn die Verordnung ist vom Arzt mit einem kürzeren Zeitraum versehen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen. Nach Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

(3) Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig. Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.

(4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (insbesondere Angabe der Diagnose, ggf. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggf. des Versorgungszeitraumes) und dass die Angaben schlüssig sind. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen.

§ 8 Qualität der erbrachten Leistung

(1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils aktuellen Fassung nach 139 SGB V genügen.

(2) Den Betriebskrankenkassen steht es jederzeit frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

(3) Die Lieferung der Produkte erfolgt in neutraler Verpackung. Als Nachweis gilt die Unterschrift auf dem Lieferschein oder bei Übermittlung durch einen Paketdienst die der Lieferung zugrundeliegende Sendungsverfolgungsnummer.

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

§ 9 Umversorgung

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraumes erst zum Ende eines Monats im Versorgungszeitraum möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung - in Abstimmung mit dem Versicherten - den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Die Betriebskrankenkassen sind vor Beginn des Wechsels ebenfalls zu informieren. Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen.

§ 10 Eigentumsverhältnisse

Der Leistungserbringer verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Wird eine Betriebskrankenkasse von einem Dritten in Anspruch genommen, stellt der Leistungserbringer die Betriebskrankenkasse von diesen Ansprüchen frei.

§ 11 Vergütung

(1) Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise. Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten.

(2) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so können ihm die hierzu entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist die Erklärung des Versicherten nach der Anlage 3. Hierzu hat der Versicherte die Mehrkostenberechnung unter Darlegung der aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Eine Durchschrift ist dem Ver-

sicherten auszuhändigen. Der Betriebskrankenkasse ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln. Eine andere als die gesetzliche Zuzahlung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Mehrkosten darf vom Versicherten nicht gefordert werden.

(3) Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen – bei pauschaler Versorgung für den kompletten Versorgungszeitraum - abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn der Versicherte hat, ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Lieferung verlangt.

(4) Die Pauschale kann je Versorgungszeitraum nur einmal abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung der Pauschale während des Versorgungszeitraumes - z. B. bei einem Wohnortwechsel oder einer Doppelversorgung des Versicherten - ist nicht zulässig.

(5) Die Vergütung erfolgt in Monatspauschalen. Teilmonate (Beginn oder Ende der Versorgung im Kalendermonat) werden ebenfalls mit der vollen Monatspauschale vergütet. Die Monatspauschale beginnt immer mit dem 1. eines Kalendermonats und endet grundsätzlich mit dem letzten Tag eines Kalendermonats (die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten).

(6) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Vergütung nur für tatsächlich notwendige und gelieferte Hilfsmittel monatlich abgerechnet wird.

(7) Sofern ein Versicherter für einen vollen Kalendermonat die Leistungen des Leistungserbringers wegen vollstationärer Behandlung (Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung) nicht in Anspruch nimmt, erfolgt keine Abrechnung für diesen Kalendermonat. Wird der Betriebskrankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für den betreffenden Kalendermonat erfolgen. Die Rückforderung muss innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe erfolgen.

(8) Die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse endet im Falle:

- der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
- der Beendigung der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit
- dem Ende der Mitgliedschaft des Versicherten bei der Betriebskrankenkasse
- die Versorgung endet mit Ablauf des letzten Kalendermonats, in dem der Versicherte die Produkte zur Versorgung benötigt. Wird der Betriebskrankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für die betreffenden Kalendermonate erfolgen (z.B. bei abgerechneten Leistungen nach dem Tod).

(9) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach § 33 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung vom Versicherten ein.

§ 12 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und ggf. hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge.

(2) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der zuständigen Betriebskrankenkasse oder der von der einzelnen Betriebskrankenkasse jeweils benannten Abrechnungsstelle. Die Anlage 4 ist inhaltlich ebenfalls bei der Abrechnung zwingend zu beachten.

(3) Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der Anlage 1. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung, sowie die schriftliche Empfangsbestätigung des Versicherten (z.B. Lieferschein) beizufügen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz unter dem TEXT-Segment anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der Betriebskrankenkasse jederzeit auf Anforderung eingesehen werden. Gleiches gilt für Versorgungen im stationären Bereich.

(4) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt.

(5) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Bei Zurückweisung der vollständigen Rechnung tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 3 fehlen, werden nicht vergütet.

(6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung können die Betriebskrankenkassen dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Bei Beanstandungen durch die Betriebskrankenkasse hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 3 Monaten mit Begründung zu widersprechen.

(7) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bzw. nach gemeinsamer und vollständiger Umsetzung der Abrechnung nach § 302 SGB V drei Wochen nach Rechnungseingang direkt von der Betriebskrankenkasse oder von der jeweils von der einzelnen Betriebskrankenkasse benannten Abrechnungsstelle bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der vollständigen Abrechnung bei der Abrechnungs-

stelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(8) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die Betriebskrankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere hat der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält und im Rahmen der Rechnungsstellung auch insbesondere Abrechnungscode und Tarifkennzeichen sowie die Abrechnungspositionsnummern übermittelt.

(9) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 7 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Der getroffene Vertrag über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den jeweiligen Betriebskrankenkassen vorzulegen.

§ 13 Zuzahlungen

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Zuzahlung nach § 61 SGB V von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie der Grund zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel angegeben werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der Betriebskrankenkasse verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

§ 14 Depotverbot

(1) Das Depotverbot nach § 128 Abs.1 SGB V ist zu beachten.

§ 15 Werbung

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Betriebskrankenkassen beziehen. Werbung in Arztpraxen und Kliniken oder deren Zugängen ist unzulässig.

(2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt / einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

(3) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel oder auch einer Versorgungsform (Kauf oder pauschale Versorgung) ist ebenfalls nicht zulässig.

(4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die jeweilige Betriebskrankenkasse un- aufgefordert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 16 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Datenschutz und den Schutz der Sozialdaten (BDSG, SGB X 2. Kapitel) zu beachten.

(2) Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Daten des Versicherten dürfen nur gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem MDK und der jeweiligen Betriebskrankenkasse bekanntgegeben werden.

(3) Der Auftragnehmer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung personenbezogener Daten bzw. Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG und das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I verpflichtet wurde, über die Regelungen zum Bundesdatenschutzgesetz und sonstiger datenschutzrechtlicher Vorschriften insbesondere im SGB X angemessen und der Aufgabensituation entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgaben verfügt. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der jeweiligen Betriebskrankenkasse vorzulegen.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten der jeweiligen Betriebskrankenkasse, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

(5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der jeweiligen Betriebskrankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Sozialgeheimnis (SGB I) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.

§ 17 **Vertragsverstöße**

(1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann ihn die zuständige Betriebskrankenkasse verwarnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.

(2) Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:

- € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3 und 8 und 12 und 14 des Vertrages
- € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

(3) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Vertragsverstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Wiederholte oder schwere Verstöße gegen diesen Vertrag führen ggf. zu einer Veranlassung eines Widerrufs der Zulassung und/oder Vertragskündigung.

§ 18 **Inkrafttreten und Kündigung**

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2017 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende schriftlich gegenüber jeder einzelnen Betriebskrankenkasse – auch durch Mitarbeiter - gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für eine einzelne Betriebskrankenkasse, wobei der Vertrag ansonsten für die übrige Betriebskrankenkasse unberührt bleibt.

(2) Der Vertrag ist aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündbar. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, sofern

- der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten aus den § 3, 5 und 6 trotz Abmahnung nicht erfüllt
- die gesetzliche Grundlage für diesen Vertrag entfällt.

(3) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den vertragschließenden Parteien sind möglich und bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Vertragsparteien.

(4) Den Betriebskrankenkassen steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von vier Wochen zum Fusionszeitpunkt (Datum der Fusion) zu. Für die übrige Betriebskrankenkasse bleibt der Vertrag bestehen. Zudem besteht bei gravierenden Vertragsverstößen des Leistungserbringers ein Sonderkündigungsrecht mit sofortiger Wirkung.

§ 19 **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages fehlen, ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, ver-

ständig sich die Leistungserbringer unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 20 Schlussbestimmungen

(1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.

(2) Gerichtsstand ist der jeweilige Sitz der einzelnen Betriebskrankenkasse.

Bochum und ~~Duisburg~~

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: _____

Unterschrift und Stempel der VIACTIV Krankenkasse: _____

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK: _____

Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln

FALLPAUSCHALE (FP):

Preise in netto

Abrechnungspositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Monatspauschale in netto	Genehmigungspflicht
15.00.99.5000 für die VIACTIV Krankenkasse 15.25.99.5000 für die Novitas BKK	Allgemeine Pauschale ➤ 15.25.01 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.02 ➤ 15.25.03 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 Versicherte ab dem vollendeten 14. Lebensjahr	08/09	20,00	Nein
15.00.99.6000 für die VIACTIV Krankenkasse 15.25.99.6000 für die Novitas BKK	Erhöhte Pauschale ➤ 15.25.01 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.02 ➤ 15.25.03 (beachte Übergangsregelung des Hilfsmittelverzeichnis) ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 Kinder ab dem vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	08/09	30,00	Nein

Anlage 2 - Beitrittserklärung

Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln

Name des Leistungserbringers: _____
Geschäftsführer bzw. Inhaber: _____
Anschrift: _____
IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln zum _____ bei. Der Beitritt gilt gegenüber (**bitte ankreuzen**):

VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum

~~Novitas BKK, Schifferstr. 92-100, 47059 Duisburg~~ **Der Vertrag wurde durch die Novitas BKK zum 29.02.2020 gekündigt.**

Der Beitritt zu dem o.g. Zeitpunkt wird erst wirksam, wenn die VIACTIV Krankenkasse ~~und/oder die Novitas BKK~~ die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat.

Die vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die nach dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Die VIACTIV Krankenkasse ~~und/oder die Novitas BKK~~ informiert den Beitretenden über etwaige Vertragsänderungen. Der Beigetretene selbst hat kein Recht zur Änderung des Vertrages.

Der Beigetretene ist berechtigt, seinen Beitritt mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende schriftlich zu kündigen. Wird der Vertrag geändert, steht dem Beitretenden ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von 1 Monat zum Monatsende, frühestens zum Beginn der Vertragsänderung, zu. Die Wirksamkeit des Vertrages wird von der Kündigung des Beitretenden nicht berührt. Die Kündigung ist schriftlich, auch per E-Mail, zu erklären.

Eine Beendigung des Vertrages bewirkt auch eine Beendigung des Beitritts.

Ansprechpartner für Versicherte

Tel.:
Fax:
E-Mail-Adresse:

Ansprechpartner für Betriebskrankenkasse

Name:
Tel.:
Fax:
E-Mail-Adresse:

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (bitte unbedingt mit einreichen):

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: _____

Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel (**bitte als EXCEL-Datei übermitteln**)

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Anlage 3 – Mehrkostenvereinbarung

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln

Versicherter (Name und Adresse)

.....
.....
.....

Aufzahlungsfreie Produkte

.....
.....
.....

Aufzahlungspflichtige (gewählte) Produkte

.....
.....
.....

Aufzahlung in Euro pro Monat

.....
.....
.....

Erklärung des Leistungserbringers:

Der Versicherte wurde über die aufzahlungsfreien Produkte informiert. Nach Bemusterung und Beratung hat er sich für die oben benannten Produkte entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Erklärung des Versicherten:

Der Leistungserbringer hat mir mindestens zwei aufzahlungsfreie Produkte je Produktgruppe angeboten. Nach Beratung entscheide ich mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Anlage 4 – Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen

1 Grundsätze

- Die Betriebskrankenkasse verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- Nur bei Vorlagepflicht ist ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die Betriebskrankenkasse behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen oder genehmigungsfreie Fallkonstellationen betreffen.
- Die dargestellten Erfassungsgrundsätze sind durchgängig auch im Rahmen der Abrechnungen zu verwenden.
- Die Inhalte dieser Anlage sind auch im Abrechnungsverfahren zwingend zu beachten

2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem diesem Vertrag

Krankenversichertennummer	Es ist eine gültige Krankenversichertennummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104526376 (VIACTIV Krankenkasse) 404491707 (Novitas BKK)
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „999999999“ zu füllen.
Betriebsstättennummer	Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).
Verordnungsdatum	Entspricht dem Datum der ärztlichen Verordnung.
Diagnose	Sofern auf der Verordnung die Diagnose als ICD-Schlüssel vorhanden ist, ist dieser per ekv zu übermitteln.
Antragsdatum	Entspricht dem Datum des Kostenvoranschlages.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben: 1997000

Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Nach diesem Vertrag ausschließlich zulässig: Für die VIACTIV Krankenkasse: 15.00.99.5000 (für die Allgemeine Pauschale) 15.00.99.6000 (für die Erhöhte Pauschale) Für die Novitas BKK: 15.25.99.5000 (für die Allgemeine Pauschale) 15.25.99.6000 (für die Erhöhte Pauschale)
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Nach diesem Vertrag ausschließlich zulässig: <u>Allgemeine Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.00.99.5000) <u>Erhöhte Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.00.99.6000)
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen)
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist immer der 1. eines Kalendermonats. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.01.2017, Leistungsbeginn 01.01.2017 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.04.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.05.2017
Leistungsende	Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> ist grundsätzlich der letzte Tag eines Kalendermonats.

	<p><u>Ausnahme:</u> Sofern dem Vertragspartner das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.</p>
Menge/Anzahl	Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.
Einheit	Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Verordnung • Ggf. weitere erforderliche Unterlagen • Mehrkostenvereinbarung – bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen (vgl. Anlage 3 des Vertrages) <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>

Anlage 5 – Produktliste der aufzahlungsfreien Produkte

Name Leistungserbringer	IK	PLZ

Ort	Str. / Hausnummer

Die folgenden Produkte werden entsprechend der vertraglichen Bestimmungen aufzahlungsfrei zur Verfügung gestellt:

15.25.02

Netzhosen, Größe 1 0001-0999
 Netzhosen, Größe 2 1000-1999

Netzhosen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.30

Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung 0001-0999
 Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung 1000-1999
 Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung 2000-2999
 Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 3000-3999
 Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 4000-4999
 Vorlagen für Urininkontinenz 5000-5999
 Wiederverwendbare Vorlagen 6000-6999

saugende Inkontinenzvorlagen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.31.

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1 0001-0999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2 1000-

Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

Artikelbezeichnung	Hersteller

1999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3 2000-2999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1 3000-3999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 4000-4999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3 5000-5999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1 6000-6999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2 7000-7999
 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3 8000-8999

15.25.32.

Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, normale Saugleistung 0001-0999
 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, erhöhte Saugleistung 1000-1999
 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, hohe Saugleistung 2000-2999

Wiederverwendbare saugende Inkontinenzhosen

Artikelbezeichnung	Hersteller

Anlage 6 – Versicherteninformation

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Anschrift:	

Angaben zum Hilfsmittel

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

Der Vertragspartner _____ versorgt Sie ab dem _____ mit Inkontinenzartikeln. Hierfür erhält der Vertragspartner eine Versorgungspauschale von Ihrer VIACTIV Krankenkasse ~~bzw. Novitas BKK~~. Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Hinweise unbedingt zu beachten:

- Alle Hilfsmittel der aufsaugenden Inkontinenz werden bei dem Vertragspartner bezogen.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Vertragspartner, wenn Lieferungen von Verbrauchsmaterialien oder Zubehör sowie sonstige Service- und Dienstleistungen im Zusammenhang mit dieser Versorgung notwendig werden.
- Bitte teilen Sie dem Vertragspartner anstehende Umzüge, insbesondere in ein Pflegeheim, sowie planbare Aufenthalte in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig mit.
- Die VIACTIV Krankenkasse ~~bzw. Novitas BKK~~ akzeptiert ärztliche Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 12 Monaten – es sei denn, der Arzt hat einen kürzeren Zeitraum auf der Verordnung angegeben.
- Die in diesem Vertrag vereinbarten Produkte werden grundsätzlich für einen Kalendermonat geliefert. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, ist auch eine Belieferung für maximal 3 Kalendermonate möglich.
- Ein Wechsel des Vertragspartners ist nach Ablauf eines vollen Kalendermonats – beziehungsweise bei längeren Verordnungszeiträumen nach deren Ablauf – möglich. Wenn Sie innerhalb eines Versorgungszeitraums mehrere Vertragspartner mit der Versorgung beauftragen, tragen Sie die dadurch entstehenden Mehrkosten.
- Informieren Sie bitte rechtzeitig vor einem Wechsel des Vertragspartners Ihren bisherigen Vertragspartner und die VIACTIV Krankenkasse ~~bzw. Novitas BKK~~, damit es nicht zu doppelten Versorgungen kommt.

Name, Vorname

Datum

Wir danken Ihnen – auch im Namen der VIACTIV Krankenkasse ~~bzw. Novitas BKK~~ – für Ihr Vertrauen und sind bei weiteren Fragen gerne für Sie da!