

Bürokratie in der Hilfsmittelversorgung

- Werner Fulle

Key Account Manager

Fa. WKM GmbH München

Ein Unternehmen der Streifeneder - Gruppe

WKM GmbH

Homecare-Provider für das gesamte Leistungsspektrum an Hilfsmitteln in der ausserklinischen Intensivpflege, sowie deren begleitenden Dienstleistungen.



Die Bürokratie

legt oft große Steine in den Weg




Voraussetzungen für eine Hilfsmittelversorgung

- Entsprechende Verträge des Homecare-Providers mit dem Kostenträger
 - Laut aktueller Statistik (Stand Juni 2012) des Bundesministeriums für Gesundheit gibt es:
145 gesetzliche Krankenkassen - davon:
 - 12 Ortskrankenkassen (AOK)
 - 112 Betriebskrankenkassen (BKK)
 - 6 Innungskrankenkassen (IKK)
 - 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
 - 6 Ersatzkrankenkassen (Vdek)
 - Knappschaft Bahn/See (KBS)
- Diverse Privatkrankenversicherungen
- Diverse Berufsgenossenschaften (BG)

Verträge mit dem Kostenträger für die verschiedenen Produktgruppen



- 
- Jede Kasse hat unterschiedliche Verträge für die Hilfsmittelversorgung.
 - Unterteilt nach Produktgruppen
 - Besteht kein entsprechender Vertrag, stößt man auf Schwierigkeiten.
 - In Ausnahmefällen ist eine Versorgung nach Kostenvoranschlag möglich
 - Bei dieser Vertragsvielfalt wird es immer schwieriger den Überblick zu behalten.

Produktgruppen der Hilfsmittel

- Für jede Produktgruppe ist ein Vertrag erforderlich.

Z.B.

PG 01 Absauggeräte

PG 03 Enterale Ernährung

PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

PG 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma

PG 15 Inkontinenzhilfen

PG 19 Krankenpflegeartikel

PG 20 Lagerungshilfen

PG 29 Stomaartikel

PG 54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Weitere Produktgruppen

- PG 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
Therapie des nicht erholsamen Schlafs in jedweder Form
Invasive Beatmungstherapie
Nichtinvasive Beatmungstherapie
- PG 21 Meßgeräte für Körperzustände / -funktionen
- PG 27 Sprechhilfen
- PG 04 Badhilfen
- PG 10 Gehilfen
- PG 18 Krankenfahrzeuge
- PG 21 Mobilitätshilfen
- PG 26 Sitzhilfen
- PG 33 Toilettenhilfen
- PG 52 Pflegehilfsmittel Mobilität
- PG 50 Pflegemittel zur Erleichterung der Pflege (u.a.Pflegebetten)

Voraussetzungen und Anforderungen an die Hilfsmittel-Provider

- Diese sind von den Kostenträgern vertraglich geregelt:
 - Die Mitarbeiter müssen entsprechende Aus- und Weiterbildungen nachweisen
 - Diese Nachweise sind zeitlich befristet und müssen in entsprechenden Zeitabständen aktualisiert werden
 - Zum Beispiel müssen für medizintechnische Geräte entsprechende Qualifikationsnachweise in vorgeschriebener Anzahl vorliegen
 - Anderenfalls können von den Kassen Berechtigungen und Zugriff auf bundesweite Gerätepools gesperrt werden.

Voraussetzung für eine Hilfsmittelversorgung

- Einverständniserklärung des Kunden
 - In schriftlicher Form
 - Zur Erlaubnis die Daten des Kunden zur Abwicklung der entsprechenden Vorgänge zu verwenden und an die an der Abrechnung beteiligten Institutionen weiterleiten zu dürfen

Wahl des Leistungserbringers

Fa.WKM / Wildermuthstraße 88 / 80993 München

Tel: 089-14337-6 / Fax: 089-14337-717

KUNDENDATEN

Name, Vorname: _____

Geb: _____

Straße: _____

Ort: _____

1. Wahl des Leistungserbringers

Auf meine freie Wahl eines Leistungserbringers bin ich hingewiesen worden. Ich wähle die WKM GmbH für folgende(n) Versorgungsbereich(e) (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heimbeatmung | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie | <input type="checkbox"/> Tracheostomaversorgung |
| <input type="checkbox"/> Inhalations- und Atemtherapie | <input type="checkbox"/> Dekubitusprophylaxe und -therapie |
| <input type="checkbox"/> Wundversorgung, (incl. Fotodokumentation) | <input type="checkbox"/> Kontinenzförderung |
| <input type="checkbox"/> Patientenüberwachung | |

und bin daher damit einverstanden, dass ich ab sofort ausschließlich von der WKM GmbH mit Hilfsmitteln, technischen Hilfen und Verbrauchsmaterialien versorgt werde.

2. Datenübermittlung und Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Versorgung meine Daten bzw. Krankheitsdaten an die WKM GmbH KG weitergegeben werden. Die WKM GmbH wird diese Daten vertraulich behandeln und nur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfassen, nutzen und weiterleiten. Eine Weitergabe erfolgt zu Abrechnungszwecken an ein Abrechnungsinstitut und die betreffende Krankenkasse. Weiterhin erfolgt eine anonymisierte Erfassung zu statistischen Zwecken.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für meine Krankenversicherung widerrufen kann. Je nach Vertrag ist ein Wechsel des Leistungserbringers aber ggf. nur zu bestimmten Zeitpunkten möglich. Hierzu geben wir Ihnen jederzeit gerne Auskunft.

Eine Kopie dieser Einwilligung ist mir ausgehändigt worden.

Ort, Datum:


Unterschrift des Versicherten

oder des gesetzl. Vertreters:

Name in Druckbuchstaben:

Die Hürden werden mehr



- 
- Die Versorgungen müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen
 - Ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend
 - Der hohe administrative Aufwand bedeutet für den Hilfsmittelprovider:
 - Mehr Personaleinsatz mit erhöhten Anforderungen an die Qualifikation
 - Mehr Zeitaufwand

Beispiel einer Erstversorgung

- Kundendaten
 - Besonderheiten:
 - Zuzahlungs-Befreiungsausweis
 - Betreuer / abweichende Rechnungsadresse
 - Hausarzt
- Hilfsmittelverordnung
 - Für jede Produktgruppe eine separate Verordnung
 - Originale müssen vorliegen
 - Häufig zusätzliche Begründungen erforderlich
 - Von einigen Kassen wird eine Klinikverordnung nicht anerkannt.
 - Bei Klinikärzten ohne kassenärztliche Zulassung
 - Hier sind zusätzliche Rezepte vom Hausarzt (Muster 16) notwendig

Folgende Formulare sind notwendig:

- Einverständniserklärung
- Versicherteninformation
- Anlage 4, 5, 6
- Pflegehilfsmittelantrag
- Stuserhebungsbogen Dekubitus
- Hausbesuche in vorgeschriebenen Intervallen
 - Nachweise müssen regelmäßig der Kasse vorgelegt werden
- Besuchsberichte vorher und nachher
 - Unterschiedlicher Versorgungsbericht Dokumentation
 - Bei Ernährung kontinuierlicher Nachweis über die Kalorienmenge
- Einweisungsnachweise

Versicherteninformation zur Versorgung mit *ableitenden* Inkontinenzhilfen

Versicherteninformation zur Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen

Patient:
Straße:
PLZ, Ort:

Die Firma WKM GmbH stellt für Sie ab dem _____ die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen sicher. Hierzu sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie.

- Die o.g. Firma stellt die Versorgung mit Inkontinenzhilfen einschließlich aller dienst- und Serviceleistungen sicher. Der Leistungserbringer bietet eine aufzahlungsfreie Versorgung an, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht, medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist. Wenn Sie eine aufzahlungspflichtige Ausführung der ärztlich verordneten Versorgung wünschen, gehen die dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Für eine wirtschaftliche Versorgung mit diesen Verbrauchshilfsmitteln gibt es Richtwerte für einen durchschnittlichen Monatsbedarf. Für einen medizinisch begründeten Mehrbedarf wird Ihr Leistungserbringer einen Kostenvorschlag bei Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung einreichen. Sollte der Mehrbedarf medizinisch nicht notwendig sein, gehen die Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Alle Hilfsmittel und Leistungen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Inkontinenz benötigen, sollen nur bei diesem Leistungserbringer bezogen werden. Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die oben genannte Firma, wenn Lieferungen von Inkontinenzhilfen sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden.
- Ein Leistungserbringerwechsel ist erst nach dem Ablauf eines vollen Kalendermonats bzw. bei längeren Versorgungszeiträumen nach deren Ablauf (z.B. Quartal) möglich. Bitte verständigen Sie den vorher liefernden Leistungserbringer von Ihrer Wechselentscheidung.
- Bitte verständigen Sie die o.g. Firma unverzüglich über einen Wohnortwechsel oder einen Wechsel der Krankenkasse.
- Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Inkontinenzhilfen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet. Grundsätzlich fallen für Sie abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten an. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf an Verbrauchsmaterialien, 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 Inkontinenzhilfen.
- Bitte achten Sie auf korrekte Lagerung und fachgerechte Entsorgung der Ihnen gelieferten Artikel.
- Sollten Unstimmigkeiten bei Ihrer Versorgung auftreten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihre Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherteninformation zur Versorgung mit *saugenden* Inkontinenzhilfen

Anlage 4
zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich
mit Fa.WKM GmbH, Wildermuthstr. 88, 80993 München

Versicherteninformation zur Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen

Patient:
Straße:
PLZ, Ort:

Die Firma WKM GmbH stellt für Sie ab dem _____ die Versorgung mit Inkontinenzhilfen 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 Inkontinenzhilfen einschließlich aller dienst- und Serviceleistungen sicher. Der Leistungserbringer bietet eine aufzahlungsfreie Versorgung an, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht, medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist. Wenn Sie eine aufzahlungspflichtige Ausführung der ärztlich verordneten Versorgung wünschen, gehen die dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Zur Versorgung mit Inkontinenzhilfen akzeptiert Ihre Krankasse Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 6 Monaten.
- Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die oben genannte Firma, wenn Lieferungen von Inkontinenzhilfen sowie Service- und Dienstleistungen notwendig werden.
- Ein Leistungserbringerwechsel ist erst nach dem 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 einen Wechsel der Krankenkasse.
- Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Inkontinenzhilfen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet. Grundsätzlich fallen für Sie abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten an. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf an Verbrauchsmaterialien, 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 Inkontinenzhilfen.
- Bitte achten Sie auf korrekte Lagerung und fachgerechte Entsorgung der Ihnen gelieferten Artikel.
- Sollten Unstimmigkeiten bei Ihrer Versorgung auftreten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihre Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift

Gesonderte Einverständniserklärung für eine Inkontinenzversorgung – bei versch. Kassen

Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit nicht zum Wiedereinsatz bestimmten Hilfsmitteln durch Sanitätshäuser und Apotheken

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

KV-Nummer:

Erklärung zur Wahl der Inkontinenzpauschale-Versorgung aus einer Hand

Für die mir verordneten aufsaugenden Inkontinenzartikel wähle ich die Versorgung aus einer Hand und nehme folgende zusätzliche Vorteile in Anspruch:

- besondere Beratung und Service durch den Leistungserbringer
- in der Regel besonders niedrige Zuzahlung
- kontinuierliche Betreuung durch einen Partner, der mich und meine individuellen Bedürfnisse kennt

Mir ist bekannt, dass ich vom Arzt für aufsaugende Inkontinenzartikel (Produktunterschiede 15.25.01 bis 03) ausgestellte Rezepte nur bei dem Vertragspartner meines Vertrauens abholen kann.

Diese Verpflichtung kann ich mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende gegenüber xxx mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen/kündigen.

Als Vertragspartner meines Vertrauens wähle ich (vom Leistungserbringer auszufüllen) xxx (Firmenstempel)

Name Leistungserbringer: **WKM GmbH**
Anschrift: *Wildermuthstraße 88, 80993 München*
Tel./Fax: *089-14337730 / 089-14337717*
IK: *590910604*

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Besuchsbericht – Inkontinenzversorgung

Name		Vorname		ID:	geb.:
Straße			PLZ	Ort:	
Krankenkasse			Vers-Nr:		
Patient selbst <input type="checkbox"/>		Angehörige / Betreuer <input type="checkbox"/>		Pflege - Einrichtung <input type="checkbox"/>	
Beratungsgespräch: <input type="checkbox"/> Erstgespräch <input type="checkbox"/> Folgegespräch <input type="checkbox"/> Umversorgung					
Inkontinenzform <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl		Schweregrad der Inkontinenz <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer			
DK <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Rufi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kondominial-Versorgung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Einmalkatheterismus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Analtampon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Anale Irrigation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Eisherige vorhandene Hilfsmittel (soweit hierfür relevant):					
Toilettentraining <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Begleitende Toilettengänge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Stuhlgang <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> alle Tage					
Stuhlkonsistenz <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> Diarrhöe <input type="checkbox"/> fest					
Mobilität <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> mobil					
Trinkmenge pro Tag: ca. _____ ml / Tag					
Hautprobleme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:					
Aufklärung über therap. Möglichkeiten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil nicht möglich					
Empfohlene Versorgung zur ableitenden Inkontinenzversorgung					
Produkte		Größe/CH/Vol./Schlauchlänge	Menge/Tag	Menge/Mon.	
DK			XXXXXXXX		
EK					
Kondominale:					
Bettbeutel					
Beinbeutel					
Anale Irrigation					
Empfohlene Versorgung zur saugenden Inkontinenzversorgung:					
Produkte			Menge/Tag	Menge/Mon.	
Tag <input type="checkbox"/> offenes - <input type="checkbox"/> geschl. System					
Nacht <input type="checkbox"/> offenes - <input type="checkbox"/> geschl. System					
Vereinbartes Lieferintervall (Folgeversorgung): <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> alle _____ Monate					
Beratung / Einweisung in die Produkte durchgeführt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil:					
<input type="checkbox"/> Der Versicherte wünscht ausdrücklich, neben der Versorgung mit den notwendigen, ausreichenden und in der fachlich gebotenen Qualität zweckmäßigen Produkten, eine über das Maß des Notwendigen hinaus gehende Versorgung. <input type="checkbox"/> Der Versicherte willigt hiermit ein, die dadurch entstehenden Mehrkosten auf eigene Rechnung zu tragen.					
Letzte ärztliche Kontrolle:					
Bemerkungen:					
Datum		Unterschrift Versicherter / Angeh./ Pflgeod.		Name und Unterschrift Fachkraft WRM	

Antrag für „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“



Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Name		Vorname		Geb.-Datum		Pflegekasse		Versichertennummer	
Straße			PLZ		Ort				

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 31,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettstutzeinlagen- Einmalgebrauch	50 Stck. (21,00 €)							
Fingerlinge	100 Stck. (5,50 €)							
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,00 €)							
Mundschutz	50 Stck. (7,00 €)							
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. (13,00 €)							
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. (25,00 €)							
Händedesinfektions- mittel	500 ml (8,00 €)							
Flächendesinfektions- mittel	500 ml (6,00 €)							

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:			Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein	ja		nein			
		saugende Bettstutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stck. (25,50 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 31,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 15,50 € monatlich / Beihilfeberechtigung

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Tracheostoma - Versicherteninformation

Anlage 6: Versicherteninformation zur Tracheostomaversorgung

Die Firma WKM GmbH stellt für Sie ab _____ die Versorgung mit Hilfsmittel und Verbandstoffen zur Tracheostomaversorgung sicher. Der Vertrag zwischen der AOK Bayern und der WKM GmbH sieht vor, dass die Vergütung der Leistungen in Form von Monats-pauschalen erfolgt. Deshalb sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie:

- Die Firma WKM stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln für Ihr Tracheostoma einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher.
- Alle Hilfsmittel und Verbandstoffe, die Sie im Zusammenhang mit Ihrem Tracheostoma benötigen, sollen nur bei der Firma WKM bezogen werden.
- Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die Firma WKM, 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 weitere Leistungserbringer von Ihnen zur Versorgung beauftragt, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Bitte verständigen Sie die Firma WKM unverzüglich über einen Wohnortwechsel oder Wechsel der Krankenkasse.
- Die Firma WKM ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Tracheostoma-Artikel unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet. Für Sie fallen abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten an. Bei unwirtschaftlichen Versorgungen (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 die Firma WKM GmbH rechtzeitig (ca. 1 Woche) über notwendige Lieferungen von Tracheostoma-Artikeln.
- Sollten Unstimmigkeiten bei Ihrer Versorgung auftreten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihre Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Name in Druckbuchstaben

Tracheostoma - Aufnahme und Verlaufsprotokoll

Anlage 4: Aufnahme –und Verlaufsprotokoll

Strukturdaten

Datum:		KH:	Erstgespräch post op.	<input type="checkbox"/>
Kundennummer:			i.R.d. Entlassung	<input type="checkbox"/>
Name:			Tag der Entlassung	
Vorname:				
Geb. Datum:			Beratungsgespräch	
Vers.-Nr.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Folgeberatung	
Kontaktdaten:		Tel.:		
Adresse:				
Folgetermin:	am:	um:	mit: <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegeperson	

Versorgungssituation

<input type="checkbox"/> eigene Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit + PD	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung
<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil
Pflege des Tracheostomas	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> ambulanter PD <input type="checkbox"/> Pflege vollstationär
Kanülenwechsel	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Arzt
Reinigung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege
Absaugung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege
Inhalation	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege

Parameter zur Versorgungsart

Versorgungsart:	<input type="checkbox"/> tracheotomiert	<input type="checkbox"/> laryngektomieren
Kehlkopf:	<input type="checkbox"/> erhalten	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> entfernt
Atmung:	<input type="checkbox"/> 24 h Beatmung	<input type="checkbox"/> temporär <input type="checkbox"/> Spontanatmung
Stimmprothese	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hersteller: _____ HMVZ-Nr.: _____
Wechselfrequenz		sonstiges _____
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> immobil
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt wach	<input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Koma
Sekretion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> temporär erhöht <input type="checkbox"/> permanent erhöht
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> nässend
	<input type="checkbox"/> mazerierend	<input type="checkbox"/> ulcerierend <input type="checkbox"/> Granulombildung
	<input type="checkbox"/> Fistelbildung	<input type="checkbox"/> Stenosenbildung
Kanüle	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Cuff	<input type="checkbox"/> ohne Cuff <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung
	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Silikon	<input type="checkbox"/> Silber <input type="checkbox"/> gesiebt
	<input type="checkbox"/> Innenkanüle (IK) <input type="checkbox"/> ohne IK	<input type="checkbox"/> überlange Kanüle <input type="checkbox"/> ungesiebt
Wechselfrequenz		Sonstiges _____
Nachweis multiresistenter Keim	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Art	<input type="checkbox"/> nein
Mykosen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Art	<input type="checkbox"/> nein
Information des behandelnden Arztes bei	Komplikation erfolgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum:	Unterschrift examiniertes Fachpersonal:	

Tracheostoma - Dokumentation über die Schulung und Einweisung

Anlage 5: Dokumentation und Nachweis über die Schulung und Einweisung

Strukturdaten

Datum:		KH: <input type="checkbox"/>	Einweisung post op.	<input type="checkbox"/>	
Kundennummer:			Einweisung i.Rd. Entlassung	<input type="checkbox"/>	
Name:			Einweisung am Tag der Entlassung	<input type="checkbox"/>	
Vorname:					
Geb. Datum:			Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/>	
Vers.-Nr.			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Einweisung bei	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter PD	<input type="checkbox"/> Angehöriger
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		

Gerätepark	Symbildung			
	Absauggerät	Inhalationsgerät	Sprechventil	Shuntventil
Aufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung + Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel von Komponenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfall-Service Nummer hinterlegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma	Kanüle	Tracheostoma
Handhabung der Produkte	<input type="checkbox"/>	
Reinigung und Produkte	<input type="checkbox"/>	
Pflege und Produkte	<input type="checkbox"/>	

Einweisung zur Verwendung des Duscheschutzes	
Information über das Verhalten bei Alltagsaktivitäten	
Information über Selbsthilfegruppen	

Ausgabe firmeneigener Handlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Nachschulungstermin für Pflegefachpersonal	<input type="checkbox"/> Nächster Termin am
--	---

Bestätigung der Einweisung durch	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter PD	<input type="checkbox"/> Angehöriger
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		
Datum:	Unterschrift:	Name in Druckbuchstaben:	
Datum:	Unterschrift examiniertes Fachpersonal:		

Gesonderte Einverständniserklärung zur Tracheostomaversorgung – bei versch. Kassen

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit nicht zum W Sanitätshäuser und Apotheken

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

KV-Nummer:

Erklärung zur Tracheostomapauschale - Versorgung

Für die mir zur Behandlung der Tracheotomie und Laryngektomie verordneten Trache
einer Hand und nehme folgende zusätzliche Vorteile in Anspruch:

- besondere Beratung und Service durch den Leistungserbringer
- in der Regel besonders niedrige Zuzahlung
- kontinuierliche Betreuung durch einen Partner, der mich und meine individuelle
Bedürfnisse kennt

Mir ist bekannt, dass ich vom Arzt für Tracheostomaprodukte (Produktuntergruppen O
Vertragspartner meines Vertrauens einlösen kann.

Diese Verpflichtung kann ich mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende ge
schriftlich widerrufen/kündigen.

Als Vertragspartner meines Vertrauens wähle ich (vom Leistungserbringer auszufüllen o

Name Leistungserbringer: **WKM GmbH**
Anschrift: *Wildermuthstraße 88, 80993 München*
Tel./Fax: *089-14337730 / 089-14337717*
IK: *590910604*

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Wichtig bei Tracheostomaversorgungen

- Betreuungsbesuche mindestens 3 in den ersten 3 Monaten
 - Mit entsprechender Dokumentation durch eine qualifizierte Fachkraft

Gesonderte Einverständniserklärung für eine enterale Ernährung – bei versch. Kassen

Anlage 6 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit nicht zum Wiedereinsatz bestimmten Hilfsmitteln durch Sanitätshäuser und Apotheken

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

KV-Nummer:

Erklärung zur enteralen Ernährung - Versorgung aus einer Hand

Für die mir verordnete enterale Sondennahrung und die dazu gehörigen Hilfsmittel zur Ernährung einschließlich der Verbrauchsmaterialien und Dienstleistungen wähle Versorgung aus einer Hand und nehme folgende zusätzliche Vorteile in Anspruch:

- besondere Beratung und Service durch den Leistungserbringer
- in der Regel besonders niedrige Zuzahlung
- kontinuierliche Betreuung durch einen Partner, der mich und meine individuellen Bedürfnisse kennt

Mir ist bekannt, dass ich vom Arzt für enterale Sondennahrung und Hilfsmittel zur Ernährung (Produktuntergruppe 03) ausgestellte Rezepte nur bei dem Vertragspartner Vertrauens einlösen kann.

Diese Verpflichtung kann ich mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende gegen xxx mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen/kündigen.

Als Vertragspartner meines Vertrauens wähle ich (vom Leistungserbringer auszufüllen Firmenstempel)

Name Leistungserbringer: **WKM GmbH**
Anschrift: *Wildermuthstraße 88, 80993 München*
Tel./Fax: *089-14337730 / 089-14337717*
IK: *590910604*

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Nachweis der Einweisung bei enteraler Ernährungsversorgung

Nachfolgende Punkte wurden bei der Ersteinweisung dem Unterzeichner erklärt:

Einweisung in die Ernährungspumpe: _____

Einweisung in die Schwerkraftapplikation

Umgang mit Sondennahrung und Lagerung von Sondennahrung

Spülen der Ernährungssonde/ Hinweise zur Vermeidung von Verstopfungen

Adapterwechsel

Verbandswechsel

Medikamentengabe über Ernährungssonde

andere Schulungsinhalte: _____

eine Einweisung war nicht nötig, da der Umgang bekannt ist

Unterschrift des Eingewiesenen: _____ Datum: _____

Unterschrift examinierte Pflegekraft WKM:

Besuchsbericht – Enterale Ernährung

Enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> vor Ort	<input type="checkbox"/> Telefonisch	
Patientenerhebungsbogen/ Besuchsbericht			

Name:	Vorname:	Geb.Datum:	ID-Nummer:
Größe:	Gewicht:	BMI:	
Mobilität	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Bewußtseinslage	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> schwer erweckbar <input type="checkbox"/> komatös
Aspirationsgefahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haut	<input type="checkbox"/> Trocken	<input type="checkbox"/> Feucht	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ödeme
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> alle ___ Tage
Stuhlgangkonsistenz	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> Diarrhöe <input type="checkbox"/> fest
Flüssigkeitsreduktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Dialyse ___ ml/Tag
orale Flüssigkeitaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> angedickt
orale Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> passiert <input type="checkbox"/> feste Nahrung
Sondentyp:	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> gastral	<input type="checkbox"/> duodenal <input type="checkbox"/> Button Ch:
PEG Eintrittsstelle	<input type="checkbox"/> OB	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> sezernierend
Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> alle ___ Tage	<input type="checkbox"/> kein Verbandwechsel
Sondennahrung :	Kcal	Menge pro Tag:	ml
Freie Flüssigkeit Sondennahrung :		Menge pro Tag :	ml
Zusätzliche Flüssigkeit über Sonde:			ml
Orale Nahrungszufuhr:			
Orale Flüssigkeitszufuhr:			
Applikationsform:	<input type="checkbox"/> Pumpe	<input type="checkbox"/> Schwerkraft	<input type="checkbox"/> Bolus
Laufgeschwindigkeit :	Sondennahrung ___ ml/h	Flüssigkeit	___ ml/h
Besonderheiten:			
<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Einrichtung:		
Datum	Unterschrift des Kunden	Name und Unterschrift der exam. Fachkraft / Fa. WKM	

Wichtig bei enteralen Ernährungsversorgungen

- Korrekte Kalorienangaben sind notwendig
 - da die Abrechnung zum Teil nach Kalorienbedarf erfolgt
- In der Weiterversorgung sind mehrere Rezepte nötig. Unterteilt in
 - Rezept für die Technikpauschale
 - Rezept für die Nahrungspauschale
 - Rezept für die Verbandmittel / pauschale
- Betreuungsbesuche nach vorgeschriebenen Intervallen von einer Fachkraft

Gesonderte Einwilligung zur Versorgung mit freiwilliger Aufzahlung – bei versch. Kassen

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der BAHN-BMK mit zum Wiedereinsatz bestimmten Hilfsmitteln durch Sanitätshäuser und Apotheken

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

KV-Nummer:

Bezeichnung des Hilfsmittels:

Aufzahlungspflichtige Versorgung

Ich bin über die Möglichkeit aufzahlungsfreier Versorgungsleistungen, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden.

Mir wurden ____ (bitte ausfüllen) Vorschläge über aufzahlungsfreie Hilfsmittel unterbreitet.

Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht. Mit dem/den von mir ausgewählten Hilfsmittel(n) und den dadurch entstehenden Mehrkosten, auch für Reparaturen, bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch bei meiner Krankenkasse habe.

Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Status-Erhebungsbogen bei Antidekubitus-Lagerungssystemen

**BEDARFSERMITTLUNG UND VERSORGUNGSVORSCHLAG
FÜR ANTI-DEKUBITUS- LAGERUNGSHILFSMITTEL**



Kunden-ID: _____

Name, Vorname: _____ **Einrichtung:** _____

geb. am _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Krankenkasse: _____

ggf. Versichertennummer: _____

Behandelnder Arzt: _____

Begutachtender: _____

Erstversorgung **Betreuungsdokumentation** **Zuweisung durch Kasse**

Antidekubitusmatratze vorhanden? **Nein** **Ja**, _____

Vorhandenes Bett ist ein... **Pflegebett** **Einlegerahmen** **Privates Bett**

Vorhandene Bettgröße: _____ cm _____ cm

BRADEN SKALA (komprimierte Form) ZUR ENSCHÄTZUNG DES DEKUBITUSRISIKOS

Sensorische Wahrnehmung	A	Vollständig eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 1	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 2	Leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 3	Keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> 4
Feuchtigkeit	B	Sändig feucht	<input type="checkbox"/> 1	Sehr feucht	<input type="checkbox"/> 2	Gelegentlich feucht	<input type="checkbox"/> 3	Selten feucht	<input type="checkbox"/> 4
Aktivität	C	Bettlägerig	<input type="checkbox"/> 1	Sitzfähig	<input type="checkbox"/> 2	Gelegentlich gehfähig	<input type="checkbox"/> 3	Mobil	<input type="checkbox"/> 4
Beweglichkeit	D	Vollständig immobil	<input type="checkbox"/> 1	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 2	Leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 3	Keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> 4
Ernährung	E	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 1	Eher eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 2	Adäquat	<input type="checkbox"/> 3	Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> 4
Reibungs- Scherkräfte	F	Problematisch	<input type="checkbox"/> 1	Wenig problematisch	<input type="checkbox"/> 2	Unproblematisch	<input type="checkbox"/> 3		

Summe aus Spalte A-F _____ **Beurteilung:**

- 23-17 Punkte** **16-12 Punkte** **11 und weniger Punkte**
geringes Risiko mittleres Risiko hohes bis höchstes Risiko

Wundtherapie

- Nach einem Hausbesuch mit Beratung können die Rezepte mit dem Hausarzt besprochen werden.
- Eine Lieferung ist erst danach möglich
 - Rezeptdatum muss vor Lieferdatum liegen
- Voraussetzung zur Beratung und Versorgung ist ein ausgebildeter Wundtherapeut nach ICW (Initiative Chronische Wunden e.V.)
- Einverständnis des Patienten zur Fotodokumentation

Verlaufsdokumentation Wunde

Anzahl der Wunden:
Wunde Nr.:


Patientendaten
 Name, Vorname: Geburtsdatum:
verantwortliche Pflegefachkraft
 Name, Vorname, Funktion: Datum der Erstberatung:

Medizinische Wunddiagnose (siehe auch wundspezifisches Assessment)

Ulcus cruris venosum, Grad 3b der CVI (nach Wagner-Markel, AWMF 2008)
 Diabetisches Fußsyndrom (nach Wagner-Kriström)
 0 1 2 3 4 5
 Dekubitus Grad (nach EPUAP/PUAP, LaMotte 2006)
 0 1 2 3 4
 Ulcus cruris arteriosum, Stadium 4 der pAVK (nach Fehlings, AWMF 2007)
 A B C D
 Sonstiges:
 Ulcus cruris mixtum

Datum							
Fotodokumentation <small>(siehe angelegte Dokumentation)</small>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wundgröße	größte Länge (cm)						
	größte Breite (cm)						
	Tiefe (cm)						
Wunde / Wundgrund	Taschen / Fisteln (cm) (Länge / Ausströmung nach Uhr)						
	Granulationsgewebe						
	Epithelgewebe						
	Fibrinbeläge						
	trockene Nekrose						
	feuchte Nekrose						
	Muskel, Faszie, Sehne						
Exsudat / Transudat: <small>Quantität</small>	Knochen						
	Fettgewebe						
	Dermis						
	kein						
	wenig						
	mittel						

Besuchsbericht - Beatmung

Beatmungsprotokoll	<input type="checkbox"/> vor Ort	<input type="checkbox"/> Telefonisch	
Ventilogic <input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Maske		

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	ID-Nummer:
-------	----------	-------------	------------

Serien-Nr./ ID-Nr. Gerät 1:	Betriebsstunden:
Serien-Nr./ ID-Nr. Gerät 2:	Betriebsstunden:

Modus:						<input type="checkbox"/> PCV	<input type="checkbox"/> aPCV	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> VCV	<input type="checkbox"/> aVCV	<input type="checkbox"/> SIMV
IPAP	hPa	PEEP	hPa	f	/min						
Ti / T	%	I:E		Ti	s						
Trigger Insp.		Trigger Exp.		Triggersperzeit	s						
Druckanstieg Insp.		Druckanstieg Ex.		Volumenkompen.							
Vt		Delta P		IPAP max.	hPa						
LIAM		Delta P LIAM		IPAP max. (LIAM)	hPa						
Ti LIAM	s	Te LIAM	s	Anzahl							
Abstand Insp.											

Alarmer						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
IPAP low	%	(hPa)	hPa	Apnoe	sec		
VT high	ml	VT low.	ml	Frequenz high	f/min		
Frequenz low	f/min	O2 High	%	O2 Low	%		
MV high	l/min	MV low	l/min				

Realwerte: (abgelesene/ tatsächliche Werte)					
IPAP	hPa	EPAP	hPa	f	/min
Ti / T	%	Vti/Vte	ml		

Schlauchsystem: Ein-Schlauchsystem. Doppelschlauchsystem

Beatmungsstunden: 24 Std. Nacht: Std. Tag: Std.

Befeuchtung: Keine Passiv: Aktiv

O₂-Zufuhr: Spontanatmung: l/min, Beatmung: l/min

Trachealkanüle Hersteller

Maske Hersteller: Größe:

mit Ausatemventil oder Swivel Hersteller:

Filterwechsel zurückgestellt Wechsellakku Ventipower

Sind Veränderungen der Beatmungsparameter erforderlich? Ja Nein

Der/Die Versicherte akzeptiert die weitere Nutzung des Hilfsmittels Ja Nein

Bemerkungen / Probleme:		
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Einrichtung:		Besuchsbericht an:
Datum	Unterschrift des Kunden	Name, Unterschrift der exam. Fachkraft WKM



Kostenvoranschläge

- Teilweise elektronisch
- Teilweise zusätzlich in Papierform
- Bei der Einreichung des KV's müssen die notwendigen Formblätter vorliegen, anderenfalls erfolgt keine Bearbeitung des Kostenträgers
- Beleg der Hilfsmittelpoolabfrage
- Werden bei Abrechnungsstellen der Kassen fehlende Angaben entdeckt, kommt der komplette Vorgang wieder zurück



Anzahl der Unterschriften eines Kunden

- Z.B.: Bei einen beatmeten Wachkomapatienten
 - Notwendige Formulare zur Auftragsabwicklung:
 - 10 Unterschriften
 - Besuchsberichte bei Auslieferung und Schulung
 - 4 Unterschriften
 - Lieferscheine
 - 13 Unterschriften bei Medizintechnik
 - 4–6 Unterschriften bei Rehatechnik

Fakten

- Zunahme kurzfristiger Klinikentlassungen
- Steigender bürokratischer Aufwand
- Zeitverlust durch Einhaltung der bürokratischen Vorgaben
- Erhöhte Belastung des Kunden
- Teillieferungen
- Schnelles Reagieren auf Veränderungen erschwert
- Gesetzliche Zuzahlungen / Befreiungen

Ohne die oft überflüssigen Hürden der Bürokratie könnte
– im Interesse aller Beteiligten –
die Überleitung und die Hilfsmittelversorgung wesentlich
schneller und effektiver durchgeführt werden.



**Vielen
Dank !**

