

**Vertrag  
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

**zwischen**

**AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Carl-Wery-Str. 28  
81739 München  
vertreten durch die  
Vorstandsvorsitzende  
Dr. Irmgard Stippler

**und**

**Fachverband für Orthopädie-Technik  
und Sanitätsfachhandel Bayern e.V.**  
Karl-Theodor-Str. 55  
80803 München

**über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen  
Bereich**

**AC/TK 15 02 115**

**in der Fassung vom 01.04.2019**

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen.....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung .....	4
§ 5 Ärztliche Verordnung.....	5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag .....	6
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität .....	7
§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz.....	9
§ 9 Vergütung / Abrechnung .....	9
§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen .....	12
§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten .....	13
§ 12 Werbung .....	14
§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen .....	14
§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages.....	15
§ 15 Schlussbestimmung .....	16
Anlage 1 .....	17
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards.....	17
Beratungsstandards .....	18
Beratung / Einweisung, Schulung und Versorgung.....	19
Richtwerte .....	20
Anlage 2 .....	21
Preisvereinbarung .....	21
Anlage 2a.....	22
Anlage 3 .....	23
Versicherteninformation und Mehrkostenerklärung zur Versorgung mit aufsaugenden .....	23
Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich.....	23
Anlage 4 .....	25
Werbung.....	25
Anlage 5 .....	26
Beitrittserklärung .....	26

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in der Anlage 2a benannten Hilfsmitteln der Produktgruppen 15.25.02.n, 15.25.30.n, 15.25.31.n, 15.25.32.n sowie 19.40.05.n des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.

Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

- Anlage 1 Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
- Anlage 2 Preisvereinbarung
- Anlage 3 Versicherteninformation und Mehrkostenerklärung
- Anlage 4 Werbung
- Anlage 5 Beitrittserklärung

## **§ 2 Geltungsbereich**

1. Der Vertrag gilt für
  - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
  - b) den Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. sowie
  - c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5).
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungsleistungen mit den in der Anlage 2a aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

## **§ 3 Leistungsvoraussetzungen**

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in der Anlage 2a des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt wird.
2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.

3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.
4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der Messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV und das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in der Anlage 2a vereinbarten Vergütungen abgegolten.

#### **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§§ 12 und 70 SGB V). Mit dem Vertrag wird eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung gewährleistet.
4. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (ab 26.05.2017 ausschließlich Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.

5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene-Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten.
6. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Fordert der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
7. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

## **§ 5 Ärztliche Verordnung**

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die AOK Bayern kann bei Folgeversorgungen auf die Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung verzichten.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.

- a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.
  - b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden.
  - c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.
9. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

## **§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag**

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.
2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in der Anlage 2a vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlage 2a von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerung oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
3. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlage 2a immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.

4. Ist gemäß den vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden.
5. Aus dem Kostenvoranschlag gemäß Absatz 4 müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und – soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt – der Preisfindung / Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus der Anlage 2a angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.
6. Anfragen der AOK Bayern beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

## **§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität**

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten. Hierdurch wird das Maß des Notwendigen unter Beachtung der ärztlichen Verordnung festgelegt, mithin die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse produktspezifisch konkretisiert.
2. Die Beratung nach Absatz 1 ist gemäß § 127 Abs. 4a Satz 2 SGB V mit der Anlage 3 schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Für die Beratung und zur Feststellung des notwendigen Bedarfs gemäß Absatz 1 legt der Leistungserbringer die ärztliche Verordnung, den Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ sowie die Richtwerte gemäß Anlage 1 zugrunde.
4. Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten bei der Erstversorgung die Versicherteninformation gemäß der Anlage 3 aus. Anstelle der Anlage 3 können eigene Formulare mit entsprechenden Inhalten verwendet werden. Der Leistungserbringer hat im Zweifelsfall den Nachweis zu erbringen, dass dem Versicherten die Information ausgehändigt wurde. Der Leistungserbringer soll sich vor der Erstversorgung vergewissern, ob der Versicherte vorher von einem anderen Leistungserbringer beliefert wurde.
5. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des

Versicherten und die konkrete Aufzahlungshöhe sind in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung. Die Aufbewahrung der Dokumentation kann auch elektronisch erfolgen.

6. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und – soweit erforderlich – der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.
7. Die AOK Bayern akzeptiert eine einmalige ärztliche Verordnung. Zum Nachweis der weiteren Notwendigkeit kann nach Ablauf von jeweils 12 Monaten eine Anschlussverordnung vorgelegt werden. Abweichend von Satz 1 ist bei einem Wechsel des Leistungserbringers eine neue ärztliche Verordnung notwendig. Die ärztliche Verordnung ist im ersten Abrechnungsmonat im Original beizufügen. In den folgenden Monaten wird auf eine Kopie dieser verzichtet.
8. Gibt der Leistungserbringer eine Menge an den Versicherten ab, die den Bedarf für mehr als einen Monat deckt und kann der Versicherte die den Monat übersteigende Menge nicht in Anspruch nehmen (z.B. bei Tod), ist der Leistungserbringer zur Rückvergütung verpflichtet.
9. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.
10. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, wird dem Versicherten eine Möglichkeit zur Anprobe gegeben. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
11. Die korrekte Anwendung der im Vertrag vereinbarten Hilfsmittel umfasst – soweit erforderlich – auch die Schulung von Pflegekräften im ambulanten und / oder vollstationären Bereich (hierzu zählen u. a. Einrichtungen zum betreuten Wohnen, Behindertenwohnheime, Einrichtungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Rehabilitationskliniken), die den Versicherten betreuen. Abhängig vom Produkt ist unter Beachtung der Herstellervorgaben und des MPG sowie bei Nachlieferungen von Verbrauchshilfsmitteln ein Versand zulässig.
12. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt erfolgen. Die Einzelheiten sind in § 11 geregelt.
13. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
14. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
15. Der Leistungserbringer setzt die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPG.



16. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

### **§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz**

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK Bayern.
3. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
4. 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, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
5. Der Leistungserbringer hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.
6. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.
7. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Bayern die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Bayern umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsungen von Versicherten der AOK Bayern zu übermitteln.

### **§ 9 Vergütung / Abrechnung**

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m<sup>2</sup> bis maximal 100 g/m<sup>2</sup>) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen. Neben der Bestätigung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder dem gesonderten Nachweis ist als Empfangsbestätigung auch der Nachweis (z. B. Lieferschein, Paketverfolgungsnummer) für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, Post, UPS, etc.) zulässig. Diese Nachweise sind der Abrechnung nicht beizufügen, können jedoch im Einzelfall bei Bedarf von der AOK Bayern angefordert werden.

2. Die Vergütung ist in der Anlage 2a geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. und ist für Verbrauchshilfsmittel auf max. 10 EUR monatlich begrenzt; dies gilt auch, wenn unterschiedliche Verbrauchshilfsmittel aus verschiedenen Produktgruppen bezogen werden. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Bestellrhythmus für jeden Monat zu entrichten. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach der Anlage 2a sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehalten. § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
8. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind unter Berücksichtigung der Angaben in der ärztlichen Verordnung sowie der durch den Leistungserbringer festgestellten Bedarfsermittlung für den Zeitraum abzurechnen, bei dem es sich um eine ausreichende, zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende und wirtschaftliche Versorgung handelt. Der Versorgungszeitraum für die Abrechnung bzw. die Anzahl der Hilfsmittel darf hierbei den Zeitraum bzw. Bedarf von maximal 3 Monaten nicht überschreiten. In diesen Fällen ist der ersten Abrechnung die Verordnung im Original beizufügen.
9. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Weist die 10-stellige Hilfsmittelnummer kein konkretes Einzelprodukt aus, ist bei der Abrechnung zusätzlich der Hersteller und die Artikelnummern oder die PZN des Produktes im Textfeld anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tariffkennzeichen 15 02 115) zwingend erforderlich.
10. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist das Genehmigungskennzeichen anzugeben. Bei der Abrechnung von Folgepauschalen, deren Erstversorgung genehmigungspflichtig war, sind das hierbei ausgewiesene Genehmigungskennzeichen sowie der Zeitraum der Pauschale anzugeben.
11. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.

12. Stellt die AOK Bayern während eines Pauschalzeitraums die Lieferung und Zahlungen an einen anderen Vertragspartner fest, werden diese Kosten bei der nächsten Abrechnung des Leistungserbringers in Abzug gebracht. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass er dies nicht zu vertreten hat.
13. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen der Anlage 2a sowie das Institutionskennzeichen der abgebenden Betriebsstätte des Leistungserbringers zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss der Leistungserbringer eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung (z.B. bei Reparatur) erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtige Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist unzulässig. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.
14. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
15. Die AOK Bayern 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 AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
16. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.
17. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 2a vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 15 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 15. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.
18. Die Aufrechnung und / oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

## **§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise.  

Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.
3. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
4. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, 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.
6. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
7. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
8. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.
9. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

## § 11 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Rezeptsammelstellen in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem anzunehmen, wenn
  - aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
  - die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
  - der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
  - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Der Leistungserbringer gewährleistet für die aus dem Depot überlassenen Hilfsmittel die einwandfreie Qualität. Er qualifiziert gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV den Arzt im Umgang mit den Hilfsmitteln, es sei denn, diese Einweisung ist bereits durch den Hersteller oder eine andere dazu befugte Person erfolgt.
4. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.
5. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
6. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Ordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.
7. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

## **§ 12 Werbung**

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

## **§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen**

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 5a SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 5a SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 5b SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.
5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
  - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen
  - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
  - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 und 4
  - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
  - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
  - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3

- g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2)
  - h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 4 bis 7)
  - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
  - j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
  - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
  - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbeitrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Nettorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.
  7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
  8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

#### **§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.04.2019 in Kraft. Für genehmigungsfrei abrechenbare Hilfsmittel ist der Zeitpunkt der Abgabe maßgebend; bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln der Tag der ärztlichen Verordnung. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2021 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in der Anlage 2a vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.
4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlage 2a) kann von der AOK Bayern oder dem vertragsschließenden Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2020 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

## § 15 Schlussbestimmung

1. Änderungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
3. Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Fachverband für Orthopädie-Technik und  
Sanitätsfachhandel Bayern e.V.



# **Anlage 1**

## **zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich mit dem FAB**

### Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sicher. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der AOK Bayern sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Zur unmittelbaren hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungsbringer ausschließlich geschulte Fachkräfte ein. Diese Fachkräfte verfügen über die Kompetenz die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Harninkontinenz zu beurteilen. Sie können präventiv beraten und klären den Versicherten bei Verdacht auf Hautschädigungen, Harnwegsinfekten oder bei anderen Komplikationen auf, dass umgehend der behandelnden Arzt zu kontaktieren ist. Die aufgetretenen Komplikationen sind zudem zu dokumentieren.

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie Änderungen, Instandsetzungen, Instandhaltungen und Ersatzbeschaffung gewährleistet werden kann.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten – soweit erforderlich – über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation / Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und die Einsicht das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld.

Die Produkte müssen eine in der Verwendung, bei der Aufnahme, gegen das Auslaufen und gegen den Geruch sichere, optisch unauffällige, hautfreundliche, nicht grob in der Bewegung, Selbstständigkeit und Leben einschränkende Versorgung nach den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis ermöglichen.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist – soweit erforderlich – mit dem Ausprobieren durch den Versicherten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Versicherte erhält die Gebrauchsanweisung sowie die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Die Auslieferung der Inkontinenzhilfen ohne Beratungsbedarf kann durch beauftragte Dritte erfolgen. Die Anforderungen an das Fachpersonal finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet. Zudem ist zur Krankenhausentlassung die Versorgung im häuslichen Bereich sicherzustellen. Die Lieferung ist auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung vorzunehmen. Ein Lieferschein ist bei jeder Lieferung beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen enthält.

Die laufende Nachlieferung mit Inkontinenzartikeln erfolgt durch den Leistungserbringer in jedem Versorgungszeitraum (Monat) frei Haus.

Der Leistungserbringer stellt für die Auftragserteilung sowie für Notfälle und / oder ggf. auftretende Komplikationen eine telefonische Erreichbarkeit sicher, in dem er von Montag bis Freitag, von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinaus gehenden Geschäftszeiten für Versicherte erreichbar ist. Die Telefonnummer, der Name und die Anschrift des Leistungserbringers ist dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben. Ausgenommen von den gewöhnlichen Telefonkosten dürfen dem Versicherten und / oder der Krankenkasse hierfür keine Kosten entstehen.

### **Beratungsstandards**

Der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“, die Hygieneempfehlungen des Robert Koch Institutes sowie die AWMF-Leitlinien gelten entsprechend.

Der Leistungserbringer hat die Beratung, Betreuung, Schulung und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und / oder der Betreuungs- oder Pflegeperson(en) mit Inkontinenzartikeln sicherzustellen. Falls erforderlich, erfolgt eine persönliche Beratung beim Versicherten vor Ort oder in der Betriebsstätte des Leistungserbringers.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese mit den pflegenden Angehörigen und / oder bei Bedarf mit dem beteiligten Pflegedienst durchgeführt.

Die einzelnen Beratungsgespräche, die erfolgte Einweisung und Nachbetreuung / Schulung sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren und der AOK Bayern auf Verlangen nachzuweisen.

Eine Verpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer Auskünfte zu erteilen, wird durch den Vertrag nicht begründet. Weigert sich der Versicherte, die für die Dokumentation erforderlichen Angaben zu machen, ist in der Patientendokumentation zu vermerken, dass der Versicherte die zum Ausfüllen erforderlichen Angaben bzw. die Erhebungen durch die Fachkraft des Leistungserbringers abgelehnt hat. Dem Leistungserbringer entsteht dadurch kein Nachteil. Werden die für die Versorgung erforderlichen Angaben nicht vollständig bzw. falsch angegeben, kann der Leistungserbringer die Versorgung ablehnen.

## **Beratung / Einweisung, Schulung und Versorgung**

Der Leistungserbringer führt mit dem Versicherten / der Betreuungsperson / dem Pflegepersonal zu Beginn jeder Erst- und Umversorgung ein persönliches oder telefonisches Beratungs- und Informationsgespräch zur Bedarfsermittlung, bei der der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln zur Inkontinenztherapie für den laufenden Versorgungszeitraum individuell in Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Mitarbeitern des Leistungserbringers und dem Versicherten, unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung, ermittelt wird. Dieses Gespräch dient zudem der Anwendung der Inkontinenzartikel, um den Versicherten / die Betreuungsperson / den Pflegedienst in die Lage zu versetzen, die Inkontinenzartikel im alltäglichen Gebrauch einzusetzen. Falls erforderlich ist auch eine persönliche Beratung und Einweisung beim Versicherten zu Hause oder an anderen Örtlichkeiten (z. B. Krankenhaus) durchzuführen. Hierzu nimmt der Leistungserbringer zur Terminvereinbarung unverzüglich Kontakt mit dem Versicherten / der Betreuungsperson / dem Pflegepersonal auf.

Im Rahmen der Erstversorgung stellt der Leistungserbringer zudem dem Versicherten bei der Beratung eine hinreichende Auswahl geeigneter aufzahlungsfreier Inkontinenzhilfen und – soweit erforderlich – eine kostenlose Bemusterung zur Verfügung. Speziell für den Bereich der aufsaugenden Inkontinenz gelten mindestens zwei anwendbare aufzahlungsfreie Versorgungsvarianten in anatomisch passender Größe als hinreichend.

Darüber hinaus gehende telefonische und / oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt. Für die genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die geschulten Fachkräfte einzusetzen.

Die Beratung erfolgt insbesondere in den folgenden Gebieten:

- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung sowie Aufklärung über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen sowie im Einzelfall notwendige Nachbetreuung
- Hinweise zur Ernährung und zum Trinken
- Beratung zum Umgang mit ergänzenden Hilfsmitteln (z.B. Toilettenstuhl)
- soweit erforderlich Hinweise zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Anleitung des Versicherten / Angehörigen / Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung mit Inkontinenzhilfen
- Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel.

Der Leistungserbringer gibt dem Versicherten eine Versorgungsempfehlung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel und stellt ihm die Gebrauchsanleitung zur Verfügung. Zudem händigt er dem Versicherten bei der Erstversorgung die Versicherteninformation gemäß der Anlage 3 aus. Dies gilt auch für Versicherte in laufender Versorgung, die nach Vertragsbeginn erstmalig eine aufzahlungspflichtige Versorgung beziehen. Die Anlage kann auch mit einem anderen Layout verwendet werden, soweit sie inhaltlich nicht abweicht. Der Leistungserbringer hat im Zweifelsfall den Nachweis zu erbringen, dass dem Versicherten die Information ausgehändigt wurde. Der Leistungserbringer soll sich vor der Versorgung vergewissern, ob der Versicherte vorher von einem anderen Leistungserbringer beliefert wurde. In diesem Fall verständigt der Leistungserbringer den vorher liefernden Leistungserbringer von der Wechselentscheidung des Versicherten.

## Richtwerte

Die nachfolgend aufgeführten Richtwerte dienen als Anhaltspunkte für den Verbrauch mit den jeweiligen Produkten im Rahmen einer adäquaten Versorgung. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung des individuellen, medizinisch erforderlichen Bedarfs über oder unter den Richtwerten liegen.

<b>Positionsnummer</b>	<b>Produktbezeichnung</b>	<b>Verbrauch innerhalb von 30 Kalendertagen</b>
15.25.02	Netzhosen für Inkontinenzvorlagen nur in Verbindung mit der Versorgung von saugenden Inkontinenzvorlagen	15 Netzhosen pro Monat
15.25.30	saugende Inkontinenzvorlagen	3 bis 6 Stück pro Tag
15.25.31	saugende Inkontinenzhosen	3 bis 6 Stück pro Tag
15.25.32	wiederverwendbare saugende Inkontinenzhosen	keine Angabe

**Anlage 2**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen**  
**Bereich mit dem FAB**

Preisvereinbarung

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in der Anlage 2a genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlage 2a regelt die Vergütung mit kalendermonatlichen Pauschalen für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in der Anlage 2a vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 5 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Einweisung, Schulung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.
3. Die Pauschale kann je Versicherten für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal abgerechnet werden. Entfällt der Leistungsanspruch des Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat (z.B. stationäre Behandlung), berechnet der Leistungserbringer diesen Zeitraum nicht. Teilmonate (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus oder Tod des Versicherten) führen zu keiner Reduzierung des monatlichen Erstattungsbetrages. Wird der Krankenkasse erst nachträglich bekannt, dass der Vergütungsanspruch für einen vollen Kalendermonat entfallen ist, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Monat erfolgen.
4. Sofern Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05. alternativ oder begleitend zu den Inkontinenzhilfen der Produktuntergruppen 15.25.02., 15.25.30., 15.25.31. und 15.25.32. eingesetzt werden, sind diese – sofern sie medizinisch notwendig sind – mit der Pauschale abgegolten.
5. Zeitgleiche Versorgungen mit ableitenden und aufsaugenden Inkontinenzprodukten sind nur im Zusammenhang mit einer Stuhlinkontinenz abrechnungsfähig. Dies gilt auch bei Abgabe durch zwei unterschiedliche Vertragspartner. Versorgungswechsel innerhalb eines Monats werden hierbei nicht berücksichtigt.

**Anlage 2a**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen**  
**Bereich mit dem FAB**

**Vergütung für saugende Inkontinenzartikel (Produktuntergruppen 15.25.02., 15.25.30., 15.25.31., 15.25.32.) - Versorgungsbereich 15A8 / 15A10**

Positionsnummer *	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	nachrichtlich Preis in EUR brutto	Genehmigungspflicht
15.25.02.n 15.25.30.n 15.25.31.n 15.25.32.n	<b>kalendermonatliche Pauschalen für saugende Inkontinenzartikel</b> beinhalten Netzhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen sowie wiederverwendbare Inkontinenzhosen Krankenunterlagen der Produktuntergruppe 19.40.05. alternativ oder begleitend sind mit den Pauschalen abgegolten						
15.99.99.2001	Abrechnungsposition der Inkontinenzpauschalen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr – Erstversorgung	pro Monat	08/06	17,65	1	21,00	
15.99.99.2001	Abrechnungsposition der Inkontinenzpauschalen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr – Folgeversorgung	pro Monat	09/06	17,65	1	21,00	
15.00.99.9922	Abrechnungsposition der Inkontinenzpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr – Erstversorgung	pro Monat	08/06	31,93	1	38,00	
15.00.99.9922	Abrechnungsposition der Inkontinenzpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr – Folgeversorgung	pro Monat	09/06	31,93	1	38,00	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

**Anlage 3**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich mit dem FAB**

**Versicherteninformation und Mehrkostenerklärung zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich**

(mit Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 4a SGB V)

Angaben zum Leistungserbringer

Firma: \_\_\_\_\_

IK: \_\_\_\_\_

Angaben zum Versicherten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Der oben genannte Leistungserbringer stellt für Sie ab \_\_\_\_\_ die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen sicher. Der Vertrag mit dem Leistungserbringer sieht vor, dass die Vergütung seiner Leistung in Form von Monatspauschalen erfolgt. Hierzu sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie:

- Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Inkontinenzhilfen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes 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 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.
- Die Versorgung mit Inkontinenzhilfen einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen wird durch den oben genannten Leistungserbringer sichergestellt. Dieser bietet unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung eine aufzahlungsfreie Versorgung an, die ausreichend und zweckmäßig ist. Wenn Sie eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung (d.h. Mehrleistung) wünschen, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten und Folgekosten 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 o. g. Firma, wenn Lieferungen von Inkontinenzhilfen sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden.
- Ein Wechsel des Leistungserbringers ist erst nach 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. 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.
- Bitte informieren Sie Ihren Leistungserbringer rechtzeitig (ca. 1 Woche) über notwendige Lieferungen von Inkontinenzhilfen.
- Bitte achten Sie auf die korrekte Lagerung und die fachgerechte Entsorgung der Ihnen gelieferten Artikel.
- Sollten Unstimmigkeiten bei Ihrer Versorgung auftreten, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihre Krankenkasse.

Durch ärztliche Verordnung vom \_\_\_\_\_ wurde mir das/die nachfolgend bezeichnete/n Hilfsmittel verordnet:

\_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass mich mein gewählter Leistungserbringer vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V, umfassend beraten hat.

Die Beratung zeigte mir auf, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen (z. Bsp.: notwendige Anpassungen, Änderungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels) in meiner konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung meiner individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Ich wurde hierbei über das vorhandene Angebotsspektrum der in Betracht kommenden Produkte / Hilfsmittel informiert, die als Sachleistung ohne Mehrkosten für mich beansprucht werden können.

Folgende Produkte wurden angeboten und bemustert:

Aufzahlungsfrei

Aufzahlungspflichtig

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Im Ergebnis der Beratung habe ich mich bewusst für eine der folgenden Versorgungsvarianten entschieden:

- aufzahlungsfreie Versorgung unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung, die medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist
- aufzahlungspflichtige Versorgung, welche mit von mir zu tragenden Mehrkosten und gegebenenfalls höheren Folgekosten (z.B. bei Reparaturen und Wartungen) verbunden ist

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Versicherte/r



## **Anlage 4** **zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen** **Bereich mit dem FAB**

### **Werbung**

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung auf bestimmte Produkte.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, da die Kosten von seiner Krankenkasse übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenkasse. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenkasse wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Anzeigen in Print- oder elektronischen Medien, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll. Die Verwendung von Produktkatalogen zur Information und Beratung zählen nicht als unzulässige Werbung.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenkasse durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der gezielte Hinweis an Versicherte auf vorgeschriebene sicherheits- und messtechnische Kontrollen sowie vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gelten nicht als unzulässige Werbung.

**Anlage 5**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen**  
**Bereich mit dem FAB**

**Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15 02 115)**

**Beitrittserklärung**

\_\_\_\_\_  
(Name des Leistungserbringers)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl und Ort)

\_\_\_\_\_  
(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir ab \_\_\_\_\_ meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. zum 01.04.2019 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir lasse/n den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich/uns gelten. Als Vertragspartner erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 13 Abs. 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.