

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung
mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen
im ambulanten Bereich**

zwischen der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Sternplatz 7, 01067 Dresden**

vertreten durch den Vorstand,

dieser hier vertreten durch den Bereichsleiter Vertragsmanagement Hilfsmittel
Herrn Ludwig Gautsch

- im Folgenden „AOK PLUS“ genannt -

und der

Firma

vertreten durch *Stellenbezeichnung*
Frau/Herrn Name Vorname

- im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt -

in der Fassung des 2. Nachtrags vom 1. April 2017

Inhaltsübersicht

Teil I	5
Allgemeine Bestimmungen	5
1. Gegenstand der Allgemeinen Bestimmungen.....	5
2. Geltungsbereich der Allgemeinen Bestimmungen	5
3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung	6
4. Grundsätze der Leistungserbringung	6
5. Ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln	8
6. Umfang der Leistung	8
7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren.....	9
8. Instandhaltung und Instandsetzung	11
9. Gesetzliche Zuzahlung	12
10. Eigenanteil	12
11. Aufzahlungen	12
12. Gewährleistung	13
13. Garantie	13
14. Grundsätze der Vergütung	13
15. Allgemeine Abrechnungsgrundsätze	14
16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit	16
17. Insolvenz.....	17
18. Qualitätssicherung	17
19. Datenschutz, Schweigepflicht.....	18

Teil II	19
Besondere Bestimmungen	19
1. Gegenstand der Besonderen Bestimmungen.....	19
2. Geltungsbereich der Besonderen Bestimmungen	19
3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung	19
4. Grundsätze der Leistungserbringung	21
5. Ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln.....	22
6. Umfang der Leistung	23
7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren.....	26
8. Instandhaltung und Instandsetzung.....	26
9. Gesetzliche Zuzahlung.....	26
10. Eigenanteil	26
11. Aufzahlungen	27
12. Gewährleistung	27
13. Garantie	27
14. Grundsätze der Vergütung	27
15. Spezielle Abrechnungsgrundsätze	27
16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit	28
17. Insolvenz.....	29
18. Qualitätssicherung	29
19. Datenschutz, Schweigepflicht.....	29
20. Verstöße gegen diese Bestimmungen.....	29
21. Inkrafttreten, Dauer und Kündigung.....	31
22. Formvereinbarung.....	31
23. Salvatorische Klausel.....	31
Anlage 1 – Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung.....	33
Anlage 2 – Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten	35
Anlage 3 – Elektronische Übermittlung von Kostenvoranschlägen (eKVA)	39
Anlage 4 – Elektronische Empfangsbestätigung	41
Anlage 5 – Versorgungs- und Lieferhistorie	43

Präambel

1. Dieser Vertrag wird als Einzelvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringer geschlossen.
2. Mit den Leistungserbringerverbänden oder -organisationen wird der vorliegende Vertrag als Rahmenvertrag geschlossen.
3. Um die Versorgungsberechtigung zu erlangen, haben Leistungserbringer, die Mitglied der Leistungserbringerverbände oder -organisationen sind oder auch nicht den vertragsschließenden Leistungserbringerverbänden oder -organisationen angehören, durch die Abgabe einer Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2a SGB V einen gesondert kündbaren Einzelvertrag mit dem Inhalt dieses Rahmenvertrages zu schließen. Bedingung ist, dass die Leistungserbringer die Voraussetzungen jeweils nach Ziffer 3. der Allgemeinen und Besonderen Bestimmungen vor Vertragsabschluss nachgewiesen haben.
4. Die AOK PLUS informiert den Leistungserbringer nach Abschluss der Prüfung der fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen schriftlich darüber, ob der Einzelvertrag zustande gekommen ist.
5. Der Vertrag wird den Mitgliedsbetrieben von den Leistungserbringerverbänden oder -organisationen zur Verfügung gestellt. Die Leistungserbringerverbände oder -organisationen teilen der AOK PLUS die Namen und Anschriften der Mitgliedsbetriebe jeweils zum Anfang des Kalenderhalbjahres mit.
6. Dieser Vertrag gilt für die Versorgung der Versicherten der AOK PLUS.

Teil I

Allgemeine Bestimmungen

1. Gegenstand der Allgemeinen Bestimmungen

- 1.1. Die Allgemeinen Bestimmungen regeln die Grundsätze bei der Versorgung der Versicherten der AOK PLUS mit Hilfsmitteln einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen für den jeweiligen Einzelfall.
- 1.2. Darüber hinaus sind in den Allgemeinen Bestimmungen die Anforderungen an die grundsätzliche Eignung der Leistungserbringer, Vergütungs- und Abrechnungsgrundsätze sowie sonstige Bestimmungen zur Abgabe von Hilfsmitteln an die Versicherten der AOK PLUS festgelegt.

2. Geltungsbereich der Allgemeinen Bestimmungen

Die Regelungen der Allgemeinen Bestimmungen sind grundsätzlich bei allen Versorgungsleistungen zu beachten.

3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung

- 3.1. Leistungserbringer sind nur zur Abgabe von Hilfsmitteln befugt, wenn sie die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. § 78 Abs. 1 S. 3 SGB XI erfüllen. Für die Beurteilung der Voraussetzungen nach Satz 1 gelten die „Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ gemäß § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- 3.2. Die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. der Allgemeinen Bestimmungen sind von jedem Leistungserbringer vor Abschluss eines Einzelvertrages nachzuweisen und während der gesamten Vertragslaufzeit sicherzustellen.
- 3.3. Die AOK PLUS geht von der Erfüllung der Voraussetzungen aus, wenn eine Bestätigung einer geeigneten Stelle nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V vorliegt. Die Bestätigung allein berechtigt nicht zur Leistungserbringung.
- 3.4. Sämtliche, die Eignung betreffenden Umstände und Änderungen (z. B. Wechsel des fachlichen Leiters, Verlegung der Betriebsstätte) sind der AOK PLUS unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Sofern eine geeignete Stelle nach § 126 Abs. 1a S. 3 SGB V dem Leistungserbringer die Eignung bestätigt hat (Präqualifizierungsbestätigung), ist diese geeignete Stelle ebenso zu informieren. Nimmt die geeignete Stelle Änderungen vor, ist die geänderte Bestätigung der AOK PLUS unverzüglich vorzulegen. Anderenfalls entfällt die Versorgungsberechtigung.
- 3.5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung über folgende angemessene Versicherungssummen je Versicherungsfall
- mind. 2.000.000,00 EUR bei Personenschäden und
 - mind. 500.000,00 EUR bei Sachschäden

abzuschließen und zu halten. Auf Verlangen der AOK PLUS ist das Bestehen dieser Betriebshaftpflichtversicherung nachzuweisen.

4. Grundsätze der Leistungserbringung

- 4.1. Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse entsprechende pass- und funktionsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dabei ist sicherzustellen, dass insbesondere handwerklich individuell zu fertigende Leistungen sowie Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen nur vom Fachpersonal indikationsgerecht erbracht werden.
- 4.2. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach den gleichen Grundsätzen und gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung.
- 4.3. Die Annahme der Verordnung, die Ausführung und Abgabe von Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Eignung auf jede auszuführende Leistung und die geprüfte Betriebsstätte erstreckt. Anderenfalls besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS.
-

- 4.4. Sämtliche Leistungen nach diesem Vertrag sind grundsätzlich in der nach Ziffer 3.1. der Allgemeinen Bestimmungen geprüften Betriebsstätte zu erbringen. Ausnahmsweise dürfen die Leistungen außerhalb der Betriebsstätte erbracht werden, wenn sich der/die Versicherte in stationärer Behandlung befindet oder sie im Haushalt des Versicherten erfolgen müssen. Anderenfalls besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS.
- 4.5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, unter Beachtung der Vorschriften der §§ 2, 12 SGB V und §§ 4 Abs. 3, 29 Abs. 1 SGB XI die Versicherten qualitätsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich mit Hilfsmitteln zu versorgen.
- 4.6. Die Auswahl und gegebenenfalls die Anzahl der Hilfsmittel richten sich nach dem medizinisch bzw. pflegerisch indizierten Bedarf. Bei der Auswahlentscheidung zur Versorgung der Hilfsmittel soll den Wünschen des Versicherten entsprochen werden, soweit diese das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten und angemessen sind. Darüber hinaus ist die bisherige Versorgung zu berücksichtigen.
- 4.7. Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nach den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V bzw. des Pflegehilfsmittelverzeichnisses gemäß § 78 Abs. 2 SGB XI und unter Beachtung der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung.
- 4.8. Unabhängig von der Versorgungsform übernimmt der Leistungserbringer alle Verpflichtungen, die sich für die Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere aus dem Medizinproduktegesetz (MPG) sowie den zu seiner Ausführung ergangenen Rechtsverordnungen und dem Heilmittelwerbegesetz (HWG), in der jeweils gültigen Fassung ergeben.
- 4.9. Hilfsmittel sind, sofern erforderlich, nach Maßgabe der Vorschriften des MPG zu kennzeichnen. Darüber hinaus sind Sonderanfertigungen dauerhaft und lesbar mit Angabe des Monats und des Jahres der Abgabe zu kennzeichnen.
- 4.10. Privatrechtliche Vereinbarungen zur Kostentragung durch den Versicherten sind nur zulässig:
- vor einer Entscheidung der AOK PLUS über die Kostenübernahme, nachdem der Versicherte über eine mögliche Ablehnung der Kosten aufgeklärt wurde und trotzdem auf einer umgehenden Versorgung besteht,
 - nach erfolgter und dem Versicherten bekannt gewordener Ablehnung der Kostenübernahme durch die AOK PLUS.

Die Regelungen des § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V bleiben unberührt.

- 4.11. Der Leistungserbringer vermittelt dem Versicherten, dass es sich bei seiner Versorgung um eine Leistung der AOK PLUS handelt und stärkt damit das Image der AOK PLUS. Aus Servicegesichtspunkten setzt der Leistungserbringer den Versicherten bei Bedarf über die Servicetelefonnummer der AOK PLUS (0800 1059000) in Kenntnis.

5. Ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln

- 5.1. Leistungen dürfen grundsätzlich nur auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden, die die AOK PLUS als Kostenträger ausweist. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar, sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt wurde. Im Rahmen des Entlassmanagements ist eine Verordnung nach § 6a der Hilfsmittel-Richtlinie durch den Krankenhausarzt ausreichend.
- 5.2. In Ausnahmefällen ist eine Klinikempfehlung (Hilfsmittelpfehlung eines Krankenhausarztes) ausreichend, sofern das Hilfsmittel während einer stationären Behandlung aus medizinisch-therapeutischen Gründen erforderlich ist und nach Entlassung des Versicherten eine unverzügliche Versorgung im häuslichen Bereich sichergestellt werden muss und die empfohlenen Hilfsmittel nicht bereits mit der Vergütung der Krankenhausleistung abgegolten sind.
- 5.3. Der Leistungserbringer hat darauf hinzuwirken, dass die vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln oder Arzneimitteln sowie von mehreren Hilfsmitteln auf separaten vertragsärztlichen Verordnungen bzw. Klinikempfehlungen erfolgt. Mischverordnungen werden von der AOK PLUS nicht akzeptiert.
- 5.4. Die vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung muss jeweils zeitlich vor bzw. auf den Tag der Abgabe des Hilfsmittels datiert sein.
- 5.5. Die vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung verliert ihre Gültigkeit, sofern nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung mit der Hilfsmittelversorgung begonnen wird. Wenn der Leistungsantrag auf Versorgung (Kostenvoranschlag) innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK PLUS eingeht, gilt die Frist als gewahrt.
- 5.6. Notwendige Änderungen und/oder Ergänzungen auf einer vertragsärztlichen Verordnung oder Klinikempfehlung sind erst nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen.

6. Umfang der Leistung

- 6.1. Die Leistungen haben der vertragsärztlichen Verordnung bzw. Klinikempfehlung bzw. dem genehmigten Kostenvoranschlag zu entsprechen.
- 6.2. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel mit einer Hilfsmittelpositionsnummer eingesetzt.
- 6.3. Individuell angefertigte Hilfsmittel (Maßartikel) oder Teile dessen dürfen nur dann abgegeben werden, wenn die Versorgung nicht über ein Serien-/modulares Produkt (Konfektion oder Maßkonfektion) abgedeckt werden kann.
- 6.4. Hat der Arzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Verwendung der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Leistungserbringer nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt zusätzlich zur Diagnose eine produktspezifische medizinische Begründung speziell für diese Versorgung angegeben hat. Fehlt die Begründung oder trägt sie inhaltlich das verordnete Produkt nicht, hat die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Produktart zu erfolgen.

- 6.5. Die Ausführung der angenommenen vertragsärztlichen Verordnung/Klinikempfehlung erfolgt bei der Versorgung mit genehmigungsfreien konfektionierten Hilfsmitteln grundsätzlich ohne schuldhaftes Zögern binnen fünf Werktagen und bei genehmigungspflichtigen konfektionierten Hilfsmitteln innerhalb der gleichen Frist nach Zugang der Genehmigung der AOK PLUS (Auftragserteilung). Dies gilt insbesondere bei Erstversorgungen. Für individuell hergestellte Hilfsmittel oder Hilfsmittel mit spezieller elektrischer und/oder handwerklicher Zurichtung gilt grundsätzlich ohne schuldhaftes Zögern eine Frist von sechs Wochen nach Zugang der Genehmigung der AOK PLUS (Auftragserteilung). Diese Fristen gelten nicht für Hilfsmittel, die der Versicherte aus medizinischen Gründen früher oder unverzüglich benötigt. Überschreitungen der Fristen sind vom Leistungserbringer gegenüber der AOK PLUS schriftlich zu begründen. Kommt der Leistungserbringer dieser Pflicht nicht nach, behält sich die AOK PLUS vor, einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen.
- 6.6. Vor Anpassung und Abgabe eines Hilfsmittels ist der Versicherte und gegebenenfalls ein Angehöriger bzw. eine betreuende Person umfassend durch den Leistungserbringer zu beraten. Der Leistungserbringer hat in den bestimmungsgemäßen Gebrauch des abgegebenen Hilfsmittels, insbesondere nach den spezifischen Herstellervorgaben, einzuweisen. Sofern erforderlich, wird der Versicherte in seinem Haushalt mit Hilfsmitteln beraten und versorgt. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Mehraufwendungen werden grundsätzlich nicht vergütet.
- 6.7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Versicherten persönlich oder gegebenenfalls von einem Angehörigen bzw. einem gesetzlichen Vertreter den Empfang der Leistungen unter Angabe des Datums bestätigen zu lassen. Liegt eine vertragsärztliche Verordnung vor, hat die Bestätigung grundsätzlich auf der Rückseite zu erfolgen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig. Ohne Empfangsbestätigung (einschließlich Datum) besteht kein Vergütungsanspruch.
- 6.8. Nimmt ein Versicherter das für ihn vorgesehene Hilfsmittel nicht in Empfang, so ist er vom Leistungserbringer dreimal schriftlich im Zeitraum von zwölf Wochen zur Abholung aufzufordern. Dies gilt nicht bei Tod des Versicherten. Wird das Hilfsmittel auch nach Aufforderung nicht abgeholt, verbleibt es beim Leistungserbringer und kann für andere Versicherte der AOK PLUS eingesetzt werden. Die AOK PLUS behält sich vor, die Ursachen zu klären. Individuell gefertigte Hilfsmittel sind auf Abruf drei Monate ab Rechnungslegung gegenüber der AOK PLUS bereitzuhalten.

7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren

- 7.1. Die Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf grundsätzlich eines vorherigen Leistungsantrags auf Versorgung (Kostenvoranschlag) und dessen Genehmigung durch die AOK PLUS. Der Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird als Leistungsantrag des Versicherten gewertet.
- 7.2. Abweichend von Ziffer 7.1. der Allgemeinen Bestimmungen entfällt die Genehmigungspflicht bei Hilfsmitteln, deren Abgabepreis je verordnetes Hilfsmittel 160,00 EUR (inkl. MwSt.) nicht überschreitet.

- 7.3. Maßnahmen zur Instandhaltung oder Instandsetzung nach Ziffer 8. der Allgemeinen Bestimmungen können bis zu einer Höhe von 250,00 EUR (inkl. MwSt.) ohne Genehmigung durch die AOK PLUS unter folgenden Voraussetzungen durchgeführt werden:
- Instandhaltungsmaßnahmen bei Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung des Versicherten,
 - Instandsetzungsmaßnahmen bei Vorliegen eines schriftlich dokumentierten, vom Versicherten erteilten Auftrages (Instandsetzungs-/Reparaturschein).
- 7.4. Die AOK PLUS kann jederzeit sowohl die Genehmigungsfreigrenzen als auch die Regelungen über die Genehmigungspflicht verändern. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer bzw. den Leistungserbringerverbänden oder -organisationen mitzuteilen. Wird der Vertrag mit Leistungserbringerverbänden oder -organisationen geschlossen, informieren diese ihre Mitglieder.
- 7.5. Vor einer Auftragserteilung in Form der Genehmigung durch die AOK PLUS ist der Leistungserbringer bei Vorliegen des schriftlichen Einverständnisses des Versicherten zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet.
- 7.6. Der Kostenvoranschlag hat regelmäßig folgende Angaben zu enthalten:
- Name, Vorname, Adresse und KV-Nummer des Versicherten,
 - Bezeichnung und Menge der/s Artikel/s,
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. bei noch nicht gelisteten Hilfsmitteln die 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer und wenn bekannt, die kassenspezifische Positionsnummer,
 - Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers,
 - gegebenenfalls Materialaufwand, Arbeitszeiten und Stundensätze und deren Erläuterungen,
 - gegebenenfalls Mietzeitraum bzw. Versorgungszeitraum,
 - gegebenenfalls abzusetzender Eigenanteil und gesetzliche Zuzahlung,
 - Nettopreis,
 - Mehrwertsteuer,
 - Bruttopreis,
 - Abrechnungscode/Tarifkennzeichen/Verwendungskennzeichen,
 - bei Instandsetzungen die Hilfsmittelkennzeichnung gemäß Ziffer 4.9. der Allgemeinen Bestimmungen.
- 7.7. Kostenvoranschläge sind grundsätzlich elektronisch durch den Leistungserbringer oder beauftragten Dritten an die AOK PLUS zu übermitteln. Der Leistungserbringer hat sie unentgeltlich zu erstellen. Für die elektronische Übermittlung von Kostenvoranschlägen (eKVA) gilt die Anlage 3 des Vertrages.
- 7.8. Dem eKVA sind die vertragsärztliche Verordnung oder Klinikempfehlung beizufügen. Bei technischem Erfordernis ist gegebenenfalls ein detaillierter Kostenvoranschlag als separates Image beizufügen. Bei sonstigen Kostenvoranschlägen ist die vertragsärztliche Verordnung grundsätzlich im Original vorzulegen. In Ausnahmefällen, insbesondere bei Dringlichkeit, können der Kostenvoranschlag und die Verordnung auch per Telefax zur Genehmigung eingereicht werden.
-

- 7.9. Die AOK PLUS prüft im Genehmigungsverfahren den Leistungsanspruch des Versicherten sowie Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung. Die AOK PLUS kann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für die Begutachtung heranziehen.
- 7.10. Anfragen der AOK PLUS zu verordneten Leistungen sind vom Leistungserbringer unverzüglich und vollständig sowie unentgeltlich zu beantworten.
- 7.11. Die AOK PLUS kann aufgrund des sich aus den §§ 2 und 12 SGB V sowie §§ 4 Abs. 3, 29 Abs. 1 SGB XI ergebenden Wirtschaftlichkeitsgebotes für (Pflege-) Hilfsmittel, für die keine Vertragspreise vereinbart sind, Alternativangebote einholen. Dem Erstanbieter wird eine Nachbesserungsmöglichkeit eingeräumt.
- 7.12. Mit genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln darf der Versicherte grundsätzlich erst ab Genehmigung (Auftragserteilung) durch die AOK PLUS versorgt werden.

8. Instandhaltung und Instandsetzung

- 8.1. Instandhaltungsmaßnahmen nach diesen Bestimmungen sind erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen und Wartungen, insbesondere nach Herstellervorgaben. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen.
- 8.2. Für Instandsetzungs- und Instandhaltungsmaßnahmen ist eine vertragsärztliche Verordnung/Klinikempfehlung grundsätzlich nicht erforderlich. Etwas anderes gilt bei einer neuen ärztlichen Diagnose oder wenn eine neue Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.
- 8.3. Soweit der Leistungserbringer bei der Versorgung Eigentümer des Hilfsmittels bleibt und die Überlassung des Hilfsmittels in gebrauchsfähigem Zustand schuldet, können Kosten für die Instandhaltung und Instandsetzung nicht geltend gemacht werden.
- 8.4. Die Maßnahmen zur Instandhaltung und Instandsetzung müssen vom Leistungserbringer selbst durchgeführt werden, soweit dies ihm rechtlich und tatsächlich möglich ist.
- 8.5. Instandsetzungen erfolgen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V und § 29 Abs. 1 SGB XI). Unwirtschaftlich ist eine Instandsetzung, wenn deren Kosten im Vergleich zu den Kosten einer Neuversorgung unverhältnismäßig hoch sind. Regelmäßig ist dies der Fall, wenn die Instandsetzungskosten mehr als 60 v. H. der Kosten für eine Neuversorgung (inkl. MwSt.) betragen.
- 8.6. Die AOK PLUS ist berechtigt, die Erforderlichkeit der Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen zu prüfen. Maßnahmen zur Instandhaltung können grundsätzlich nur nach den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vorgenommen werden, es sei denn, der Hersteller sieht kürzere Wartungsintervalle vor.
- 8.7. Bei Instandsetzungen ist der Instandsetzungs-/Reparaturschein vollständig auszufüllen und vom Leistungserbringer sowie vom Versicherten oder gegebenenfalls einem Angehörigen bzw. einer betreuenden Person zu unterzeichnen und der Rechnung beizufügen.

- 8.8. Werden bei Instandsetzungen nach dem MPG gekennzeichnete Teile von Hilfsmitteln ersetzt, ist die Kennzeichnung zu übertragen.
- 8.9. Können Instandsetzungen nicht sofort ausgeführt werden, stellt der Leistungserbringer - soweit erforderlich - für die Dauer der Reparatur ein in der Funktion mindestens gleichwertiges Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand kostenlos zur Verfügung.

9. Gesetzliche Zuzahlung

- 9.1. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung zu informieren.
- 9.2. Die gesetzliche Zuzahlung ist gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V zum Zeitpunkt der Hilfsmittelabgabe vom Leistungserbringer einzuziehen. Ein vom Versicherten gegebenenfalls zu leistender Eigenanteil nach Ziffer 10. der Allgemeinen Bestimmungen ist vor der Berechnung der Zuzahlung abzuziehen.
- 9.3. Die gesetzliche Zuzahlung ist dem Versicherten kostenlos zu quittieren. Die Quittung soll die gesetzliche Zuzahlung für jedes Hilfsmittel separat ausweisen und hat folgende Mindestangaben zu enthalten:
- Name, Vorname des Versicherten,
 - Benennung des Kostenträgers,
 - Bezeichnung des jeweiligen Hilfsmittels,
 - Zuzahlungsbetrag,
 - Zeitraum (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln),
 - Anzahl oder Abgabe-Einheit (z. B. „Paar“),
 - Abgabepreis,
 - Datum,
 - Stempel und Unterschrift oder bei maschinell erstellten Quittungen Name und Anschrift des Leistungserbringers.

10. Eigenanteil

- 10.1. Der Leistungserbringer hat den Versicherten bei der Abgabe von Hilfsmitteln, die einen Gebrauchsgegenstand beinhalten oder ersetzen, vor Leistungsanspruchnahme über den zu leistenden Eigenanteil zu informieren.
- 10.2. Der Eigenanteil ist nach den „Eigenanteils- und Zuschussempfehlungen bei Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Anhang II des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln vom 18. Dezember 2007 in der Fassung vom 20. Dezember 2012) in der jeweils gültigen Fassung vom Leistungserbringer einzuziehen.

11. Aufzahlungen

- 11.1. Der Versicherte ist nachweislich darüber zu informieren, dass eine Versorgung ohne Mehrkosten zulasten der AOK PLUS möglich ist.

- 11.2. Wählt der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der AOK PLUS hinausgehen, hat er nach § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V i. V. m. § 40 Abs. 1 S. 3 SGB XI die Mehrkosten (Aufzahlung) selbst zu tragen. Dies betrifft auch dadurch bedingte höhere Folgekosten, wie z. B. für Zubehör, Folgeleistungen und Reparaturen.
- 11.3. Über die Höhe der Aufzahlung informiert der Leistungserbringer den Versicherten vor der Versorgung. Stimmt der Versicherte der Aufzahlung zu, sollte dies mittels Unterschrift des Versicherten dokumentiert werden.

12. Gewährleistung

- 12.1. Es gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Gewährleistungspflicht, soweit es mit den Vorschriften des SGB V vereinbar ist.
- 12.2. Soweit der Leistungserbringer bei der Versorgung Eigentümer des Hilfsmittels bleibt und dem Versicherten das überlassene Hilfsmittel in einem der Zielsetzung der vertragsärztlichen Verordnung/Klinikempfehlung folgenden gebrauchsfähigen Zustand zur Verfügung stellt, hat er dieses während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- 12.3. Entzieht sich der Leistungserbringer der Mängelfeststellung oder der Beseitigung des Mangels, ist die Verjährung so lange gehemmt.

13. Garantie

- 13.1. Soweit dem Leistungserbringer vom Hersteller eine Garantie gewährt wurde, ist die AOK PLUS im Garantiefall nicht zur Leistung verpflichtet.
- 13.2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK PLUS auf Anfrage über das Bestehen einer Garantie zu informieren und bei Bedarf die Garantieurkunde des Herstellers oder einen anderen Nachweis der Garantieübernahme durch den Hersteller vorzulegen.
- 13.3. Die Gewährleistungsrechte bleiben hiervon unberührt.

14. Grundsätze der Vergütung

- 14.1. Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst oder von seinem eigenen angestellten Fachpersonal laut diesem Vertrag erbracht wurden, sofern im Vertrag oder in den Anlagen nichts anderes geregelt ist (z. B. Fremd- und Servicefertigung).
- 14.2. Alle im Zusammenhang mit der Abgabe des Hilfsmittels notwendigen Dienst- und Serviceleistungen einschließlich der im Zusammenhang mit der Beschaffung stehenden Aufwendungen sind mit der für das Hilfsmittel zu zahlenden Vergütung abgegolten. Insbesondere Telefon- und Portokosten können weder bei der AOK PLUS noch beim Versicherten geltend gemacht werden. Die Kosten für die Abholung und Entsorgung/Verschrottung von nicht benötigten Hilfsmitteln sind ebenfalls mit der Vergütung abgegolten.
-

- 14.3. Soweit ein genehmigungspflichtiges Hilfsmittel abgegeben wird, richtet sich die Höhe der Vergütung nach dem genehmigten Kostenvoranschlag.
- 14.4. Sofern vom Versicherten eine gesetzliche Zuzahlung und/oder ein Eigenanteil zu leisten ist, verringert sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK PLUS um diesen Betrag (§ 33 Abs. 8 SGB V).
- 14.5. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK PLUS entsteht erst mit Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Des Weiteren gilt Ziffer 14.7. der Allgemeinen Bestimmungen.
- 14.6. Hausbesuche werden nur vergütet, wenn dies vertraglich vereinbart ist.
- 14.7. Können Hilfsmittel wegen Nichtabholung (Ziffer 6.8. der Allgemeinen Bestimmungen), Annahmeverweigerung oder Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Leistungserbringer grundsätzlich keinen Anspruch auf Vergütung. Der Leistungserbringer ist gegebenenfalls zur Rücknahme des Hilfsmittels verpflichtet. Ein Vergütungsanspruch besteht nur für Hilfsmittel oder die Teile von Hilfsmitteln, die individuell an den Versicherten angepasst bzw. für ihn gefertigt wurden.

15. Allgemeine Abrechnungsgrundsätze

- 15.1. Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form einer Sammelrechnung.
- 15.2. Leistungen, die für unterschiedliche Kostenträger (Kranken-/Pflegeversicherung) erbracht werden, sind mit getrennten Rechnungen und gegenüber dem jeweils zuständigen Kostenträger abzurechnen.
- 15.3. Für die Form und den Inhalt der Abrechnung gelten die Richtlinien und die technischen Anlagen zum elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) gemäß § 302 Abs. 2 SGB V (erstmalig veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 112 vom 20. Juni 1996) in der jeweils geltenden Fassung i. V. m. § 105 Abs. 2 SGB XI. Insbesondere muss aus der Abrechnung die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer hervorgehen. Darüber hinaus ist bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln im Datensatz die Angabe des Leistungszeitraums erforderlich, bei genehmigten Kostenvoranschlägen die Genehmigungsnummer. Umfassende und aktuelle Informationen zum DTA sind im Internet unter www.aok-gesundheitspartner.de in der Rubrik Hilfsmittel veröffentlicht.
- 15.4. Die Abrechnung erfolgt zentral über die Datenannahmestelle der AOK PLUS unter da@dt.aok.de. Die Rechnungen sind bis auf Widerruf an folgende Adresse zu richten:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Datenannahme- und Verteilstelle (DAV)
Postfach 367
98503 Suhl.

- 15.5. Ist die Datenübermittlung maschinell nicht verwertbar und hat der Leistungserbringer dies zu vertreten, stellt die AOK PLUS dem betroffenen Leistungserbringer die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten durch eine pauschale Kürzung in Rechnung (§ 303 Abs. 3 SGB V). Die Rechnung wird in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages gekürzt und der Leistungserbringer schriftlich darüber informiert. Die Aufbereitung der Papierrechnung durch den Leistungserbringer muss in diesen Fällen der Struktur eines DTA-Datensatzes entsprechen.
- 15.6. Als rechnungsbegründende Unterlagen sind grundsätzlich im Original einzureichen:
- vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung einschließlich Empfangsbestätigung des Versicherten oder gegebenenfalls des Angehörigen bzw. einer vertretungsberechtigten Person,
 - bei individuell gefertigten und nicht in Empfang genommenen Hilfsmitteln (Ziffer 6.8. der Allgemeinen Bestimmungen) Kopie der Aufforderungsschreiben zur Abholung an den Versicherten – Ausnahme: Tod des Versicherten.
- 15.7. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Ziffer 15.6. der Allgemeinen Bestimmungen sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung bei der jeweils zuständigen Stelle der AOK PLUS einzureichen:
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Thüringen
GB Hilfsmittel/Fahrkosten
B Abrechnungsmanagement Hilfsmittel
Postfach 369
98503 Suhl | AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Sachsen
GB Hilfsmittel/Fahrkosten
B Abrechnungsmanagement Hilfsmittel
04087 Leipzig. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 15.8. Die Vergütung des Leistungserbringers wird 28 Tage nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen fällig. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- 15.9. Zahlungen erfolgen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die AOK PLUS. Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die AOK PLUS die beanstandete Rechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer zurückgeben bzw. die Rechnung um die beanstandeten Positionen kürzen.
- 15.10. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Dritten (z. B. Abrechnungsstelle, Insolvenzverwalter), so hat er die AOK PLUS schriftlich darüber zu informieren. Der AOK PLUS sind insbesondere der Name des Dritten sowie der Beginn und das Ende der Abrechnungsübertragung mitzuteilen. Weiterhin ist mitzuteilen, ob die Forderung an den Dritten als neuen Forderungsinhaber abgetreten ist oder der Dritte lediglich mit dem Forderungseinzug betraut ist, ohne selbst Forderungsinhaber zu sein. Die AOK PLUS kann abweichend von § 406 2. HS BGB trotz Kenntnis von der Abtretung gegenüber dem Dritten mit eigenen oder auf sie übergegangenen Forderungen (die gegenüber dem Leistungserbringer bestehen) aufrechnen, sofern der Dritte Forderungsinhaber ist. Eine entsprechende Aufrechnungserklärung wirkt dann auch gegenüber dem Leistungserbringer.
-

Zahlungen der AOK PLUS an diesen Dritten haben schuldbefreiende Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem Dritten und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

- 15.11. Das Ende der Abrechnungsübertragung und der Abtretung ist der AOK PLUS schriftlich mitzuteilen. Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass mit dem der AOK PLUS mitgeteilten Ende der Abrechnungsübertragung keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung des der AOK PLUS gemeldeten Dritten mehr besteht. Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die AOK PLUS mit schuldbefreiender Wirkung an den Dritten.
- 15.12. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels nicht mehr geltend gemacht werden.
- 15.13. Stellt sich nach Begleichung der Rechnung heraus, dass die AOK PLUS nicht oder nur teilweise zur Zahlung verpflichtet war, kann sie die bereits geleistete Vergütung vom Leistungserbringer zurückfordern oder aufrechnen. Vom Leistungserbringer zurückgeforderte Beträge sind sofort fällig.

16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit

- 16.1. Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Information abzustellen. Werbemaßnahmen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK PLUS beziehen. Die Vorschriften des HWG in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.
- 16.2. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeitern dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten beeinflusst wird oder mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, ist nicht zulässig. Eine Beeinflussung des Versicherten, insbesondere mit dem Ziel der Erlangung einer Verordnung oder der Beantragung bestimmter Hilfsmittel, ist ebenfalls nicht zulässig.
- 16.3. Leistungserbringer dürfen Ärzte (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeiter nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Ärzten erbracht werden.
- 16.4. Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen ist grundsätzlich unzulässig. Ausgenommen vom Depotverbot sind Produkte, die zur Versorgung im Notfall eingesetzt werden. Für Leistungen, die unter Verstoß gegen die Sätze 1 und 2 erbracht werden, besteht kein Vergütungsanspruch.

16.5. Eine Notfallversorgung mit Hilfsmitteln ist grundsätzlich dann anzunehmen, wenn:

- aus medizinischen Gründen i. S. d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer 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 sich das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
- der Versicherte nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also die Versorgung nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

16.6. Es ist immer im Einzelfall zu prüfen, ob eine medizinisch notwendige Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit direkt in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung keinen Aufschub duldet. Ob es sich um eine Notfallversorgung handelt, d. h. eine unmittelbare Versorgung durch einen Arzt notwendig ist, richtet sich immer nach den Umständen des Einzelfalls.

16.7. Es gelten die von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft der Bundes-/Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) im „Kodex Medizinprodukte“ in der jeweils geltenden Fassung verankerten Verhaltensregeln.

16.8. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 128 SGB V.

17. Insolvenz

17.1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK PLUS die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOK PLUS unverzüglich zu informieren.

17.2. Leistungserbringer, die als Eigentümer des Hilfsmittels die Versorgung auf Miet- oder Pauschalbasis durchführen, haben der AOK PLUS im Falle der Insolvenz die laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

18. Qualitätssicherung

18.1. Die AOK PLUS hat das Recht, die Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. der Allgemeinen Bestimmungen in den Betriebsstätten des Leistungserbringers während der Betriebs- und Geschäftszeiten zu überprüfen.

18.2. Die AOK PLUS ist berechtigt, insbesondere bei Verdacht auf Qualitätsmängel, die erbrachten und geschuldeten Leistungen sowie die Abläufe von Versorgungsvorgängen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Insbesondere kann sie für fachliche Prüfungen den MDK oder öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige beauftragen.

19. Datenschutz, Schweigepflicht

- 19.1. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V und § 104 SGB XI genannten Zwecke zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden.
- 19.2. Die AOK PLUS, der Leistungserbringer bzw. der nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen mit der Abrechnung beauftragte Dritte verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der personenbezogenen Daten (SGB X, BDSG) zu beachten.
- 19.3. Der Leistungserbringer sowie der von ihm nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen mit der Abrechnung beauftragte Dritte unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen medizinischer Daten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der zur Leistung verpflichteten AOK PLUS und dem MDK, soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.
- 19.4. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit und die für sie maßgebenden Datenschutzbestimmungen schriftlich zu belehren und deren Einhaltung in geeigneter Weise sicherzustellen und zu überwachen.
- 19.5. Sofern die Rechnungslegung nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen einem Dritten übertragen werden soll, ist dieser durch den Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzrechts auszuwählen. Der Auftrag ist schriftlich zu erteilen, insbesondere sind entsprechend § 11 S. 2 Nr. 1 bis 10 BDSG Regelungen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffen.
- 19.6. Der Leistungserbringer unterrichtet die AOK PLUS unverzüglich bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und/oder -nutzung oder bei gravierenden Störungen des Verarbeitungsablaufes.
- 19.7. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 35, 37 SGB I sowie der §§ 67 bis 85a SGB X.

Teil II

Besondere Bestimmungen

1. Gegenstand der Besonderen Bestimmungen

- 1.1. Die Besonderen Bestimmungen regeln die speziellen Erfordernisse für die Versorgung der im häuslichen Bereich lebenden Versicherten der AOK PLUS mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V (nachfolgend Hilfsmittel genannt) einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- 1.2. Dieser Vertrag regelt nicht die Versorgung der Versicherten, die in einer stationären Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI oder einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI betreut werden. Dieser Vertrag gilt darüber hinaus nicht für die Versorgung von Personen, die Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzhilfen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbaren Versorgungsgesetzen oder im Rahmen der Krankenhilfe nach dem SGB XII haben.
- 1.3. Die Anlagen
 - Anlage 1 – Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung,
 - Anlage 2 – Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten,
 - Anlage 3 – Elektronische Übermittlung von Kostenvoranschlägen (eKVA),
 - Anlage 4 – Elektronische Empfangsbestätigung,
 - Anlage 5 – Versorgungs- und Lieferhistoriesind Bestandteile dieses Vertrages.

2. Geltungsbereich der Besonderen Bestimmungen

Die Besonderen Bestimmungen präzisieren bzw. ergänzen die Allgemeinen Bestimmungen. Sollten zwischen den Allgemeinen und den Besonderen Bestimmungen Abweichungen oder Widersprüche bestehen, gehen die Besonderen Bestimmungen den Allgemeinen Bestimmungen vor.

3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung

- 3.1. Der Leistungserbringer muss entsprechend seines Leistungsspektrums für den Versorgungsbereich 15A nach den „Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ gemäß § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V die Eignung nachgewiesen haben.
- 3.2. Die Leistungen kann nur der Leistungserbringer erbringen, der nach Prüfung durch die AOK PLUS zusätzlich zu den in den Allgemeinen Bestimmungen festgelegten Anforderungen die nachfolgend aufgeführten fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen erfüllt.

3.3. Fachliche Voraussetzungen

3.3.1. Für die Qualitätssicherung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen setzt der Leistungserbringer für die jeweilige Betriebsstätte für die persönliche Beratung der Versicherten (Hausbesuche) nur Mitarbeiter/innen ein, die folgende Qualifikationen erfüllen:

- staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in,
- praktische Erfahrung von mindestens zwei Berufsjahren im Umgang mit saugenden Inkontinenzhilfen,
- ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Wundversorgung und/oder Kontinenzförderung.

3.3.2. Die weiteren vom Leistungserbringer zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung eingesetzten Mitarbeiter/innen erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- MPG-Berater für Inkontinenzhilfen im Sinne des § 31 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 MPG,
- praktische Erfahrung von mindestens zwei Berufsjahren im Umgang mit saugenden Inkontinenzhilfen.

3.3.3. Die jeweiligen Voraussetzungen nach Ziffer 3.3.1 und 3.3.2. der Besonderen Bestimmungen sind vor Vertragsbeginn jeweils für mindestens eine/n Mitarbeiter/in in Vollzeitbeschäftigung¹ mit folgenden Unterlagen nachzuweisen:

- Kopien der aktuellen Arbeitsverträge² oder bestätigten Anstellungsnachweise³,
- Kopien der Berufsabschlusszeugnisse und Zertifikate (MPG-Berater),
- Kopien von bisherigen Arbeitsverträgen oder Arbeitszeugnissen (sofern das Arbeitsverhältnis beim Leistungserbringer noch keine zwei Jahre besteht),
- mindestens ein aktuelles Weiterbildungs-/Schulungszertifikat zur Kontinenzförderung (nicht älter als ein Jahr, bezogen auf den Vertragsbeginn des Leistungserbringers). Dies sind alternativ:
 - Pflegeexperte/in Kontinenzförderung,
 - Urotherapeut/in,
 - Pflegeexperte/in Stoma-Inkontinenz-Wunde,
 - Kontinenz- und Stomaberatung.

3.3.4. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit der Versorgung betrauten Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen stets auf den neuesten Stand der Erkenntnisse ihres Arbeitsgebietes zu halten. Auf Nachfrage sind der AOK PLUS die entsprechenden Nachweise vorzulegen.

¹ Minimum 30 Wochenarbeitsstunden.

² Bei der Vorlage von Arbeitsverträgen sollten aus Datenschutzgründen die nicht relevanten Inhalte (z. B. Höhe des Arbeitslohnes, Urlaubsanspruch) geschwärzt sein.

³ Die Anstellungsnachweise müssen mindestens Angaben zum Beginn der Tätigkeit, zur Art der beruflichen Praxis und zur vereinbarten Wochenarbeitszeit enthalten.

3.4. Räumliche Voraussetzungen

Um eine ordnungsgemäße Lagerung und Abgabe der Hilfsmittel zu ermöglichen, verfügt der Leistungserbringer über ausreichende und geeignete Räumlichkeiten, die mindestens die räumlichen und sachlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V erfüllen.

3.5. Sachliche Voraussetzungen

Der Leistungserbringer hat für die Versicherten von Montag bis Freitag eine kostenfreie Servicenummer von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr einzurichten und der AOK PLUS einen Nachweis vorzulegen. Darüber hinaus richtet der Leistungserbringer zur Kontaktaufnahme unter dieser kostenfreien Servicenummer von Montag bis Freitag 20:00 Uhr bis 08:00 Uhr, durchgängig am Wochenende und an Feiertagen einen Anrufbeantworter ein. Dabei ist die Erreichbarkeit der kostenfreien Servicenummer für die Versicherten der AOK PLUS durch den Leistungserbringer sicherzustellen.

3.6. Der Leistungserbringer hat die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen (Ziffern 3.3. bis 3.5. der Besonderen Bestimmungen) für die gesamte Vertragslaufzeit sicherzustellen. Personelle Änderungen, welche die Sicherstellung der fachlichen Voraussetzungen infrage stellen, sind der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. In Absprache mit der AOK PLUS ist eine zeitnahe Wiederherstellung der fachlichen Voraussetzungen zu gewährleisten.

4. Grundsätze der Leistungserbringung

4.1. Bei der Versorgung der Versicherten ist zwischen einer Erst- und den Folgeversorgungen zu unterscheiden. Eine Erstversorgung ist dann gegeben, wenn der Leistungserbringer den Versicherten innerhalb der letzten drei Jahre vor Beginn des aktuellen Versorgungszeitraumes nicht mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln versorgt hat. Alle anderen Versorgungen sind Folgeversorgungen.

4.2. Dem Versicherten sind im Rahmen der Erstversorgung, bei verändertem Bedarf oder medizinisch notwendigen Änderungen mindestens zwei aufzahlungsfreie Produkte je Produktuntergruppe und möglichst von zwei verschiedenen Herstellern in anatomisch passender Größe mit unterschiedlichen Produkteigenschaften als Muster anzubieten.

4.3. Der Leistungserbringer hat in Ergänzung zu Ziffer 4.1. der Allgemeinen Bestimmungen eine auf das individuelle Krankheitsbild (insbesondere bei Rollstuhlfahrern) abgestimmte, dem Schweregrad der Inkontinenz entsprechende und gegebenenfalls den sonstig vorhandenen Behinderungen gerechte Versorgung sicherzustellen. Dies gilt auch für vorübergehende Mehr- und Andersbedarfe (z. B. aufgrund Krankheit). Bei der Auswahl ist den durch den Versicherten positiv bewerteten Musterartikeln der Vorzug zu geben, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (z. B. Hautunverträglichkeit) dagegen.

- 4.4. Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ihm eine vertragsärztliche Verordnung des Versicherten oder die vom Versicherten unterschriebene **Anlage 2** (Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten) vorliegt. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse gestört ist oder in denen trotz größter Bestrebungen keine für die Versorgung einvernehmliche Vergütungsregelung zwischen der AOK PLUS und dem Leistungserbringer gefunden wird.
- 4.5. Einer Ablehnung der Versorgung durch den Leistungserbringer muss die AOK PLUS zustimmen.
- 4.6. Die AOK PLUS ist dann leistungspflichtig, wenn eine mindestens mittelgradige (Richtwert lt. Hilfsmittelverzeichnis: mindestens 100 bis 200 ml in 4 Stunden) Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vorliegt und der Einsatz der aufsaugenden Inkontinenzhilfen medizinisch indiziert und im Einzelfall erforderlich ist und die Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.
- 4.7. Der Leistungserbringer versorgt nur mit Hilfsmitteln, die eine CE-Kennzeichnung besitzen.
- 4.8. Inkontinenzhilfsmittel sind nicht Leistungen der AOK PLUS, wenn diese ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen, pflegerelevante Ziele gegenüber dem Behinderungsausgleich überwiegen oder Inkontinenzhilfen alleine zur Prophylaxe eingesetzt werden. Das ist auch dann der Fall, wenn bei dauernd pflegebedürftigen Versicherten Wäsche oder sonstige infrage kommende Artikel naturgemäß häufiger als üblich gewechselt werden müssen. Penistaschen verfügen ebenfalls über eine zu geringe Saugleistung und stellen daher keine adäquate Inkontinenzversorgung dar.

5. Ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln

- 5.1. Die Dauer der Versorgung richtet sich grundsätzlich nach dem Zeitraum, der aus der vertragsärztlichen Verordnung oder Klinikempfehlung gemäß Ziffer 5.2. der Allgemeinen Bestimmungen hervorgeht. Der verordnete Versorgungszeitraum darf dabei zwölf Monate nicht übersteigen.
- 5.2. Der Leistungserbringer hat darauf hinzuwirken, dass der Arzt den konkreten Versorgungszeitraum auf der vertragsärztlichen Verordnung/Klinikempfehlung angibt. Sofern der Arzt diese Daten nicht oder nur unvollständig angibt, sind diese vom Leistungserbringer beim Arzt zu erfragen, auf der Rückseite der Verordnung zu ergänzen und vom Leistungserbringer abzuzeichnen. Vorhandene Zeiträume dürfen nicht ohne Unterschrift des Arztes verändert werden. Kann der Versorgungszeitraum nicht ergänzt werden, so gilt der Monat, in dem die ärztliche Verordnung oder Klinikempfehlung ausgestellt worden ist.
- 5.3. Das Datum der Verordnung muss regelmäßig vor oder im angegebenen Versorgungszeitraum liegen. Die Verordnung darf dabei maximal drei Monate nach Beginn des Versorgungszeitraums ausgestellt werden. Im Einzelfall kann davon ausnahmsweise abgewichen werden. Der Grund ist mit der Abrechnung stichpunktartig und nachvollziehbar anzugeben.

- 5.4. Wird im Rahmen eines Pflegegutachtens ein (Pflege-) Hilfsmittel empfohlen (§ 18 Abs. 6a SGB XI), ist eine vertragsärztliche Verordnung oder Klinikempfehlung ausnahmsweise entbehrlich.
- 5.5. Die Abgabe der Hilfsmittel muss im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem verordneten Versorgungszeitraum stehen. Der Leistungserbringer hat nach Eingang der ärztlichen Verordnung unverzüglich, insbesondere bei Erstversorgungen, die Versorgung vorzunehmen und die rechtzeitige kontinuierliche Versorgung des Versicherten bei den Folgeversorgungen sicherzustellen. Liegt dem Leistungserbringer eine zum Ende des Versorgungsmonats für diesen Monat ausgestellte ärztliche Verordnung oder Klinikempfehlung gemäß Ziffer 5.2. der Allgemeinen Bestimmungen vor, kann er ausnahmsweise versorgen, wenn er bis zum letzten Tag des Monats die Lieferung auslösen kann.
- 5.6. Bei medizinisch indizierten Dauerversorgungen ist eine ärztliche Verordnung ausnahmsweise entbehrlich. Eine Dauerversorgung liegt vor, wenn der Versicherte in den letzten zwölf Monaten nachweislich inkontinent war und von demselben Leistungserbringer in diesem Zeitraum mit Inkontinenzhilfsmitteln versorgt und abgerechnet worden ist. Die AOK PLUS ist jederzeit berechtigt, einseitig die Verordnungspflicht zu verändern. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer mitzuteilen.

6. Umfang der Leistung

- 6.1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Sicherstellung der fachgerechten Versorgung mit den in der **Anlage 1** genannten Hilfsmitteln und der damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- 6.2. Allgemeine Dienst- und Serviceleistungen
- 6.2.1. Der Leistungserbringer stellt im Rahmen der Versorgung die Beratung, Bemusterung, Anlieferung, Nachlieferung der Hilfsmittel, eine umfassende Einweisung des Versicherten oder der betreuenden und/oder pflegenden Person in den sachgerechten Gebrauch (Hinweise und Erklärungen zur Handhabung, zum richtigen Anlegen, zum Wechsel sowie zur Entsorgung des Produktes) sowie die fachliche Nachbetreuung sicher.
- 6.2.2. Innerhalb der Beratung ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten mit mindestens folgenden Inhalten:
- Ermittlung der notwendigen Körpermaße, die Auswirkungen auf die Inkontinenzversorgung haben;
 - Abklärung und Berücksichtigung von vorhandenen Allergien;
 - Klärung der ausreichenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Versicherten zur selbstständigen Nutzung der Produkte oder bestehender Unterstützungsmöglichkeiten und

- Auswahl bedarfsgerechter Produkte nach Art und Menge:
 - o dabei ist es das Zugrundelegen pauschalierter Versorgungsmengen unzulässig,
 - o die Stückzahl der benötigten Produkte kann nicht alleine auf Basis der individuellen Ausscheidungsmenge und des technisch maximal möglichen Aufsaugvermögens der Produkte errechnet werden,
 - o Versorgung mit weniger als drei Produkten in einem Zeitraum von 24 Stunden sind nur in begründeten (**Anlage 2**) Einzelfällen möglich.

- 6.2.3. Der Leistungserbringer führt die Beratung in verständlicher deutscher Sprache durch.

- 6.2.4. Eine persönliche Beratung des Versicherten in den Räumen des Leistungserbringers stellt dieser in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum sicher.

- 6.2.5. Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine gleichgeschlechtliche persönliche Beratung (Hausbesuch), ist dies zu erfüllen.

- 6.2.6. Die Erstversorgung und -beratung hat durch einen nach Ziffer 3.3.1. der Besonderen Bestimmungen fachlich qualifizierten Mitarbeiter des Leistungserbringers in der Wohnung des Versicherten zu erfolgen. Der Leistungserbringer hat sich dabei an dem „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“⁴ zu orientieren. Der erste Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Versicherten erfolgt unmittelbar mit Beginn der Versorgung. Sofern im Einzelfall der Versicherte diese Beratung nicht bzw. nur telefonisch wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar in der **Anlage 2** im Bemerkungsfeld zu dokumentieren.

- 6.2.7. Im Rahmen der Erstversorgung bzw. bei einem Leistungserbringerwechsel ist die **Anlage 2** auszufüllen und vom Versicherten zu unterzeichnen. Dem Versicherten ist ein Exemplar auszuhändigen. Kommt der Versicherte dem nicht nach, ist dies im Bemerkungsfeld auf der **Anlage 2** zu dokumentieren oder bei schriftlich vorliegender Ablehnung des Versicherten diese in Kopie beizufügen. Der Versicherte oder die Betreuungsbzw. Pflegeperson ist über die darin genannten leistungsrechtlichen Modalitäten und die Servicenummer des Leistungserbringers zu informieren. Für das erforderliche Rücksenden der **Anlage 2** dürfen dem Versicherten keine Kosten entstehen.

- 6.2.8. Im Falle des Wechsels des Versorgers sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Zeitpunkt des Leistungserbringerwechsels miteinander sowie mit dem Versicherten abzustimmen. Die **Anlage 2** ist nochmals vom neuen Leistungserbringer auszufüllen. Im Bemerkungsfeld der **Anlage 2** ist der Zeitpunkt des Leistungserbringerwechsels anzugeben.

- 6.2.9. Zwölf bis dreizehn Wochen nach der Erstberatung wird eine Folgeberatung empfohlen. Folgeberatungen können, je nach dem Erfordernis des Einzelfalls, auch telefonisch vorgenommen werden. Dabei ist den Wünschen des Versicherten Rechnung zu tragen.

⁴ Stand: April 2007, herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

- 6.2.10. Treten während der Versorgung gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung auf oder bestehen Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer Versorgung nach diesem Vertrag, so informiert der Leistungserbringer gemäß dem „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ den behandelnden Arzt unverzüglich. Gemeinsam wird mit diesem der Fall besprochen und die Versorgung nach den Grundsätzen dieses Vertrages durchgeführt. Im Zweifel ist ein Hausbesuch beim Versicherten durchzuführen.
- 6.2.11. Wird zwischen dem Leistungserbringer und dem behandelnden Arzt keine Einigung nach Ziffer 6.2.10. der Besonderen Bestimmungen erzielt, so ist dies der AOK PLUS mitzuteilen. Die AOK PLUS klärt gegebenenfalls unter Einschaltung des MDK die Versorgung abschließend und teilt die Entscheidung dem Leistungserbringer mit. Der Leistungserbringer stellt danach die Versorgung des Versicherten unverzüglich sicher.
- 6.3. Lieferung der Hilfsmittel
- 6.3.1. Die Abgabe der Hilfsmittel an den Versicherten erfolgt grundsätzlich per Lieferung frei Haus und auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung. Erfüllungsort ist die vom Versicherten angegebene Anschrift. Die Lieferung hat bei Bedarf bis in den Wohnbereich/hinter die Wohnungstür des Versicherten zu erfolgen. Diese Details sind vor der ersten Lieferung mit dem Versicherten zu klären.
- 6.3.2. Der Lieferung ist eine Gebrauchsanweisung für die Produkte sowie ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Produkte sowie zum Versorgungszeitraum enthält. Für die Lieferung der Hilfsmittel kann der Leistungserbringer auch ein Versandunternehmen beauftragen.
- 6.3.3. Die Lieferintervalle sind mit dem Versicherten nach dessen Wünschen zu vereinbaren. Die Lieferung erfolgt in der Regel in einem Versorgungsintervall von einem, maximal jedoch drei Monaten. Davon kann nur abgewichen werden, wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch des Versicherten entspricht. Im Zweifel ist dies vom Leistungserbringer zu belegen. Es ist nicht statthaft, dem Versicherten unangemessene Großhandelspackungen zur Verfügung zu stellen und ihn damit als Lager des Leistungserbringers zu nutzen.
- 6.3.4. Der Leistungserbringer haftet für die Übergabe und Korrektheit der Hilfsmittel an den Versicherten. Sind die Hilfsmittel nachweislich nicht zum Versicherten gelangt oder für den Versicherten nicht nutzbar (z. B. falsche Größe), gewährleistet der Leistungserbringer eine kostenfreie Nachlieferung und bei fehlender Nutzbarkeit eine Abholung. Hat er diese nicht vorgenommen, ist die AOK PLUS gemäß Ziffer 15.13. der Allgemeinen Bestimmungen zur Rückforderung/Aufrechnung der Zahlung berechtigt.
- 6.3.5. Als Empfangsnachweis des Hilfsmittels gilt grundsätzlich auch der durch den Versicherten bestätigte Lieferschein oder ein Dokument, aus dem ein klarer Bezug zur Leistung und dem Umfang hervorgeht. Im Ausnahmefall ist eine elektronische Empfangsbestätigung ausreichend. Dafür sind die Voraussetzungen der **Anlage 4** durch den Leistungserbringer zu erfüllen. Die **Anlage 4** ist im Vorfeld vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei der AOK PLUS einzureichen.

- 6.3.6. Die AOK PLUS akzeptiert als Empfangsnachweis der Hilfsmittel auch die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertiger Daten des beauftragten Versandunternehmens. In den Fällen der Ziffer 6.3.3. S. 3 der Besonderen Bestimmungen ist bei einer Versorgung, die über drei Monate hinausgeht, der Empfangsnachweis der tatsächlichen Lieferung anzugeben. Der Empfangsnachweis ist dann jeweils versichertenbezogen sowohl in der Papierabrechnung als auch im Datensatz (txt-Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der Leistungserbringer ist dann verpflichtet, die Aufbewahrung des elektronischen Lieferscheines bzw. den Zugriff auf die entsprechenden Daten mindestens zwölf Monate sicherzustellen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Datum des Rechnungseinganges. Zur Durchführung stichprobenartiger Prüfungen sind der AOK PLUS die Lieferunterlagen (Kopie Ablieferungsnachweis und Lieferschein oder Empfangsbestätigung des Versicherten) innerhalb von 24 Stunden nach Anforderung in digitalisierter Form per E-Mail oder in anderer geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Werden diese Unterlagen nicht vorgelegt, ist die AOK PLUS zur Rückforderung des Zahlungsbetrages oder Absetzung dieser Forderung berechtigt.
- 6.3.7. Holt der Leistungserbringer vom Versicherten nicht benötigte Hilfsmittel ab und/oder entsorgt diese, so hat dies für den Versicherten kostenfrei zu erfolgen.
- 6.3.8. Der Leistungserbringer darf die Lieferung nicht verweigern, auch wenn der Versicherte sich mit der gesetzlichen Zuzahlung in Verzug befindet.

7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren

Die AOK PLUS verzichtet grundsätzlich bis auf Widerruf auf die Genehmigung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen. Abweichungen sind in **Anlage 1** festgelegt.

8. Instandhaltung und Instandsetzung

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen dieses Vertrages.

9. Gesetzliche Zuzahlung

Die gesetzliche Zuzahlung kann ausnahmsweise vor Fälligkeit verlangt werden. Eine quartalsweise oder längere Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist möglich. Auf eine zur Lieferung zeitnahe Rechnungslegung ist zu achten. Den Wünschen des Versicherten ist dabei Rechnung zu tragen.

10. Eigenanteil

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen dieses Vertrages.

11. Aufzahlungen

- 11.1. Der Versicherte ist nachweislich darüber zu informieren, dass eine Versorgung ohne Mehrkosten zulasten der Krankenkasse möglich ist. Dies ist in **Anlage 2** zu dokumentieren. Sollte der Versicherte dennoch eine aufzahlungspflichtige Versorgung wählen (Ziffer 11. der Allgemeinen Bestimmungen), so sind die Absprachen unter Ziffer IV „Information über Aufzahlungen“ der **Anlage 2** gegebenenfalls mit Begründung festzuhalten und vom Versicherten zu unterschreiben.
- 11.2. Bei Bedarfsänderungen des Versicherten, Preisänderungen der gelieferten Produkte, oder anderen Gründen, die zu einer veränderten Aufzahlung des Leistungserbringers führen oder wenn die **Anlage 2** nicht auszufüllen ist, wird zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten eine Aufzahlungsvereinbarung mit den Inhalten der Ziffer IV der **Anlage 2** geschlossen und unterschrieben.

12. Gewährleistung

Der Leistungserbringer hält die einwandfreie Produktqualität der Hilfsmittel entsprechend der vertraglichen Vorgaben während der Vertragslaufzeit ein.

13. Garantie

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen dieses Vertrages.

14. Grundsätze der Vergütung

- 14.1. Die Leistungen werden dem Leistungserbringer für jeden Versorgungsfall in Form einer monatlichen Pauschale entsprechend der **Anlage 1** vergütet.
- 14.2. Die Preise verstehen sich inklusive der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Soweit sich die gesetzliche Mehrwertsteuer ändert, wird der Bruttopreis entsprechend angepasst.
- 14.3. Mit der Pauschale sind alle mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten.
- 14.4. Die Zahlung der monatlichen Pauschale setzt voraus, dass der Versicherte mindestens einen Tag in dem jeweiligen Versorgungsmonat (Kalendermonat) durch den Leistungserbringer entsprechend den vertraglich vereinbarten Regelungen versorgt wurde. Etwas anderes gilt nur in den Fällen der Ziffer 5.4. S. 4 der Besonderen Bestimmungen.
- 14.5. Wurde ein Versicherter im gleichen Zeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, kann nur der bisher versorgende Leistungserbringer die Pauschale beanspruchen, ein Vergütungsanspruch für den übernehmenden Versorger besteht nicht.

15. Spezielle Abrechnungsgrundsätze

- 15.1. Es dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die vom Leistungserbringer selbst erbracht wurden.

- 15.2. Die von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen sind von dem Pauschalbetrag abzusetzen. Aus den einzelnen Restbeträgen ist die Gesamtforderung zu ermitteln.
- 15.3. Der Umfang der Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 150 Verordnungen pro Rechnung zu begrenzen.
- 15.4. Bei der Abrechnung nach dieser Vereinbarung sind weiterhin anzugeben:
- Abrechnungscode (AC) **19**,
 - Tariffkennzeichen (TK) **13F30** für Sachsen und **16F30** für Thüringen⁵,
 - Hilfsmittel-Positionsnummer **15.99.99.2001**,
 - Hilfsmittel-Kennzeichen der Pauschale: **08**,
 - Versorgungszeitraum,
 - Genehmigungsnummer (im Datensatz) bei genehmigungspflichtigen Verordnungen und
 - die Sendungsverfolgungsnummer (im Freifeld des DTA zu erfassen).
- 15.5. Bei Versorgungszeiträumen, die über einen Kalendermonat hinausgehen, hat die Abrechnung im letzten Kalendermonat des verordneten Versorgungszeitraumes zu erfolgen. Bei Verordnungen, die über drei Kalendermonate hinausgehen, ist eine quartalsweise Abrechnung mit einer Kopie der Verordnung möglich.
- 15.6. Für die Abrechnung der Leistungen ist bei der Erstversorgung bzw. bei einem Leistungserbringerwechsel die **Anlage 2** auf Anfrage der AOK PLUS als rechnungsbe gründende Unterlage zusätzlich zu den unter Ziffer 15.6. der Allgemeinen Bestimmungen genannten einzureichen.
- 15.7. Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge erfolgen in Form einer Sammelrechnung gemäß den Richtlinien zum elektronischen Datenträgeraustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V mit folgenden Angaben:
- Abrechnungscode (AC): **19**,
 - Tariffkennzeichen (TK): **13F12** für Sachsen und **16F12** für Thüringen,
 - Hilfsmittelpositionsnummer: **15.00.00.0003**,
 - Hilfsmittel-Kennzeichen: **00**,
 - Versorgungszeitraum.
- 15.8. Berechtigte Rechnungskürzungen durch die AOK PLUS dürfen dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden, es sei denn, den Versicherten trifft ein Verschulden (z. B. keine Abstimmung bei Versorgerwechsel, keine Anzeige von persönlichen Änderungen gegenüber dem Lieferanten, etc.).
- 16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit**
- 16.1. Es gelten grundsätzlich die Allgemeinen Bestimmungen. Ausnahmsweise können die Hilfsmittel in Einrichtungen der Kurzzeitpflege, bei Pflegediensten und in Hospizen gelagert werden.

⁵ Das Unterscheidungsmerkmal ist die Kassenummer auf der ärztlichen Verordnung (für Sachsen: 7299005; für Thüringen: 5998018).

- 16.2. Es ist nicht zulässig, im Rahmen der Pflegehilfsmittelpauschale nach § 40 Abs. 2 SGB XI Hilfsmittel dieses Vertrages abzugeben. Insbesondere wird hier auf Ziffer 16.1. der Allgemeinen Bestimmungen verwiesen.

17. Insolvenz

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen dieses Vertrages.

18. Qualitätssicherung

- 18.1. Die AOK PLUS behält sich die Überprüfung der Hilfsmittelversorgungen ihrer Versicherten vor. Dazu verpflichtet sich der Leistungserbringer, die Versorgungs- und Lieferhistorie seiner Patienten gemäß dem Musterformular (**Anlage 5**) der AOK PLUS auf Anforderung zur Verfügung zu stellen, wenn der Versicherte eingewilligt hat.
- 18.2. Die dafür erforderlichen Daten sind mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versorgung erfolgt ist, vorzuhalten.
- 18.3. Nach Anforderung sind die Daten in Dateiform (Excel) innerhalb von sechs Wochen der AOK PLUS per E-Mail zur Verfügung zu stellen.

19. Datenschutz, Schweigepflicht

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen dieses Vertrages.

20. Verstöße gegen diese Bestimmungen

- 20.1. Verstößt ein Leistungserbringer gegen Vertragspflichten oder fügt er dem Versicherten oder der AOK PLUS in sonstiger Weise Schaden zu, so kann ihn die AOK PLUS warnen bzw. abmahnen. Ferner kann die AOK PLUS eine Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder den Leistungserbringer bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Verwarnung bzw. Abmahnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- 20.2. Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V kann der zweijährige Ausschluss von der Versorgung der Versicherten erfolgen.
- 20.3. Im Falle wiederholter und unberechtigter Ablehnungen von Versorgungsleistungen durch den Leistungserbringer kann durch die AOK PLUS eine Vertragsstrafe bis zu einer Höhe von 5.000,00 EUR verhängt werden.

20.4. Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:

- Abrechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
- Abrechnung der Pflegehilfsmittelpauschale nach § 40 Abs. 2 SGB XI für Hilfsmittel dieses Vertrages,
- Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden (§ 128 Abs. 1 SGB V),
- Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 1 SGB V),
- Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden (§ 128 Abs. 2 S. 2 SGB V),
- Zahlung von Vergütungen an Dritte für die Zuweisung von Versicherten oder Aufträgen,
- Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V und/oder nach diesem Vertrag,
- Verweigerung einer Überprüfung dieser Voraussetzungen durch die AOK PLUS ohne sachlichen Grund durch den Leistungserbringer,
- Leistungserbringung mit groben Mängeln, Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter,
- Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen gemäß Ziffer 19. der Allgemeinen Bestimmungen,
- Verstoß gegen Ziffer 4. der Besonderen Bestimmungen, insbesondere unberechtigte Ablehnung der Leistungserbringung für einen Versicherten der AOK PLUS (Ziffern 4.4. und 4.5. der Besonderen Bestimmungen),
- wiederholte Verzögerung bei der Lieferung der Hilfsmittel (Ziffer 5.4. der Besonderen Bestimmungen),
- unberechtigte Änderung der vertragsärztlichen Verordnung/Klinikempfehlung,
- unklare Ausstellung der Zuzahlungsquittung (entgegen Ziffer 9.3. der Allgemeinen Bestimmungen),
- fehlende Aufklärung über Aufzahlungen (siehe Ziffer 11. der Allgemeinen und Besonderen Bestimmungen),
- Falschangaben zum Versorgungszeitraum durch den bisher versorgenden Leistungserbringer (siehe Ziffer 6.2.6. der Besonderen Bestimmungen).

20.5. Vor der Entscheidung über mögliche Sanktionen gibt die AOK PLUS dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme.

20.6. Die AOK PLUS kann bei Verstößen, insbesondere gegen die in Ziffer 20.4. genannten Regelungen, die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe verlangen. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafe ist beschränkt auf 5 v. H. des jährlichen Netto-Umsatzerlöses nach diesem Vertrag.

20.7. Unabhängig von den Maßnahmen nach den Ziffern 20.1., 20.2., 20.3. und 20.6. ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurückzuerstatten. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt der AOK PLUS unbenommen.

- 20.8. Stellt sich infolge der Prüfung nach Ziffer 18. der Allgemeinen Bestimmungen heraus, dass die AOK PLUS berechtigt ist, Schadenersatz oder sonstige Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer geltend zu machen, trägt dieser die Prüfkosten. Anderenfalls trägt die AOK PLUS die Prüfkosten.

21. Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

- 21.1. Dieser erste Nachtrag zum Vertrag tritt am 1. April 2017 in Kraft. Er gilt für alle Versorgungen ab dem Versorgungszeitraum April 2017.
- 21.2. Der Vertrag kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2017 gekündigt werden.
- 21.3. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
- die rechtlichen Rahmenbedingungen (wie z. B. Gesetzesänderungen oder richterliche Rechtsfortbildung) sich so verändert haben, dass eine Anpassung und Fortentwicklung dieses Vertrages nicht möglich ist,
 - oder der Vertragspartner schwerwiegende Vertragsverstöße begeht. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn einer der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages den anderen Vertragspartnern nicht mehr zumutbar ist.
- 21.4. Kündigungen bedürfen stets der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

22. Formvereinbarung

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern erfolgen. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

23. Salvatorische Klausel

- 23.1. Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, gelten die übrigen Teile des Vertrages weiter.
- 23.2. Die Vertragspartner sind einander verpflichtet, unwirksame oder undurchführbare Bestimmungen oder Bestandteile durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen.
- 23.3. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

- 23.4. Sollte durch den Gesetzgeber, richterliche Rechtsfortbildung, Verfügungen der Aufsichtsbehörde oder sonstige rechtliche Vorgaben eine Ergänzung oder Änderung der rechtlichen Grundlagen erfolgen, verständigen sich die Vertragspartner über eine Anpassung des Vertrages.

Ort,

Dresden,

Leistungserbringer

AOK PLUS
Ludwig Gautsch

Anlage 1 – Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung

Inkontinenzhilfen im Sinne dieses Vertrages sind saugende Inkontinenzhilfen gemäß der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnis, die ein direktes und körpernahes Auffangen der Körperausscheidungen an den Austrittsöffnungen gewähren (körpernahe Systeme).

Position	Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Monatspauschale brutto (inkl. MwSt.)
15.25.01x* 15.25.02x 15.25.03x* 15.25.30x 15.25.31x	15.99.99.2001	- saugende Inkontinenzvorlagen - Netzhosen - saugende Inkontinenzhosen - saugende Inkontinenzvorlagen - saugende Inkontinenzhosen	Standard XX EUR

*Solange die Nachweisführung der einsatz-/indikationsbezogenen Eigenschaften der in diesen Hilfsmittelpositionsnummern gemeldeten Hilfsmittel für die beanspruchte Produktart/Indikation(en) im allgemeinen Lebensbereich/häuslichen Bereich zwischen den Leistungserbringern und dem Spitzenverband der Krankenkassen andauert.

1. Grundsätzlich werden die Leistungen dieses Vertrages mit der Monatspauschale Standard vergütet.
2. Dies gilt auch, wenn aus medizinischen Gründen die Versorgung mit geschlechtsspezifischen Vorlagen (z. B. Männerversorgung) oder Pants angezeigt ist (z. B. eigenständiger Wechsel aufgrund Lähmung nur bei Pants möglich). Eine Mehrkostenvereinbarung darf in diesen Fällen nicht mit dem Versicherten geschlossen werden. Etwas anderes gilt, wenn die Produkte aus Komfortgründen durch den Versicherten gewählt werden. Hinsichtlich der Qualität der Produkte gilt Ziffer 4.7. der Allgemeinen Bestimmungen, bezüglich der Mehrkosten ist Ziffer 11. der Allgemeinen und Besonderen Bestimmungen zu beachten.
3. Ausgenommen von der Monatspauschale Standard ist die Versorgung von Kindern von ihrem 3. Geburtstag an bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und von Versicherten mit einem Körperumfang von weniger als 50 cm bzw. mehr als 150 cm. Für diese Versicherten sind die Festbeträge gemäß § 36 SGB V mit dem Stand vom 1. Januar 2007 anzusetzen. Diese Versorgungen sind genehmigungspflichtig. Der Leistungserbringer hat bei der AOK PLUS einen Antrag auf Versorgung (Genehmigung) zu stellen. Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:
 - die ärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung gemäß Ziffer 5.2. der Allgemeinen Bestimmungen,
 - ein Kostenvoranschlag gemäß Ziffer 7.6. der Allgemeinen Bestimmungen,
 - die benötigte Stückzahl pro Tag und
 - für Versicherte von weniger als 50 cm bzw. mehr als 150 cm zusätzlich die Angabe des tatsächlichen Körperumfangs.

Die AOK PLUS kann die Versorgung für einen längeren Zeitraum genehmigen. Die Versorgungssituation des Versicherten ist regelmäßig durch den Leistungserbringer zu prüfen und bei Veränderungen ist die Versorgung umzustellen. Bei einem Leistungserbringerwechsel ist erneut ein Antrag auf Versorgung (Genehmigung) zu stellen.

4. Insbesondere beim Übergang von jungen Erwachsenen ab dem 19. Lebensjahr ist die lückenlose und medizinische Versorgung weiterhin zu gewährleisten.

Festbeträge gemäß § 36 SGB V mit dem Stand vom 1. Januar 2007

Bezeichnung	Festbetrag
Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	0,29 EUR
Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	0,35 EUR
Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	0,43 EUR
Rechteckvorlagen, Größe 1	0,19 EUR
Rechteckvorlagen, Größe 2	0,23 EUR
Vorlagen für Urininkontinenz	0,21 EUR
Netzhosen, Größe 1 und 2	0,79 EUR
Inkontinenzhosen, Größe 1	0,49 EUR
Inkontinenzhosen, Größe 2	0,51 EUR
Inkontinenzhosen, Größe 3	0,69 EUR

Anlage 2 – Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten*

* Der Nachweis stellt ein Muster dar. Die Inhalte sind entscheidend und können auch in betriebspezifische EDV-Systeme integriert werden.

I. Anamnesebogen

Name:			Geburtsdatum:		
Vorname:			Versichertennummer:		
<input type="checkbox"/> Erstberatung		<input type="checkbox"/> Folgeberatung		Datum:	
Bedarfsermittlung – Versorgungsumfang – Wechselfrequenz					
06:01 – 10:00	10:01 – 14:00	14:01 – 18:00	18:01 – 22:00	22:01 – 02:00	02:01 – 06:00
<input type="checkbox"/> kein Bedarf	<input type="checkbox"/> kein Bedarf	<input type="checkbox"/> kein Bedarf	<input type="checkbox"/> kein Bedarf	<input type="checkbox"/> kein Bedarf	<input type="checkbox"/> kein Bedarf
<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 1 x
<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> 2 x
<input type="checkbox"/> 3 x	<input type="checkbox"/> 3 x	<input type="checkbox"/> 3 x	<input type="checkbox"/> 3 x	<input type="checkbox"/> 3 x	<input type="checkbox"/> 3 x
<input type="checkbox"/> 4 x	<input type="checkbox"/> 4 x	<input type="checkbox"/> 4 x	<input type="checkbox"/> 4 x	<input type="checkbox"/> 4 x	<input type="checkbox"/> 4 x
Bedarf pro Monat _____ davon Tagversorgung _____ davon Nachtversorgung _____ bedarfsgerechte Produkte nach Art:.....					
Beurteilung der Hautumgebung Gesäßbereich			Beurteilung der Hautumgebung Inguinal		
<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> leichte Rötung		<input type="checkbox"/> Haut unauffällig	<input type="checkbox"/> leichte Rötung	
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem		<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Erythem	
<input type="checkbox"/> Wundsein	<input type="checkbox"/> Erosionen		<input type="checkbox"/> Wundsein	<input type="checkbox"/> Erosionen	
<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln		<input type="checkbox"/> Pusteln	<input type="checkbox"/> Papeln	
<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Hautnässen	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> kein Katheter	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter		<input type="checkbox"/> subrapubischer BK	<input type="checkbox"/> Einmalkatheter	
<input type="checkbox"/> Allergien, gegen:					
<input type="checkbox"/> Körpermaße.....					
empfohlener Versorgungsintervall: <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 8 Wochen <input type="checkbox"/> 12 Wochen _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges					

II. Informationen für den Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person

Sehr geehrte Damen und Herren,

die AOK PLUS hat mit Ihrem Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag geschlossen. Ihr Leistungserbringer stellt damit Ihre Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher. Hierfür erhält er von der AOK PLUS eine monatliche Vergütung in Form einer Pauschale. Sämtliche benötigte Hilfsmittel aus dem Bereich der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel sind daher ausschließlich von Ihrem Leistungserbringer zu beziehen.

Der Wechsel zu einem anderen Lieferanten ist möglich. Dabei sind der Lieferturnus der Hilfsmittel sowie die Rezeptgültigkeit zu berücksichtigen. Der Versorgerwechsel ist **rechtzeitig und zwingend** mit dem bisherigen Lieferanten abzustimmen. Ansonsten können Mehrkosten für Sie entstehen.

Persönliche Änderungen, insbesondere der Wechsel des Wohnortes, der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung sowie der Wechsel der Krankenkasse sind dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Bitte informieren Sie Ihre Angehörigen, dass diese die Information übernehmen, wenn Sie dazu persönlich nicht mehr in der Lage sind. Wird das Inkontinenzmaterial nicht mehr benötigt (z. B. Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung), muss nicht verbrauchtes Material an den Lieferanten zurückgegeben werden.

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihr Leistungserbringer unter folgender

Service-Tel.-Nr.:

gern zur Verfügung.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass

- eine Lieferung grundsätzlich nur mit einem **gültigen Rezept** möglich ist, das Sie Ihrem Lieferanten zur Verfügung zu stellen haben,
- Sie in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen und die Liefertermine mit Ihnen abgestimmt wurden,
- Ihnen die Servicenummer des Leistungserbringers bekannt ist, an die Sie sich bei Fragen zur Versorgung bzw. bei auftretenden Komplikationen wenden können.

Bemerkungen und Begründung bei einer Versorgung unter drei Produkten innerhalb von 24 Stunden:

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

III. Datenschutzrechtliche Information

Sie sind über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten im Rahmen der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln umfassend informiert worden.

Ihnen ist insbesondere bekannt, dass

- dieser Nachweis durch den von Ihnen gewählten Leistungserbringer aufbewahrt und zur Abrechnung bei der AOK PLUS eingereicht wird,
- Unterlagen, die der AOK PLUS zur Verfügung gestellt werden, an den MDK Sachsen oder Thüringen weitergegeben werden dürfen, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung erforderlich sind,
- Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich ist, damit die AOK PLUS ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann. Ihre Daten sind zur Bedarfsermittlung⁶ der geeigneten Hilfsmittel zu erheben. Eine fehlende Mitwirkung von Ihrer Seite kann zum Leistungsversagen führen.
- Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können.

⁶ Zum Beispiel durch das Führen eines Miktionsprotokolls. Dieses ist ein Instrument zur Diagnostik der Harninkontinenz mit exakter Protokollierung über Zeitpunkt, Menge und evtl. Anlass der Harnabgabe. Zusätzliche Informationen liefern u. a. Angaben über Nahrungs- und Medikamenteneinnahme und Stuhlgang. Das Miktionsprotokoll enthält wichtige Informationen über die Blasenentleerungsverhältnisse, darüber hinaus dient es zur Therapiekontrolle sowie für den Arzt als auch für den Patienten.

IV. Information über Aufzahlungen

Folgende aufzahlungsfreie Produkte sind angeboten worden:

.....

.....

.....

Es wird die Lieferung von diesen aufzahlungspflichtigen Produkten aus folgenden Gründen vereinbart:

gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung in EUR pro Monat/ alternativ pro Stück
.....
.....
.....

Der Leistungserbringer hat Sie über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung informiert, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist. Er hat Ihnen mindestens zwei aufzahlungsfreie und für Sie nutzbare Versorgungsvarianten angeboten. Für freiwillige Aufzahlungen haben Sie keinen Erstattungsanspruch gegen Ihre Krankenkasse.

V. Erklärung des Leistungserbringers

zu I.: Ich habe diese Daten erhoben und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu IV.: Ich habe den Versicherten über die aufzahlungsfreien Produkte informiert. Nach Bemusterung und Beratung hat er sich für die oben benannten Produkte entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich. Die beschriebenen Aufzahlungspreise sind für ein Jahr, beginnend mit dem Tag der Unterzeichnung, gültig.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

VI. Erklärung des Versicherten

zu I.: Ich nehme die Erhebung zur Kenntnis und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ich habe die Information gelesen und nehme dies mit meiner Unterschrift zur Kenntnis.

zu III.: Ich habe die datenschutzrechtliche Information zur Kenntnis genommen und bin mit den Inhalten einverstanden. Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu IV.: Nach der Beratung entscheide ich mich für die oben genannte Versorgung.

Ein Exemplar des Nachweises habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

2. Nachtrag zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im ambulanten Bereich zwischen AOK PLUS und «FIRMA_kurz» vom 1. April 2017

- Anlage 2 -

Anlage 3 – Elektronische Übermittlung von Kostenvoranschlägen (eKVA)

Für den eKVA gilt Folgendes:

1. Datenübermittlung

Die Übermittlung der Daten erfolgt nur durch oscar® OGS LE-zertifizierte IT-Dienstleister/ Branchensoftwareanbieter.

Als Anlage sind eingescannte Objekte, welche mit den Originalbelegen identisch sind, beizufügen.

2. Pflichten der AOK PLUS

Die AOK PLUS verpflichtet sich, dem Leistungserbringer einen Ansprechpartner für den eKVA zu benennen und alle zur Durchführung notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die AOK PLUS übermittelt dem Leistungserbringer grundsätzlich auf elektronischem Weg die Informationen zum Versorgungsfall und zur Leistungsentscheidung.

3. Pflichten des Leistungserbringers

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die grundsätzlichen Lieferbestimmungen sowie die spezifischen Lieferbestimmungen der AOK PLUS, bezogen auf die jeweilige Produktgruppe, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Diese sind im Gesundheitspartnerportal der AOK PLUS veröffentlicht.

Der Leistungserbringer hat die Qualität aller Kostenvoranschläge fortlaufend zu optimieren. Er benennt Ansprechpartner mit Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse und den von ihm gewählten Dienstleister, um der AOK PLUS alle zum Betrieb notwendigen Informationen zur Durchführung des eKVA zur Verfügung zu stellen. Bei Änderungen sind diese der AOK PLUS mitzuteilen.

4. Vergütung

Weder die AOK PLUS noch der Leistungserbringer beanspruchen Vergütungen für den eKVA. Die Vereinbarungen mit Branchensoftware- oder/und IT-Dienstleistern erfolgen gesondert und berühren diesen Vertrag nicht.

2. Nachtrag zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im ambulanten Bereich zwischen AOK PLUS und «FIRMA_kurz» vom 1. April 2017

- Anlage 3 -

Leistungserbringer
Institutionskennzeichen
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Anlage 4 – Elektronische Empfangsbestätigung*

* Dies stellt ein Muster dar. Die Inhalte sind entscheidend und können auch in betriebsspezifische EDV-Systeme integriert werden.

Gegenstand

Wir nutzen neueste technische Einsatzmöglichkeiten des papierlosen Büros. Einer der Bausteine ist die elektronische Empfangsbestätigung, durch die der Versicherte den Empfang eines Hilfsmittels bestätigt.

Die Empfangsbestätigung ist unabdingbarer Bestandteil der rechnungsbegründenden Unterlagen bei der Abrechnung von Hilfsmitteln. Dabei bestätigt der Hilfsmittlempfänger bisher schriftlich auf der Verordnung oder auf einem Lieferschein den ordnungsgemäßen Erhalt des Hilfsmittels. Dabei sieht der Versicherte, was er mit seiner Unterschrift bestätigt. Dieses Kenntnis ist auch bei einer elektronischen Empfangsbestätigung zwingend einzuhalten.

Die AOK PLUS wird eine elektronische Empfangsbestätigung nur dann anerkennen, wenn die nachstehenden Anforderungen erfüllt werden und dies verbindlich durch die unten stehende Selbstauskunft/Erklärung gegenüber der AOK PLUS abgegeben wird. Das Schriftformerfordernis ist gewahrt, wenn die Unterschrift originalgetreu auf der unterzeichneten Empfangsbestätigung wiedergegeben und der Ausdruck der Abrechnung beigelegt wird.

Selbstauskunft/Erklärung

Das von uns genutzte Verfahren für die elektronische Empfangsbestätigung erfüllt mindestens folgende Voraussetzungen:

1. Die unter „Gegenstand“ gemachten Ausführungen werden anerkannt bzw. bestätigt.
2. Während der Unterzeichnung ist für die Versicherten der AOK PLUS der vollständige Inhalt der Empfangsbestätigung auf dem Touchpad erkennbar. Dies beinhaltet mindestens die exakte Bezeichnung der abgegebenen Hilfsmittel und das Datum der Übergabe.
3. Bei dem von uns eingesetzten Verfahren ist es technisch ausgeschlossen, dass bereits vorhandene elektronische Empfangsbestätigungen/Unterschriften kopiert und/oder anderweitig genutzt werden können.

Mit Unterzeichnung dieser Selbstauskunft/Erklärung erkennen wir an, dass die AOK PLUS bei zweifelsfrei festgestellter Nichteinhaltung derselben die Anerkennung der Empfangsbestätigung in elektronischer Form als rechnungsbegründende Unterlage fristlos widerrufen wird. Darüber hinausgehende vertragsrechtliche Schritte bleiben der AOK PLUS vorbehalten.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des
Leistungserbringers

2. Nachtrag zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im ambulanten Bereich zwischen AOK PLUS und «FIRMA_kurz» vom 1. April 2017

- Anlage 4 -
