

Vertrag

**über die Versorgung von Tracheotomierten
und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln**

nach § 127 Abs. 2 SGB V

vom 1. April 2015

zwischen der

AC/TK 15 09 P12

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

im Folgenden AOK RPS genannt

und

Leistungserbringer P12

im Folgenden Leistungserbringer genannt

Präambel

Auf der Grundlage des § 127 Abs. 2 SGB V sowie des Versorgungsanspruchs nach § 33 Abs. 1 SGB V regeln die Vertragsparteien die Versorgung der tracheotomierten und laryngektomierten Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln. Der Vertrag soll durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Ziel einer fachgerechten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten der AOK RPS gekennzeichnet sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung von tracheotomierten und laryngektomierten Versicherten der AOK RPS mit den in der **Anlage 2** aufgeführten Hilfsmitteln einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen auf Basis einer Vergütung mit Monatspauschalen, die in **Anlage 6** näher bestimmt sind.
- (2) Dieser Vertrag regelt in erster Linie die Neuversorgung mit den in **Anlage 2** genannten Hilfsmitteln nebst Verbrauchsmaterialien; ansonsten gelten die Übergangsregelungen.
- (3) Die Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln, die nicht von den Monatspauschalen **Anlage 6** umfasst sind, richtet sich nach dem „Vertrag über die Lieferung von Rehabilitationshilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rehavertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung. Der „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung findet auf die Versorgung nach diesem Vertrag ebenfalls Anwendung. Beide Verträge sind unter www.aok-gesundheitspartner.de/rp/hilfsmittel/vertraege_preise veröffentlicht. Der Kodex Medizinprodukte in der jeweils aktuell gültigen Fassung ist Vertragsbestandteil und vom Leistungserbringer einzuhalten.
- (4) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards
Anlage 2	Leistungsbeschreibung
Anlage 3	Versichertenerklärung
Anlage 4	Aufnahme- und Verlaufsprotokoll
Anlage 5	Dokumentation und Nachweis über die Einweisung und Schulung
Anlage 6	Preisvereinbarung
Anlage 7	Mehrkostenerklärung
Anlage 8	Werbung
Anlage 9	Beitritts- und Anerkenntniserklärung

§ 2 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur berechtigt, wenn sie die Präqualifizierungsvoraussetzungen in der jeweils aktuell gültigen Fassung und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen (§ 126 Abs. 1 SGB V). Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen nicht, nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK RPS.

- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 9** nachzuweisen. Bis zum Nachweis entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt keine rechtliche Wirkung.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, die die Eignung bzw. Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK RPS schriftlich mitzuteilen.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sowohl mit Hilfsmitteln nebst Verbrauchsmaterialien als auch mit den entsprechenden Dienst- und Serviceleistungen hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Die Versorgung unterschreitet nicht das Maß des Notwendigen und muss in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet
 - eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten,
 - eine fachgerechte und qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung mit Hilfsmitteln, die dem aktuellen Stand der Medizintechnik entsprechen,
 - die unverzügliche Abgabe, Lieferung, Anpassung und Herstellung von Hilfsmitteln, die unverzügliche Vornahme notwendiger Zurichtungen, Änderungen und die rechtzeitige Instandsetzung, Wartung sowie sicherheitstechnische Kontrolle der eingesetzten Hilfsmittel,
 - die technisch einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Herstellerhinweise,
 - die fachliche Beratung und Einweisung der Versicherten und ggf. deren Bezugs- oder Betreuungspersonen bei der Auswahl, in die Handhabung und in die sachgerechte Pflege sowie in den Gebrauch der Hilfsmittel und
 - die fachliche Nachbetreuung der Versicherten.
- (3) Der Leistungserbringer hat fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (**Anlage 1**). Sofern sich der Leistungserbringer zur Ausführung der vertraglichen Verpflichtungen Dritter bedient, hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Dritte die fachlichen Voraussetzungen gemäß **Anlage 1** erfüllt; § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Vertrages gelten entsprechend. Für Dritte haftet der Leistungserbringer wie für Erfüllungsgehilfen.
- (4) Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V beschriebenen allgemeinen medizinischen und technischen Anforderungen und Ausstattungen stellen die Mindestanforderungen der abzugebenden Hilfsmittel dar.
- (5) Einzuhalten sind insbesondere die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV), die Herstellerhinweise sowie die Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.
- (6) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der an die Versicherten nach diesem Vertrag entsprechend **Anlage 2** abzugebenden wiedereinsetzbaren Hilfsmittel. Er ist Betreiber im Sinne des MPG.

- (7) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind aufzahlungsfrei zu erbringen. Wählt der Versicherte der AOK RPS jedoch Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat der Leistungserbringer den Versicherten über die hierdurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld aufzuklären. Die Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Eine Mehrkostenerklärung entsprechend **Anlage 7** ist vom Leistungserbringer auszufüllen und vom Versicherten zu bestätigen. Die Dokumentation entsprechend **Anlage 7** ist der AOK RPS auf Verlangen vorzulegen. Sofern keine Dokumentation über die Aufklärung des Versicherten vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Aufklärung stattfand. § 2 Abs. 1 Satz 3 ist anzuwenden.
- (8) Es erfolgt keine Risikoselektion durch den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer lehnt keine Versorgung auf Grundlage dieses Vertrages ab, auch die nicht, die ihm von der AOK RPS zugewiesen wird. Einer Ablehnung der Versorgung durch den Leistungserbringer muss die AOK RPS zustimmen. Kommt der Leistungserbringer dieser vertraglichen Versorgungsverpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK RPS berechtigt, einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen. In diesem Fall hat der untätig gebliebene oder nicht rechtzeitig tätig gewordene Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten dieser Ersatzversorgung zu tragen.
- (9) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer vor bzw. bei erstmaliger Versorgung entsprechend **Anlage 3** „Versichertenerklärung“ aufzuklären. Die vom Versicherten unterschriebene **Anlage 3** ist der AOK RPS mit der ersten Abrechnung für jeden Versicherten vorzulegen. Der Leistungserbringer kann eine eigene, der **Anlage 3** entsprechende, inhaltsgleiche Erklärung einsetzen; insoweit hat er die Abweichungen zu verantworten.

§ 4 Verordnung

- (1) Die Durchführung einer Versorgung bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16); in begründeten Fällen ist eine Verordnung eines (ermächtigten) Krankenhausarztes ausreichend. Begründete Fälle sind insbesondere die Erstversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt wegen der Neuanlage eines Tracheostomas oder der Laryngektomie und die Versorgung nach einem weiteren Krankenhausaufenthalt, wenn ein Vertragsarzt aus Gründen der Eilbedürftigkeit nicht rechtzeitig erreicht werden kann.
- (2) Eine vertragsärztliche Verordnung ist erforderlich für die Erstversorgung, für die erstmalige Beauftragung einer Versorgung nach diesem Vertrag und bei einer medizinisch gebotenen Änderung der ärztlichen Diagnose (§ 33 Abs. 5a SGB V). Spätestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung für die Durchführung der Folgeversorgungen vorzulegen.
- (3) Aus der Verordnung hat die ärztliche Diagnose hervorzugehen. Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung sind nur vom ausstellenden Arzt vorzunehmen, mit Datum und Arztstempel zu versehen und zu unterzeichnen.
- (4) Wird die Verordnung vom Leistungserbringer später als vier Wochen nach ihrer Ausstellung angenommen, so ist die AOK RPS nicht mehr zur Kostenübernahme verpflichtet.

§ 5 Auftragserteilung, Kostenvoranschlag

- (1) Die Erstversorgung, erstmalige Versorgung durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag und der Wechsel des Leistungserbringers während eines laufenden Versorgungszeitraums nach diesem Vertrag bedürfen der vorherigen Auftragserteilung durch die AOK RPS; ebenso unterliegt die medizinisch gebotene Änderung der ärztlichen Diagnose der vorherigen Auftragserteilung. Der Leistungserbringer hat unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung einen elektronischen Kostenvoranschlag mit mindestens den folgenden Angaben einzureichen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift etc.)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)
 - Art und Höhe der Monatspauschale
 - Lieferumfang der Erstversorgung (v. a. Artikelbezeichnung, Menge, Hilfsmittelpositionsnummer, PZN)
- (2) Die Auftragserteilung gilt bis zum Widerruf für die durchgeführte und nachgewiesene Folgeversorgung. Kann der Leistungserbringer die Lieferung nicht nachweisen, gilt sie als nicht erfolgt.
- (3) Für den Fall, dass eine Erstversorgung zwingend am Wochenende oder an Feiertagen stattfinden muss, kann die Versorgung auch ohne vorherige Auftragserteilung erfolgen. Der Kostenvoranschlag ist innerhalb von vier Arbeitstagen einzureichen, ansonsten entfällt der Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.
- (4) Für nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel der Produktgruppe 14, die mit der Versorgung von Tracheotomierten oder Laryngektomierten unmittelbar in Verbindung stehen, welche jedoch ausschließlich der Beatmung dienen und von **Anlage 2** nicht umfasst werden, ist ein Kostenvoranschlag ab einem Betrag von 200,00 € inkl. MwSt. erforderlich.

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die Leistung umfasst sämtliche im Einzelfall medizinisch notwendigen und zum Behinderungsausgleich notwendigen Hilfsmittel nebst Verbrauchsmaterialien, um dadurch eine sach- und fachgerechte Versorgung der Versicherten der AOK RPS durch den Leistungserbringer sicherzustellen. Dazu sind alle für die Versorgung erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen, insbesondere Anlieferung, Beratung, Betreuung, Montage, Einstellung, Erprobung, Instandsetzung, Wartung und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß der gesetzlichen Vorschriften und der Herstellerhinweise, Reparatur (einschließlich der Ersatzgeräte), Abholung, Ersatzbeschaffung, Entsorgung sowie Umversorgung zu erbringen. Die Inhalte der **Anlagen 1 und 2** stellen die Mindestanforderungen der Leistungserbringung dar.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Reparatur, Instandsetzung, Wartung und sicherheitstechnische Kontrolle während des gesamten Versorgungszeitraums sach- und fachgerecht sicherzustellen. Bei notwendigen Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnischen Kontrollen, die nicht sofort ausgeführt werden können, hat der Leistungserbringer für die Dauer der Reparatur, Instandsetzung, Wartung und sicherheitstechnischen Kontrolle ein Ersatzhilfsmittel dem Versicherten kostenfrei zur Verfügung zu stellen oder das Hilfsmittel auszutauschen.
- (3) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer auf seine Pflicht zum sorgsamem sowie sach- und fachgerechten Umgang mit den überlassenen Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien hinzuweisen.

§ 7 Ablauf der Versorgung

- (1) Die Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien erfolgt kalendermonatlich. Im Einvernehmen und Verhältnis zwischen Versicherter und Leistungserbringer kann die Versorgung abweichend von Satz 1 auch für mehrere Kalendermonate, höchstens jedoch für drei Kalendermonate, erfolgen.
- (2) Die Versorgung resp. der Versorgungszeitraum beginnt in dem Kalendermonat, in dem die Neuanlage des Tracheostomas bzw. die Laryngektomie im Krankenhaus erfolgt ist. Maßgebend für die Bestimmung des Kalendermonats ist der Tag nach der Krankenhausentlassung (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 BPfIV). Die Versorgung endet an dem Tag im Kalendermonat, in dem die Versorgung wegen Wegfall der medizinischen Notwendigkeit oder Ende der Versicherung bzw. Mitgliedschaft, z. B. durch Tod, endet.
- (3) Auf dem Lieferschein ist der Versorgungszeitraum, der besonders für den Versicherten deutlich erkennbar sein muss, vom Leistungserbringer anzugeben. Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter hat die Lieferung schriftlich zu bestätigen.
- (4) Sofern der Versicherte für jeweils einen vollen Kalendermonat, z. B. aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, nicht im Rahmen dieses Vertrages versorgt werden muss, entfällt der Versorgungsanspruch des Leistungserbringers für diesen Kalendermonat bzw. diese Kalendermonate.
- (5) Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraums am Ende des jeweiligen Versorgungszeitraums möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung in Abstimmung mit dem Versicherten den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen.
- (6) Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen. Der zweitangegangene bzw. neue Leistungserbringer beginnt die Versorgung erst nach der vorherigen Auftragsbestätigung durch die AOK RPS; ein Versorgungsanspruch insoweit besteht nicht.

§ 8 Rechnungslegung, Fälligkeit

- (1) Zur Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen erstellt der Leistungserbringer für die abgeschlossene kalendermonatliche Versorgung eine Rechnung. Der Versorgungszeitraum ist stets vom Leistungserbringer auf der Rechnung anzugeben.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt in zwei geteilten Sammelrechnungen nach dem Versichertenbestand der ehemaligen AOK Rheinland-Pfalz und der ehemaligen AOK Saarland.
- (3) Für die Abrechnung von Hilfsmitteln gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 SGB V.

- (4) Die Rechnung ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
DLC Hilfsmittelabrechnung
Kundencenter Worms
Goethestraße 24
67457 Worms
- (5) Bei der Abrechnung der jeweiligen Monatspauschale sind als rechnungsbegründende Unterlagen mit der Rechnung einzureichen:
- Vertragsärztliche Verordnung

Eine vertragsärztliche Verordnung im Original ist in den Fällen des § 4 Abs. 2 dieses Vertrages beizufügen. Spätestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung im Original für die Folgeversorgung vorzulegen. Für Folgeversorgungen genügt eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung, wenn bei der ersten Abrechnung der Folgeversorgung eine vertragsärztliche Verordnung im Original bereits vorgelegt worden ist.
 - Lieferschein mit Empfangsbestätigung des Versicherten oder eines von ihm Bevollmächtigten, wobei erkennbar sein muss, in welchem Verhältnis der Bevollmächtigte zum Versicherten steht (z. B. „Tochter“). Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Empfangsnachweis des Paketdienstes (z. B. Paketverfolgungsnummer) ausreichend. Die Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten auf der Empfangsbestätigung muss in zeitlicher Kongruenz zum Versorgungszeitraum stehen.

Wenn die Lieferung die Versorgung für mehr als einen Kalendermonat umfasst, die Abrechnung jedoch je Kalendermonat erfolgt, reicht der Leistungserbringer im ersten Kalendermonat den Lieferschein und die Empfangsbestätigung im Original ein und für die Abrechnung der Folgemonate eine Kopie des Lieferscheins und der jeweiligen Empfangsbestätigung unter Angabe der Art und des Versorgungszeitraumes, für den die Lieferung gilt.

Alternativ kann eine Kopie des Lieferscheins und der Empfangsbestätigung anstelle der Originalunterlagen eingereicht werden. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS in diesem Fall auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.
 - Kopie der Auftragserteilung bei Erstversorgung, bei erstmaliger Versorgung des Versicherten durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag und beim Wechsel des Leistungserbringers während eines laufenden Versorgungszeitraums nach diesem Vertrag und bei der medizinisch gebotenen Änderung der Diagnose.

Alternativ ist die Angabe der Genehmigungsnummer auf der Rechnung ausreichend.
 - Kopie der ausgefüllten Versichertenerklärung entsprechend **Anlage 3** bei erstmaliger Abrechnung der Leistungen für den Versicherten durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS in diesem Fall auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.
- (7) Die Abrechnung genügt erst dann diesem Vertrag, wenn der AOK RPS sowohl die Daten nach § 302 SGB V im Rahmen des Datenträgeraustauschs (DTA) als auch die rechnungsbegründenden Unterlagen vollständig und prüffähig vorliegen.

- (8) Bei mangelnder Prüffähigkeit, auffallenden Differenzen sowie Unstimmigkeiten oder Abrechnung anderer als der vereinbarten Preise kann die AOK RPS dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben sowie die Begleichung der Rechnung unabhängig von der Auftragserteilung verweigern.
- (9) Sofern zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungspositionen resp. Abrechnungskürzungen abermals in Rechnung gestellt werden, sind sie von den anderen Abrechnungspositionen deutlich hervorzuheben. Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungsposten oder Abrechnungskürzungen bei einer etwaigen späteren Abrechnung oder Mahnung detailliert samt der vollzogenen Abänderung aufzulisten, insoweit sind bloße Bezugnahmen bzw. pauschale Verweise auf andere Abrechnungsunterlagen nicht statthaft. Um die Transparenz bei der Abrechnung zu wahren, ist bei einer erneuten Abrechnung eine separate Rechnungsaufstellung anzufertigen. Auf Anforderung der AOK RPS sind die Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V nochmals zur Verfügung zu stellen.
- (10) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden. Nach dem Eintritt der Fälligkeit kommt die AOK RPS erst mit gesonderter Mahnung in Verzug und nicht durch die bloße Übersendung der Rechnung; auch wenn dort eine Zeit bestimmt ist. Soweit die AOK RPS Zahlungen geleistet hat, ist sie zur Rückabwicklung berechtigt.
- (11) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für die Abrechnungsstelle, deren sich der Leistungserbringer bedient; der Leistungserbringer schafft mit dessen Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (12) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.

§ 9 Vergütung

- (1) Für vertragliche Leistungen erhält der Leistungserbringer nach vertragskonformer Leistungserbringung und Abrechnung eine Vergütung, deren Höhe sich nach **Anlage 6** bestimmt. Die Vergütung erfolgt nach der jeweiligen Monatspauschale für den Kalendermonat, in dem tatsächlich eine Abgabe von abrechnungsfähigen Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages nachgewiesen wird; sie kann nur einmal abgerechnet werden. Die Monatspauschale i.S. dieses Vertrages ist ein Höchstpreis für die - insbesondere in § 6 und den **Anlagen 1 und 2** - definierten Leistungen innerhalb eines Kalendermonats, und zwar unabhängig von dem individuellen notwendigen Bedarf des Versicherten.
- (2) Die AOK RPS überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen einschließlich des DTA. Bei Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen und des DTA wird Skonto in Höhe von 2% gewährt, sofern dies auf der Abrechnung entsprechend ausgewiesen ist. Die in Satz 1 und 2 genannten Fristen gelten als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen arbeitsfreien Tag (Samstag, Sonntag oder Feiertag), so verschiebt sich die Frist auf den nächsten Arbeitstag.

- (3) Mit den vereinbarten Preisen gemäß **Anlage 6** oder auf Basis von Kostenvoranschlägen erteilten Aufträgen sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der AOK RPS erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten, die nach der vertraglichen Leistungsbeschreibung – insbesondere in § 6 und den **Anlagen 1 und 2** – festgeschrieben sind, und zwar unabhängig von dem individuellen notwendigen Bedarf des Versicherten. Weder der AOK RPS noch dem Versicherten entstehen für Leistungen nach diesem Vertrag weitere Kosten.
- (4) Die Vergütung für nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel der Produktgruppe 14, die mit der Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten unmittelbar in Verbindung stehen, welche jedoch ausschließlich der Beatmung dienen und von **Anlage 2** nicht umfasst werden, richtet sich nach den Regelungen der **Anlage 6** „Preisvereinbarung“.
- (5) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Darüber hinaus darf der Leistungserbringer vom Versicherten keine Auf- sowie Zuzahlungen, außer der gesetzlich festgelegten Zuzahlung, verlangen. Dies gilt nur soweit der Versicherte keine ausdrücklich gewünschte Mehrleistung nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V verlangt; dies ist gemäß **Anlage 7** zu dokumentieren.
- (6) Sobald der vertragliche Versorgungsanspruch des Leistungserbringers entfällt, schuldet die AOK RPS keine Vergütung.
- (7) Sofern eine Abrechnungsstelle rechnungsbegründende Unterlagen zur Abrechnung einreicht, zahlt die AOK RPS an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Fällige Forderungen, die der AOK RPS gegenüber dem Leistungserbringer zustehen, können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Der Leistungserbringer hat die Pflicht mit seiner Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür zu schaffen. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (8) Für die Tätigkeit und Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für einen Erfüllungsgehilfen.

§ 10 Qualitätssicherung, Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer Daten in Form einer Excel- oder Accesstabelle über die abgegebenen Hilfsmittel entsprechend **Anlage 1**. Diese Daten sind der AOK RPS auf Anforderung unentgeltlich und unaufgefordert zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die AOK RPS ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Dazu gehört auch die kurzfristige Übermittlung eines Nachweises der an die Versicherten gelieferten Produkte (z. B. Lieferschein mit Empfangsbestätigung).

- (3) Der Leistungserbringer unterliegt einer allgemeinen Wirtschaftlichkeitsüberprüfung (§§ 2,12, 70 sowie § 284 Abs. 1 Nr. 8 und 9 SGB V). Die AOK RPS prüft die ihr übermittelten Abrechnungsdaten auf Fachlichkeit, Vertragskonformität, Rechtmäßigkeit sowie Plausibilität. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die festgestellten Auffälligkeiten durch Vorlage von Rechnungen, Dokumentationen oder eigene Stellungnahmen aufzuklären und durch Übersendung von Kopien bzw. Ausdrucken nachzuweisen, auch wenn diese bereits der AOK RPS zur Verfügung gestellt worden sind. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung zeitlich begrenzt.

§ 11 Vertragsverstöße, -maßnahmen und -strafen

- (1) Dieser Vertrag geht von dem Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner sorgen für eine gewissenhafte Durchführung der Bestimmungen dieses Vertrages.
- (2) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die AOK RPS nach schriftlicher oder mündlicher Anhörung des Leistungserbringers unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit
- eine Verwarnung oder Androhung einer Vertragsstrafe aussprechen,
 - die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zu 5% des jährlichen Bruttoumsatzerlöses nach diesem Vertrag verlangen,
 - bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen diesen Vertrag fristlos kündigen oder
 - bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.

Unabhängig davon ist der durch eine Vertragsverletzung entstandene Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen. Diese Rückforderungen sind sofort fällig.

- (3) Die Maßnahmen nach Absatz 2 können auch nebeneinander ausgesprochen werden.
- (4) Bei einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren oder bei Aufklärung im Rahmen des § 197a SGB V – Fehlverhalten im Gesundheitswesen – entfällt die vorherige Anhörung.

§ 12 Datenschutz, Vertraulichkeit

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen seinen Arbeitnehmern bzw. beauftragten Dritten bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Zusätzlich verpflichtet der Leistungserbringer seine Arbeitnehmer und ggf. beauftragte Dritte schriftlich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Auf Verlangen der AOK RPS übermittelt er kostenlos Kopien der Erklärungen seiner Arbeitnehmer sowie der von ihm beauftragten Dritten.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nur nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der AOK RPS, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

- (3) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen die Vorschriften des Datenschutzes kann die AOK RPS diesen Vertrag fristlos kündigen.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit des Vertrages hinaus sicherzustellen.

§ 13 Werbung, Verhaltensregeln, unzulässige Zusammenarbeit

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der Pflegeversicherung (PV) beziehen (**Anlage 8**) und haben sich lediglich auf sachliche Informationen zu beschränken.
- (2) Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Leistungspflicht der GKV bzw. PV ist die personenbezogene Werbung gegenüber Vertragsärzten, ermächtigten Krankenhausärzten und Versicherten etc. unzulässig.
- (3) Es ist unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungsdiensten aufzusuchen oder zu beeinflussen, soweit sich aus dem MPG, der MPBetreibV oder den Herstellerangaben keine Wartungspflicht ergibt. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandhaltungen und sicherheitstechnische Kontrollen bleibt davon unberührt. Dies gilt auch gegenüber Versicherten, die in Behinderteneinrichtungen, Alten-, Pflegeheimen o. ä. Einrichtungen betreut werden.
- (4) Dem Leistungserbringer ist es verboten, im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag Geldleistungen von Dritten/an Dritte, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen anzunehmen bzw. anzubieten.
- (5) Vergütungen von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieses Vertrages.
- (6) § 128 SGBV ist zu beachten.

§ 14 Haftung, Insolvenz und Geschäftsaufgabe

- (1) Der Leistungserbringer haftet für schuldhafte Vertragspflichtverletzungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, der AOK RPS gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der AOK RPS unverzüglich anzuzeigen.

§ 15 Übergangsregelungen

- (1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK RPS auf Basis anderer Verträge mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln versorgt, werden diese Fälle in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt. Der erstmaligen Abrechnung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages ist eine neue vertragsärztliche Verordnung und Auftragserteilung beizufügen.
- (2) Bereits vor Beginn dieses Vertrages ausgestellte vertragsärztliche Verordnungen bzw. erteilte Aufträge gelten maximal bis zum 30.04.2015 fort. In dem Fall entfällt die Vergütung nach diesem Vertrag.

Sind Versicherte bereits vor Abschluss dieses Vertrages mit wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages, **Anlage 2**, versorgt, gehen diese Hilfsmittel mit Zahlung der Monatspauschale in das Eigentum des Leistungserbringers über. Dies gilt auch, wenn ab Abschluss dieses Vertrages die Erstversorgung der/des Versicherten aus dem Lagerbestand der AOK RPS erfolgt.

- (3) Für wiedereinsatzbare Hilfsmittel mit einem Baujahr, das nicht länger als vier Kalenderjahre vor Beginn der Versorgung nach diesem Vertrag zurückliegt, wird ein Betrag von 50,00 € pro Hilfsmittel von der ersten zu zahlenden Monatspauschale abgezogen.

Der Abzug ist in Form einer Gutschrift auf dem Kostenvoranschlag und der Abrechnung mit der in **Anlage 6** genannten Gebührenposition auszuweisen, die Registernummer des Hilfsmittels ist anzugeben.

§ 16 Öffentliche Ausschreibung

Sofern die AOK RPS eine Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 SGB V für Hilfsmittel nach diesem Vertrag durchführt, kommen die Regelungen dieses Vertrages mit dem Zeitpunkt des Beginns des Ausschreibungsvertrages für die ausgeschriebenen Hilfsmittel nicht mehr zur Anwendung.

§ 17 Vertragsbeginn, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag beginnt zum 01.04.2015 und gilt für alle ab dem 01.04.2015 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen. Mit Beginn dieses Vertrages enden alle bisherigen Verträge über die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln.
- (2) Dieser Vertrag sowie dessen Anlagen können ganz oder teilweise mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2016 gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- (3) Der Vertrag endet im Falle der Kündigung auch für gemäß § 127 Absatz 2a SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (4) Zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages begonnene Versorgungsleistungen werden vom Leistungserbringer ungeachtet der Kündigungen nach den Bestimmungen dieses Vertrages bis zur Weiterversorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer zu Ende geführt. Für diesen Zeitraum wirken die Regelungen dieses Vertrages fort.

§ 18 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Das betrifft auch das Schriftformerfordernis selbst.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so wird davon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Die Vertragsparteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Bestimmung oder Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.
- (3) Sollte der AOK RPS durch gesetzliche Veränderungen, eine Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung oder sonstige rechtliche Vorgaben die Durchführung dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht der AOK RPS ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages zu. Soweit jedoch die Anpassung des bestehenden Vertrages an geänderte gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben bzw. an eine geänderte Rechtsprechung möglich und zumutbar ist, geht diese der außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages vor.

Eisenberg,

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse

Leistungserbringer P12

Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Allgemeines

Die Beratung und Erstversorgung erfolgt postoperativ oder im Rahmen des Überleitungsmanagements in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma und Laryngektomie. Die ersten drei Versorgungsmonate nach Anlage des Tracheostomas bzw. der Laryngektomie werden als besonders beratungsintensive Zeit angesehen, da Veränderungen und Komplikationen auftreten können und sich die hilfsmittelbezogene Versorgung verändern kann.

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der AOK RPS und ggf. deren Bezugs-/Pflegepersonen sowohl während der ersten drei Monate seit Anlage des Tracheostomas bzw. der Laryngektomie als auch danach über die Handhabung der Hilfsmittel sowie über deren sachgerechte Pflege nach Anforderung des Versicherten, pflegenden Angehörigen oder des pflegerischen Fachpersonals, ggf. in Absprache mit dem behandelnden Arzt, zu beraten und zu versorgen. Bei Bedarf erfolgt eine Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. eine Anpassung und Nachschulungen.

Sofern der Betroffene nicht in der Lage ist, der Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, erfolgt die Beratung und Anleitung der pflegenden Angehörigen und des beteiligten Pflegedienstes bzw. bei vollstationärer Pflege des Pflegepersonals.

Die Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK RPS frei Haus zur Verfügung gestellt. Die reine Produktnachlieferung darf auch auf dem Postweg geschehen, sofern der Versorgungsfall dies zulässt.

Zur Entgegennahme von Versorgungsaufträgen hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag mindestens 8 Stunden während der üblichen Geschäftszeiten eine ständige Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Über eine Notfalldiensttelefonnummer hat der Leistungserbringer einen 24-Stunden-Notdienst (nicht über Anrufbeantworter) durch das examinierte und/oder technische Personal an sieben Tagen pro Woche, z. B. für lebenserhaltende Systeme, ein defektes Absauggerät, sicherzustellen. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle, z.B. beim Ausfall von medizinischen Geräten (z.B. Absauggerät) und ggf. auch bei Komplikationen am Tracheostoma, wenn der Versicherte nicht von einem Pflegedienst betreut wird. Die Rufbereitschaft ist mit einer Reaktionszeit von einer Stunde hinterlegt, in der Maßnahmen zur Beseitigung des Problems eingeleitet sein müssen. Für die Rufbereitschaft ist nur eine Notdienst-Nr. anzugeben.

2. Eignungsvoraussetzungen

Der Leistungserbringer weist zur Erfüllung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln die Präqualifizierungsvoraussetzungen entsprechend § 126 Abs. 1 SGB V nach.

Der Leistungserbringer setzt Mitarbeiter ein, die die folgenden oder gleichwertigen Voraussetzungen erfüllen:

- Gesundheits- und (Kinder)KrankenpflegerIn mit mindestens zweijähriger berufspraktischer Erfahrung nach Abschluss der Ausbildung in der Anwendung von Hilfsmitteln zur Versorgung von Tracheotomierten/Laryngektomierten und entsprechender aktueller Fort/Weiterbildung bzw. Schulung
- Regelmäßige, mind. einmal jährliche, fachspezifische Fort-/Weiterbildung bzw. Schulung

Die Nachweise der personellen Voraussetzungen sind der AOK RPS ebenfalls mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 9** vorzulegen.

Personelle Änderungen sind der AOK RPS unverzüglich anzuzeigen.

3. Produktstandards

Hilfsmittel haben dem allgemein anerkannten Stand der Technik zu entsprechen und den medizinischen sowie technischen Fortschritt angemessen zu berücksichtigen.

Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf der Versicherten erbracht werden. Die Art und Verwendung richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Es erfolgt grundsätzlich ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Gründe dagegen.

4. Qualitätssicherung, Statistik

Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer einen Bericht in Form einer Excel- oder Access-Tabelle. Diese Daten sind der AOK RPS auf Anforderung unentgeltlich und unaufgefordert zur Verfügung zu stellen.

Die Datenübermittlung enthält folgende Datenelemente (Spaltenüberschrift bzw. Felder):

- Versichertennummer (Vers.-Nr.)
- Produktbezeichnung des Herstellers
- Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig)
- Pharmazentralnummer (PZN, soweit diese vorhanden ist)
- Stückzahlen des jeweils abgegebenen Hilfsmittels (keine Verpackungseinheiten)
- Versorgungsbeginn eines Versorgungszeitraums (z. B. 01.05.2015)
- Versorgungsende eines Versorgungszeitraums (z. B. 31.05.2015)
- Versorgungstage je Versorgungszeitraum mit Hilfsmitteln
- Betriebsstättennummer der verordnenden Praxis
- Lebenslange Arztnummer des verordnenden Arztes
- Rechnungsnummer
- Positionsnummer entsprechend **Anlage 6**
- Rechnungsbetrag brutto
- Zuzahlungsbetrag
- Zahlbetrag

Weitere Inhalte der Statistik können individuell zwischen der AOK RPS und dem Leistungserbringer vereinbart werden.

5. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung finden mindestens drei Beratungsbesuche innerhalb der beratungsintensiven Phase der ersten drei Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt.

Bei Bedarf oder auf Anforderung durch den Versicherten, pflegende Angehörige oder des pflegerischen Fachpersonals finden weitere Beratungsbesuche auch nach Ablauf der ersten drei Monate statt.

Besuchstermine sind im Vorfeld mit dem Versicherten oder der/den Betreuungsperson/en abzustimmen.

5.1 Aufklärung, Beratung und Versorgung im Rahmen des Entlassungsmanagements, spätestens am Tag der Entlassung in den häuslichen ambulanten oder vollstationären Bereich, insbesondere

- Dokumentation entsprechend **Anlage 4** „Aufnahme- und Verlaufsprotokoll“, diese Anlage ist der AOK RPS auf Anforderung vorzulegen
- Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen / dem weiterbetreuenden Pflegepersonal zur zukünftigen Versorgungssituation
- Übergabe eines Leitfadens für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Produkte
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Bemusterung
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
- Anleitung des Patienten/Angehörigen/Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung
- Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß vertragsärztlicher Verordnung
Frühestmögliche Versorgung mit der endgültigen Trachealkanüle
- Terminvereinbarung zur Schulung, Beratung und Versorgung im Sinne der Position 5.2

5.2 Schulung, Beratung und Versorgung während der beratungsintensiven Phase der ersten drei Monate nach der Krankenhausentlassung je nach Anforderung des Versicherten, pflegender Angehöriger oder des Pflegepersonals, insbesondere

- Dokumentation entsprechend **Anlage 5** „Nachweis über die Schulung und Einweisung“, diese Anlage ist der AOK RPS auf Anforderung vorzulegen
- Wiederholung bzw. Einweisung und Schulung des Patienten und der Angehörigen und des betreuenden Pflegepersonals in der Handhabung und Anwendung der zum Einsatz kommenden Produkte
- Beratung über Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Wiederholung der Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen, Komplikationen sind zu dokumentieren und der behandelnde Arzt ist unverzüglich zu informieren
- Produktlieferung
- Terminvereinbarung für die Folgeversorgung

Anlage 2 – Leistungsbeschreibung

Die Monatspauschale für tracheotomierte und laryngektomierte Versicherte vergütet insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers:

- **Alle Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien**, die zur Entlassung des Versicherten aus dem stationären Bereich und zur weiteren Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - stationäres und mobiles Absauggerät
 - stationäres und mobiles Inhaliergerät
 - Ultraschallvernebler inkl. ggf. benötigtes Sterilwasser
 - Kanülen auch in Sonder- und Maßanfertigungen und zusätzliche Innenkanülen Basis-/Halteplatten
 - Tracheostoma-Öl
 - Zubehör für Kanülen (z. B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder etc.)
 - Cuffdruckmesser
 - Trachealspreizer, Spekulum, Borkenpinzette
 - Pflasterversorgung inkl. bei medizinischer Notwendigkeit erforderlichem Hautkleber-/Pflasterentferner
 - Sprechhilfen
 - Shuntventile
 - Stomabutton
 - Absaugkatheter, geschlossene Absaugsysteme Fingertips, Absaugschläuche
 - künstliche Nasen, HME-Filter, Ventilsysteme
 - Trachealkompressen
 - Mullkompressen, Vlieskompressen
 - Kanülenreinigungsbürsten
 - Pflege- und Reinigungsmittel sowohl für die Kanüle als auch für die Haut, soweit medizinisch erforderlich
 - im Bedarfsfall sterile Handschuhe zur Absaugung
- alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen,
- die Erfüllung aller in der **Anlage 1** definierten Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards,
- die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen, Reparaturen, Instandsetzung und Wartungen sowie ggf. Ersatzversorgung,
- die Kosten für Auslieferung, Abholung, Verschrottung bzw. Entsorgung und Aussonderung der Hilfsmittel.

Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich.

Die Monatspauschale umfasst die Leistungen bis einschließlich der Trachealkanüle inklusive der künstlichen Nasen / HME-Filter.

Gänsegurgeln bzw. Faltschläuche und Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte sowie Medikamenten-/Ultraschallvernebler, die in den Beatmungskreislauf integriert werden, sind von der Monatspauschale ausgenommen. Bei Kostenvoranschlag und Abrechnung ist die Notwendigkeit dieser Hilfsmittel vom Leistungserbringer nachvollziehbar zu begründen.

Anlage 3 - Versichertenerklärung

Angaben zum Versicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Versichertennummer	Telefon

Angaben zum Leistungserbringer

Name	Service-Telefon
Anschrift	Ansprechpartner

Die/der oben genannte Versicherte bzw. dessen Angehörige/Pflegepersonen wurde/n von oben genanntem Leistungserbringer persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

- Alle Hilfsmittel, die der Versicherte im Zusammenhang mit der Tracheostoma-/Laryngektomieversorgung benötigt, dürfen nur von oben benanntem Leistungserbringer bezogen werden.
- Dies gilt für sämtliche Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien, Zubehör- und Ersatzteile im Bereich der Tracheostoma-/Laryngektomieversorgung und schließt alle Dienst- und Sachleistungen ein.
- Geräte sind Eigentum des oben genannten Leistungserbringers und daher servicetechnisch nur von ihm zu betreuen. Nicht mehr benötigte Geräte sind schnellstmöglich an den Leistungserbringer zurückzugeben.
- Ein sorgsamer Umgang mit überlassenen Geräten und Hilfsmitteln sowie der Schutz vor Diebstahl sind zu beachten.
- Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist möglich, sofern die Versorgungszeiträume sich nicht überschneiden. Der Versorgungszeitraum für Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien sowie ein möglicher Gerätewechsel sind dabei zu berücksichtigen. Der Wechsel ist rechtzeitig mit dem bisher versorgenden Leistungserbringer abzustimmen. Der Versicherte hat zu beachten, dass andernfalls Mehrkosten für ihn entstehen können.
- Namens- oder Adressänderungen sowie ein Wechsel der Krankenversicherung sind sowohl dem Leistungserbringer als auch Ihrer AOK Rheinland-Pfalz/Saarland schnellstmöglich mitzuteilen.
- Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihre AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Anlage 4 - Aufnahme- und Verlaufsprotokoll

Datum:		KH:	Erstgespräch post op.	<input type="checkbox"/>
Name:			i. R. d. Entlassung	<input type="checkbox"/>
Vorname:			Tag der Entlassung	
Geburtsdatum:			Beratungsgespräch	
KV-Nr.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Folgeberatung	
Kontaktdaten:			Tel.:	
Folgetermin:	am:	um:	mit: <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegeperson	

Versorgungssituation

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

Parameter zur Versorgungsart

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

Anlage 5 - Dokumentation und Nachweis über die Schulung und Einweisung

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

Einweisung bei	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst (PD)	<input type="checkbox"/> Angehörige
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		

Gerätepark	Stimmbildung				
	Absauggerät	Inhalationsgerät	Sprechventil	Shuntventile	elektronische Sprechhilfe
Aufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung und Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel von Komponenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Einweisung zur Verwendung des Duschschutzes	<input type="checkbox"/>
Information über das Verhalten bei Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>
Information über Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>

Ausgabe firmeneigener Handlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer des Servicepartners hinterlegt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nächster Termin geplant für den:	Datum:	Uhrzeit:

Bestätigung der Einweisung durch	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter PD	<input type="checkbox"/> Angehörige
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		
Datum:	Unterschrift Fachpersonal:		
Datum:	Unterschrift Versicherter, Angehöriger bzw. Pflegekraft/Betreuer:		

Anlage 6 - Preisvereinbarung

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK): **15 09 P12**

1. Monatspauschale Erstversorgung nach Anlage des Tracheostomas und der Laryngektomie

Monatspauschale	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Nettopreis monatlich	Bruttopreis monatlich	Zuzahlung monatlich
Tracheostoma unbeatmet	08	12.00.99.9001	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Tracheostoma beatmet	08	12.00.99.9002	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Laryngektomie	08	12.00.99.9003	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Aufschlag Kinderversorgung (bis einschl. 12. Lebensjahr)	08	12.00.99.9004	168,07 EUR	200,00 EUR	-----

2. Monatspauschale Folgeversorgung

Monatspauschale	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Nettopreis monatlich	Bruttopreis monatlich	Zuzahlung monatlich
Tracheostoma unbeatmet	09	12.00.99.9001	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Tracheostoma beatmet	09	12.00.99.9002	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Laryngektomie	09	12.00.99.9003	331,93 EUR	395,00 EUR	10,00 EUR
Aufschlag Kinderversorgung (bis einschl. 12. Lebensjahr)	09	12.00.99.9004	168,07 EUR	200,00 EUR	-----

Jede Monatspauschale ist mit einem einzelnen Teildatensatz mit Angabe des Versorgungszeitraumes über den Datenträgeraustausch (DTA) entsprechend § 302 SGB V anzuliefern. Dabei ist die Angabe des Leistungserbringergruppenschlüssels (AC/TK), der Positionsnummer und des korrekten „Kennzeichen Hilfsmittel“ zwingend erforderlich.

3. Gutschrift für wiedereinsetzbare Hilfsmittel nach § 15 Abs. 3

Gutschrift	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Preis
Gutschrift für wiedereinsetzbare Hilfsmittel - einmalig	08	12.00.99.9999	50,00 EUR

4. Höhe der Vergütung für nicht wiedereinsetzbare Hilfsmittel im Rahmen der Beatmung

Produktgruppe	Art der Leistung	Vertragspreis*
14 - soweit diese Hilfsmittel mit der Versorgung von Tracheotomierten/Laryngektomierten unmittelbar in Verbindung stehen, jedoch ausschließlich der Beatmung dienen und nicht von Anlage 2 umfasst werden	Eigenprodukte des Leistungserbringers	AEP - 10 % zuzügl. gesetzl. MwSt.
	Fremdprodukte	AEP – 3 % zuzügl. gesetzl. MwSt.

Als Regelfallversorgung gelten dabei die folgenden Produktmengen:

Produktgruppe	Bezeichnung	Versorgungsmenge
14.99.99.1036	Filter für Inhalations- und Atemtherapiegeräte	30/Monat
14.99.99.1038	Austauschvernebler für Inhalations- und Atemtherapiegeräte bei Spontanatmung	15/Monat
14.99.99.1038	Austauschvernebler für Inhalations- und Atemtherapiegeräte bei Beatmung	30/Monat
14.99.99.1039	Adapterschläuche (Gänsegurgel)	30/Monat

Die vereinbarten Preise gelten als Höchstpreise und schließen demzufolge die Vereinbarung niedrigerer Preise nicht aus.

Anlage 7 – Mehrkostenerklärung

<small>Datenfeld Versicherter Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer</small>	<small>Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse - IK</small>									
<p>Die Versorgung mit Hilfsmittel bei Tracheotomie/Laryngektomie erfolgt für Sie aufzahlungsfrei, es sei denn, Sie wünschen eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.</p> <p>Ich wurde umfassend über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot der Versorgung mit Hilfsmitteln bei Tracheotomie/Laryngektomie informiert. Mir wurde eine aufzahlungsfreie Versorgung mit folgenden Produkten angeboten:</p> <hr/>										
<p><input type="checkbox"/> Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung, die über die aufzahlungsfreie Versorgung und somit über das Maß des Notwendigen hinausgeht, obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin.</p> <p>• Ich wurde über die Mehrkosten in Höhe von ____,__ EUR für den Versorgungszeitraum von _____ bis _____ informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.</p> <hr/>										
Datum	Unterschrift des Versicherten									
<p>Angaben des Leistungserbringers</p> <p>Es wurde die Lieferung von folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: left;">gewählte Produkte</th><th style="text-align: left;">Stückzahl</th><th style="text-align: left;">Aufzahlung in EUR* pro Monat / Stück</th></tr></thead><tbody><tr><td>-----</td><td>-----</td><td>-----</td></tr><tr><td>-----</td><td>-----</td><td>-----</td></tr></tbody></table> <p>Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung</p> <p><input type="checkbox"/> von höheren Mengen als medizinisch notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderwunsch des Versicherten bezüglich aufzahlungspflichtiger Produkte</p> <hr/>		gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung in EUR* pro Monat / Stück	-----	-----	-----	-----	-----	-----
gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung in EUR* pro Monat / Stück								
-----	-----	-----								
-----	-----	-----								
Datum	Unterschrift und Stempel Vertragspartner									
* freiwillige Angabe										

Anlage 8 - Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung.

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 Krankenversicherung übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenversicherung. 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 Krankenversicherung 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 Zeitungsanzeigen, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

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 Krankenversicherung durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen und deren Zugängen, 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 Leistungsangebots des Vertragspartners vermieden werden.

Der Hinweis auf z. B. vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gilt nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 9 - Beitritts- und Anerkenniserklärung

zum Vertrag zur Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1. April 2015, dem „Vertrag über die Lieferung von Rehabilitationshilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rehavertrag) und dem „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung

zwischen dem

Leistungserbringer P12

und der

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg

Hiermit trete ich dem Vertrag zur Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V vom 1. April 2015, dem Reha-Vertrag und dem Rahmenvertrag in der jeweils aktuell geltenden Fassung bei.

Exemplare der o. g. Verträge nebst aller Anlagen habe ich erhalten und ich lasse sie in ihrer Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesen Verträgen ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die Präqualifizierungs- und Eignungsvoraussetzungen vollständig durch die entsprechenden Unterlagen nachgewiesen sind. Als Anlage füge ich diese Unterlagen bei.

Weiter erkläre ich mich bereit, dass ich spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie dessen Anlagen ohne weitere Anerkennung gegen mich gelten lasse, soweit ich von der AOK RPS hierüber informiert wurde und innerhalb von vier Wochen nicht von meinem hiermit eingeräumten außerordentlichen Kündigungsrecht Gebrauch gemacht habe.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Name des Unterschriftsberechtigten
im Klartext

IK-Nr: _____