

**Vertrag
über die Versorgung mit Sonden- und
Trinknahrung sowie den dazugehörigen
Verbandstoffen und Hilfsmitteln**

zwischen

**AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Straße 2 61352
Bad Homburg v. d. H.**
(nachfolgend AOK Hessen genannt)

und

Beitrittsvertrag

(nachfolgend: Leistungserbringer genannt)

wird folgender Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V geschlossen:

Anmerkung: Aus Vereinfachungsgründen wird im Text die männliche Form gewählt. Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten der AOK Hessen mit Sonden- und Trinknahrung (§ 31 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V) sowie die dazugehörigen Verbandstoffe und Hilfsmittel (§ 33 SGB V), soweit die vorgenannten Leistungen nicht nach § 34 SGB V oder § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind.

§ 2 Voraussetzungen des Leistungserbringers

- (1) Die Leistungserbringer haben durch geeignete Unterlagen nachzuweisen, dass die Änderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V im Unternehmen und in den Betriebsstätten, in denen Hilfsmittel an Versicherte der AOK Hessen abgegeben werden, erfüllt sind. Dieses gilt auch für Filialen des Leistungserbringers. Für jede Filiale ist eine gesonderte Versorgungsberechtigung und ein gesondertes Institutionskennzeichen erforderlich. Der Leistungserbringer ist fachlich zur Versorgung der Versicherten der AOK Hessen geeignet. Er erbringt den Nachweis seiner Eignung im Zusammenhang mit dem Abschluss dieses Leistungserbringervertrages durch:
 - Vorlage der in Anlage 1, Teil 1 und 2, genannten vertragsbezogenen Nachweise.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK Hessen jede Änderung bei den nachgewiesenen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Endet der Präqualifizierungsnachweis ersatzlos oder fällt eine der Voraussetzungen nach Anlage 1 weg, ist ein Anspruch auf Vergütung weiterer Leistungen - auch gegenüber dem Versicherten - ausgeschlossen. Kommt der Leistungserbringer seiner Mitteilungspflicht nicht nach, gilt dies als Vertragsverstoß nach § 14 dieses Vertrages.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den Vertragspartnern der AOK Hessen. Das freie Wahlrecht der Versicherten ist zu beachten. Ergeben sich infolge Nichtbeachtung Doppelversorgungen, gehen diese nicht zu Lasten der AOK Hessen.
- (2) Grundlage der Leistungspflicht der AOK Hessen ist eine vertragsvertragsärztliche Verordnung im Original.
- (3) Der Leistungserbringer liefert entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung Nahrung, Verbandmittel sowie die im Rahmen der Nahrungsversorgung erforderlichen Hilfsmittel. Eine Versorgung ist ausgeschlossen, solange sich der Patient mindestens einen vollen Monat in stationärer Behandlung befindet.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der AOK Hessen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 12 und 70 SGB V zu beachten.
- (5) Kann der Leistungserbringer die Versorgung des Versicherten nicht sicherstellen, hat er dies der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen, um unter Mitwirkung der AOK Hessen die Weiterführung der Versorgung durch einen anderen, am Vertrag beteiligten, Leistungserbringer der AOK Hessen sicher zu stellen.

- (6) Die nach diesem Vertrag zum Einsatz kommenden Hilfsmittel haben den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu entsprechen.
- (7) Der Leistungserbringer ist Eigentümer und Betreiber der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel (z.B. Ernährungspumpe, Infusionsständer).
- (8) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte und Hilfsmittel alle Anforderungen nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) sowie die Herstellervorgaben erfüllen. Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen vorgenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (9) Der Leistungserbringer hat auf jedem nach diesem Vertrag ausgelieferten Hilfsmittel seinen Namen und seine 24-Stunden-Notdienst-Telefonnummer gut sichtbar anzubringen. Ausgenommen hiervon sind zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.
- (10) Arzneimittel (Sonden- und Trinknahrung, Verbandstoffe) und Hilfsmittel sind jeweils getrennt zu verordnen. Mischverordnungen sind zur Korrektur an den verordnenden Vertragsarzt zurückzugeben.
- (11) Die AOK Hessen ist jederzeit berechtigt, die Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (12) Der Versicherte ist im Falle der Auftragserteilung durch die AOK Hessen innerhalb von 24 Stunden zu versorgen, soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat.
- (13) Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet für die gesamte Zeit der Versorgung eine einwandfreie Beschaffenheit, sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels.
- (14) Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ablauf der Versorgungspauschale sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe / -veräußerung.
- (15) Bei Beginn der Versorgung ist eine eventuelle Vorversorgung durch einen anderen Leistungserbringer abzuklären, schriftlich zu dokumentieren und auf Verlangen der AOK Hessen nachzuweisen.

§ 4

Beratung und Versorgung der Versicherten durch den fachlich qualifizierten Leistungserbringer

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten und gegebenenfalls sonstige Betreuungsperson/en umfassend in der Anwendung der Sondennahrung (Anlage 4) zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, ist die Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Pflegeeinrichtung) durchzuführen. Ferner muss vom Leistungserbringer eine persönliche Betreuung des Versicherten bei Bedarf sichergestellt werden.

- (2) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Erarbeitung eines Versorgungskonzeptes, Hausbesuch, Anlieferung, Montage, Anpassung, Notdienst, Erprobung, Wartung, Reparatur inklusive Ersatzteile und Abholung sowie eine umfassende Einweisung der Versicherten beziehungsweise der sonstigen Betreuungsperson/en in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
- (3) Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal bei der Durchführung der Pflichten aus diesem Vertrag einzusetzen. Der Leistungserbringer hat zudem dafür Sorge zu tragen, dass er, sowie seine Mitarbeiter, regelmäßig an Fortbildungslehrgängen teilnehmen, um so stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu sein. Auf Verlangen der AOK Hessen ist ein Nachweis über die berufliche Fortbildung vorzulegen.
- (4) Zudem hat der Leistungserbringer zur Sicherstellung einer ständigen Betreuung der Versicherten einen 24-Stunden-Notdienst, auch an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten. Der Notdienst steht für Rückfragen und Komplikationsbehebung jederzeit zur Verfügung und wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten oder dessen Betreuungsperson/en sofort tätig.

§ 5

Leistungsbeschreibung

- (1) Die Versorgungspauschale umfasst neben den erforderlichen Hilfsmitteln sämtliche für die Dauer der Versorgung notwendigen Dienst- und Serviceleistungen, Zubehörteile, Zurüstungen und Verbrauchsmaterialien. Näheres ist in den Anlagen geregelt.
- (2) Die Um- beziehungsweise Aufrüstung, die Ersatzbeschaffung und die Umversorgung mit einem gleichen oder gleichartigen Hilfsmittel sind während der Versorgungsdauer ohne zusätzliche Kosten sicherzustellen.
- (3) Sofern eine notwendige Reparatur oder Wartung eines Hilfsmittels nicht unmittelbar durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer ein Ersatzgerät unentgeltlich zur Verfügung.
- (4) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten beziehungsweise den gesetzlichen Vertreter über seinen Eigentumsvorbehalt an den gelieferten Hilfsmitteln sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten gemäß der Anlage 3 und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels bei der Erstversorgung vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich (Anlage 3) bestätigen.

§ 6

Kostenvoranschlag

- (1) Vor der Versorgung hat der Leistungserbringer einen kostenfreien Kostenvoranschlag zu erstellen und der AOK Hessen zu übermitteln. Der Kostenvoranschlag hat folgende Angaben zu enthalten:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen der abgebenden Filiale, Name, Anschrift etc.)
 - Angaben zum Versicherten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer etc.)
 - Vertragsärztliche Verordnung inkl. Indikation und Versorgungszeitraum im Original

- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer beziehungsweise kassenspezifische Positionsnummer
 - Vertragspreis laut Anlage 2
 - Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung sind durch den Arzt mit Name und Datum erneut abzuzeichnen.
- (2) Die Übermittlung der zur Genehmigung erforderlichen leistungsrechtlichen Daten und Unterlagen an die AOK Hessen sollte grundsätzlich auf dem elektronischen Weg mittels Datenaustausch erfolgen (elektronischer Kostenvoranschlag). Hierbei sind die entsprechenden Vorgaben der AOK Hessen einzuhalten:
- Zu verwenden sind nur die 10-stelligen Hilfsmittelnummern entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis, beziehungsweise die vertraglichen Positionsnummern. Sofern keine gültigen Hilfsmittel- oder Positionsnummern existieren, ist der 7-Steller aus dem Hilfsmittelverzeichnis mit den Ziffern 900 aufzufüllen.
 - Die Verordnung und sonstige vertraglich geforderten Unterlagen sind in Form einer PDF-Datei mitzuliefern.
 - Bei Nichteinhaltung der korrekten Datenanlieferung ist die AOK Hessen berechtigt, den Kostenvoranschlag abzuweisen. Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlages hat für die AOK Hessen kostenfrei zu erfolgen. Anfragen werden durch den Leistungserbringer zeitnah beantwortet.

§ 7

Abrechnung der Leistungen

- (1) Jede versorgungsberechtigte Betriebsstätte des Leistungserbringers muss über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, das bei der Abrechnung zu verwenden ist. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann eine zentrale Abrechnung für seine Betriebsstätten vornehmen (analog eines externen Rechenzentrums). Er muss jedoch für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung/Versorgungsberechtigung oder der zugelassenen/versorgungsberechtigten Betriebsstätte unabhängiges, gesondertes IK verwenden.
- Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten, einschließlich der aktuellen Bankverbindung sind **ausschließlich** der SVI (Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen – SVI -, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin) mitzuteilen. Mitteilungen an den mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden **nicht** berücksichtigt
- (2) Der Leistungserbringer stellt, unter Angabe des Institutionskennzeichens, versichertenbezogen die gelieferte Sonden- und Trinknahrung, Verbandstoffe sowie Hilfsmittel in Rechnung. Die Abrechnung erfolgt zentral über die von der AOK Hessen benannte Abrechnungsstelle.
- (3) Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Abrechnung ist immer eine Auslieferungsbestätigung (z.B. Lieferschein) beizulegen.

(4) Die Rechnungen für Hilfsmittel müssen, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, folgende Angaben enthalten:

- das Institutionskennzeichen der AOK Hessen (Kassennummer)
- die Krankenversicherternummer (vgl. § 5 Abs. 1 Buchstabe C der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern")
- den Namen und Vornamen sowie das Geburtsdatum des Versicherten
- den Versichertenstatus

-
- die Rechnungsnummer oder Genehmigungsnummer der AOK Hessen
 - die Gesamtsumme (brutto) je Versicherten
 - Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
 - vertragsärztliche Verordnung und genehmigter Kostenvoranschlag der AOK Hessen
 - Art der abgegebenen Leistung
 - bundeseinheitliche Hilfsmittelpositionsnummer beziehungsweise kassenspezifische Positionsnummer
 - Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor)
 - Einzelbetrag der Leistung
 - Datum/Daten der Leistungserbringung
 - Gesamtsumme netto.

(5) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können von der AOK Hessen zurückgewiesen werden. In diesem Fall tritt kein Verzug der Krankenkasse ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für welche die Unterschrift des Empfangsberechtigten gemäß der Anlage 3 fehlt, werden nicht vergütet. Die Unterlagen werden dann dem Leistungserbringer zurückgegeben.

(6) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit innerhalb von 28 Tagen nach Eingang bei der AOK Hessen bezahlt. Bei Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern, beziehungsweise mittels DFÜ, beträgt die Zahlungsfrist 14 Tage. Die Frist beginnt mit Eingang der vertragsgemäßen Abrechnung bei der AOK Hessen oder einer von ihr benannten Stelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Zahlungsauftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.

(7) Sachliche, rechnerische und sonstige Unrichtigkeiten müssen innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Differenzen werden dabei zwischen den Vertragsparteien verrechnet oder können zurückgefordert werden. Sie sind dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen.

- (8) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von zwölf Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen abgeschlossen wurden, nicht mehr geltend gemacht werden.

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach den in den Anlagen 2 und 6 vereinbarten Versorgungspauschalen beziehungsweise Einzelpreisen. Die vereinbarten Preise und Pauschalen beinhalten alle Dienst- und Sachleistungen, wie z.B. Lieferung, Beratung und Einweisung, sowie Porto-, Versand- und Verpackungskosten. Dies gilt auch für die Bereitstellung eines Infusionsständers und einer Ernährungspumpe, sofern diese medizinisch notwendig sind.
- (2) Die Preise verstehen sich exklusive der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- (3) Eine Versorgungspauschale kann pro Versicherten nur einmal monatlich abgerechnet werden.

-
- (4) Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten, selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1, Satz 5). Dazu hat der Leistungserbringer nachfolgende Erklärung vom Versicherten, beziehungsweise dessen Bevollmächtigten unterzeichnen zu lassen, zu archivieren und der AOK Hessen auf Verlangen umgehend per Fax vorzulegen.

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsvertragsärztlichen Verordnung entspricht, medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist, informiert worden. Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung der ärztlich verordneten Versorgung gewünscht. Mit der von mir gewählten Versorgung und den eventuell entstehenden Mehrkosten bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenkasse habe.“

§ 9 Haftung / Gewährleistung

- (1) Der Leistungserbringer hat gemäß den Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes und der in § 3 Absatz 7 dieses Vertrages genannten Vorgaben zu handeln. Er übernimmt die uneingeschränkte Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels nebst Zubehör, Zurüstungen und Verbrauchsmaterial bei Auslieferung, sowie für die Zeit des gesamten Versorgungszeitraums. Dasselbe gilt auch für den einwandfreien Zustand der Nahrung und Verbandmittel.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch das Hilfsmittel, das Zubehör, die Zurüstungen oder das Verbrauchsmaterial bei deren Auslieferung und während der Zeit der Nutzung entstehen. Ausgenommen davon ist die Haftung für Schäden und Verlust, die auf ein Verschulden des Versicherten zurückzuführen sind.
- (3) Bei Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des Hilfsmittels, des Zubehörs oder der Zurüstungen durch den Versicherten oder Dritte ist jegliche Haftung der AOK Hessen

ausgeschlossen. Das Recht, den Versicherten oder den Dritten in Regress zu nehmen, obliegt dem Leistungserbringer.

- (4) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Hessen für vorsätzliches und grob fahrlässiges Verhalten seiner eigenen Mitarbeiter und der ggf. beauftragten Mitarbeiter anderer Firmen oder Einrichtungen. Haftungsansprüche des Versicherten bleiben unberührt.

§ 10 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 – 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet.
- (3) Der Leistungserbringer, seine Mitarbeiter, sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der AOK Hessen, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK Hessen erforderlich sind.

§ 11 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der GKV beziehen.
- (2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen.
- (3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt beziehen.
- (4) Es gelten hier die von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesfachverband BVMed im Kodex „Medizinprodukte“ vom Mai 1997 verankerten Verhaltensregeln.

§ 12 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringer

- (1) Hilfsmitteldepots von Leistungserbringern in Arztpraxen, Krankenhäusern, RehaKliniken oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht und abgegeben haben. Im begründeten Einzelfall sind in Arztpraxen und stationären Einrichtungen Einzelversorgungen, sowie

Notfallversorgungen mit sonstigen Hilfsmitteln zulässig. Werden diese von Dritten erbracht ist ein Abschlag von 20 v. H. bei der Abrechnung einzuräumen.

- (2) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen, beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen.
- (3) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den zugelassenen/versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (4) Im Übrigen gilt § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung - „Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ - sowie den dazu ergangenen Richtlinien.

§ 13

Insolvenz/ Betriebsaufgabe

- (1) Über eine Geschäftsaufgabe ist die AOK Hessen unverzüglich zu informieren. Gleiches gilt auch, wenn für das Unternehmen Insolvenz beantragt wurde.
- (2) Beabsichtigt der Käufer, die Versicherten der AOK Hessen auch weiterhin mit Hilfsmitteln nach dieser Vereinbarung zu versorgen, ist ein neuer Vertragsbeitritt notwendig. Bei einer Zuwiderhandlung des Leistungserbringers gegen diese Regelung ist dies eine grobe Pflichtverletzung gemäß § 14 dieses Vertrages.

§ 14

Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Grobe Pflichtverletzungen stellen Vertragsverstöße dar, die nach Abs. 3, geahndet werden können.
Als grobe Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:
 1. Depothaltungen bei Ärzten, außer zu Notfallzwecken gemäß § 128 Abs. 5 SGB V. Verstöße hiergegen führen zum sofortigen Verlust der Versorgungsberechtigung. Die Regelungen des § 128 bleiben unberührt.
 2. Abrechnungsmanipulationen, die wissentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder erbracht wurden, beziehungsweise die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der vertragsärztlichen Verordnung entsprechen.

3. Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation an den verordnenden Arzt durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine vertragsärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 4. Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und / oder räumlichen Voraussetzungen gemäß Anlage 1.
 5. Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
 6. Die Forderung beziehungsweise Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen. Wirtschaftliche Aufzahlungen bei Festbeträgen bleiben davon unberührt.
 7. Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte, auch gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 8. Werbung in unzulässiger Weise nach § 11 dieses Vertrages.
- (3) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die AOK Hessen - dazu gehören auch die Meldepflichten – nachfolgende Maßnahmen beschließen. Der Leistungserbringer kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, seinen Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen.
- a) Verwarnung
 - b) bei Erstverstoß gegen:
 - die Melde- und Mitwirkungspflichten (§ 2), dazu zählt sowohl das Nichtmelden des fachlichen Leiters, sofern dieser länger als sechs Wochen nicht zur Verfügung steht, als auch der Umzug oder die Schließung der Betriebsstätte oder einer Filiale, eine Vertragsstrafe in Höhe von 1.000,00 Euro,
 - Werbemaßnahmen (§ 11), eine Vertragsstrafe in Höhe von 1.000,00 Euro,
 - bei fehlender Aufklärung zu Aufzahlungen (3 x), eine Vertragsstrafe in Höhe von 500,00 Euro.
 - c) in anderen Fällen in einer Höhe bis zu 50.000,00 Euro,
 - d) fristlose Kündigung durch die AOK Hessen.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 3, ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.

§ 15 Inkrafttreten

- (1) Dieser Vertrag tritt mit der Erteilung der Versorgungsberechtigung in Kraft.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.
 - Anlage 1 Teilnahmevoraussetzung
 - Anlage 2 Preisvereinbarung Hilfsmittel
 - Anlage 3 Erklärung zum Erhalt einer Ernährungspumpe
 - Anlage 4 Besuchsbericht/Pflegeplan (Ernährungstherapie)
 - Anlage 5 Service-Umfang durch den Leistungserbringer
 - Anlage 6 Preisvereinbarung Nahrung und Verbandstoffe
- (3) Abweichende Absprachen sind zwischen den vertragsschließenden Parteien möglich; sie bedürfen jedoch der Schriftform.

§ 16 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei ordentlich, mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 30. Juni 2015, ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Laufende und bereits mit einer Versorgungspauschale bezahlte Versorgungungen sind noch bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraums auf Basis des Vertrages fortzuführen.
 - (2) Im Falle eines bevorstehenden Vertragsschlusses nach § 127 Abs. 1 SGB V besteht zugunsten der AOK Hessen ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von 5 Wochen zum vorgesehenen Inkrafttreten des Ausschreibungsvertrages beziehungsweise zum tatsächlichen Inkrafttreten des Vertrags nach § 127 Abs. 1 SGB V, sofern der Ausschreibungsvertrag wegen eines vergaberechtlichen Nachprüfungsverfahrens nicht zum vorgesehenen Termin in Kraft treten kann.
 - (3) Der Vertrag kann auch aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere der Wegfall der Geeignetheit nach § 2 i.V.m. Anlage 1, eine nachhaltige Nicht- oder Schlechtleistung des Leistungserbringers, gerichtliche Entscheidungen und/oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die diesem Vertrag die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
-
- (4) Der Leistungserbringer verzichtet auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegen die AOK Hessen, insbesondere Schadensersatzansprüchen, wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretende Schäden.
 - (5) Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise. § 127 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des bevorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden – insbesondere durch Rechtsprechung - , so soll davon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Bestimmung oder Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

Bad Homburg.

Beitrittsvertrag

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

IK-Nummer

Die AOK Hessen verzichtet bis auf Widerruf auf eine vorhergehende Zustimmung zur Abrechnung von Hilfsmitteln der Anlage 2 ohne dass der Widerruf der Zustimmung des Leistungserbringers bedarf.

Zu § 3 Abs. 1 – Hierzu zählt auch die Entlassungsverordnung aus stationärer Behandlung.

Zu § 3 Abs. 9 – die Kennzeichnung gilt nicht für die Verbrauchshilfsmittel.

Solange eigene Vordrucke anstelle der Anlagen benutzt werden, bestehen keine Einwände, wenn diese den Erfordernissen der vereinbarten Anlagen entsprechen.

Zu § 7 Abs. 3 – bei Postversand genügt auch die Angabe der Versendennummer.

Zu § 7 Abs. 4 – werden z.B. vom Arzt Quartalsverordnungen ausgestellt, ist die Verordnung bei der ersten Abrechnung im Original beizufügen, für die weiteren monatlichen Abrechnungen reichen Kopien dieser Verordnung.

Zu § 14 Abs. 3 Nr. b) - Aufklärung zu Festbeträgen und wirtschaftliche Aufzahlungen nach § 33 Abs. 1 Satz 5.

Anlage 1 Teilnahmevoraussetzung

Teil 1

Vorlage der Bestätigung einer geeigneten Stelle nach § 126 Abs. 1a SGB V (Präqualifizierungsnachweis) oder folgende Nachweise der Geeignetheitskriterien aus den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Anforderungen an den fachlichen Leiter/die verantwortliche Person:

- Orthopädietechnikermeister/in
- Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehathechnik
- Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik
- Apotheker/-in
- Techniker/-in Fachrichtung Medizintechnik
- Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in

Nachweise zu den Versorgungsteilbereichen:

- Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt
- Insolvenzfreiheit
- Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge
- Erfüllung der gewerblichen Voraussetzungen
- Beachtung des Datenschutzes
- Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten
- Angabe des Institutionskennzeichens (IK)
- Medizintechnischer Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer und persönlicher Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal
- Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen
- Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen
- Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung
- Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)
- Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten
- Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten
- Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten
- Lagermöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen
- Für Wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für Hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte

Teil 2

Vertragsbezogene Nachweise

- Nachweis eines zertifizierten Qualitätsmanagement-Systems, das die geltenden Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), die HygieneSterilvorschriften des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie die Empfehlungen der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V enthält.

Das Qualitätsmanagement-System muss durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft geprüft und abgenommen sein. Die Zertifizierung kann nach den Normen DIN EN ISO 13485, DIN EN ISO 9001 in Verbindung mit DIN EN ISO 13485 oder DIN EN ISO 9001 erfolgen. Bei einer Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 ist ein Auszug aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch vorzulegen, der die Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 1 nachweist.

Die Weitergeltung der Zertifizierung ist nach jeder Neuausgabe des Zertifikates (3 Jahre, maximal 5 Jahre) unaufgefordert der AOK Hessen durch Vorlage einer Kopie des neuen Zertifikates nachzuweisen.

ANMERKUNG: Bis auf Weiteres verzichtet die AOK Hessen auf die Vorlage der Rezertifizierungsurkunde. Sie ist aber auf Verlangen der AOK Hessen umgehend zur Verfügung zu stellen.

- Nachweis über eine abgeschlossene Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in angemessener Höhe. Angemessen für den Versicherungsfall sind mindestens 2.000.000,00 € pauschal für Personen- und 1.000.000,00 € pauschal für Sachschäden sowie 100.000,00 € für mitversicherten Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall. Eine Versicherung in vorgenannter Höhe, ist durch den Leistungserbringer für die gesamte Vertragsdauer aufrecht zu erhalten.
- Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in mit entsprechenden Schulungsnachweisem im Bereich enterale Ernährung.

Anlage 2 Preisvereinbarung Hilfsmittel

Tarifkennzeichen 11.06.227

notwendig für die Abrechnung nach dem DTA

Der Leistungserbringer erhält für alle im Zusammenhang mit der Versorgung des Versicherten notwendigen Leistungen gemäß dem Vertrag je Versorgungsfall für jeden begonnenen Monat die nachstehend genannten Versorgungspauschalen. Die Versorgungspauschale gilt für den gesamten Versorgungszeitraum für einen Versicherten. Die Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

Ernährungspumpen*

| Kennzeichen Hilfsmittel (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Hilfsmittel- positionsnummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0600 | Ernährungspumpe enteral netzabhängig | 110,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0620 | Ernährungspumpe enteral mobil | 110,00 € |

Schwerkraftapplikation*

| Kennzeichen Hilfsmittel (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Hilfsmittel- positionsnummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0700 | Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation ohne integrierten Beutel | 110,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0710 | Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation mit integrierten Beutel | 110,00 € |

* Ernährungspumpen und Schwerkraftapplikation, Infusionsständer sowie alle medizinisch erforderlichen Verbrauchsmaterialien sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.

Ausgenommen sind perkutane Austauschsonden und Sicherheitsverbinder sowie Spritzen bis 20 ml zur Medikamentenapplikation. Diese können zum gültigen Apothekeneinkaufspreis ohne Aufschlag abgerechnet werden.

Anlage 2.1 Preisvereinbarung Hilfsmittel

Tariffkennzeichen 11.06.228

notwendig für die Abrechnung nach dem DTA

Zusatzvereinbarung zur Kinderversorgung

Der Leistungserbringer erhält für alle im Zusammenhang mit der Versorgung des Versicherten notwendigen Leistungen gemäß dem Vertrag je Versorgungsfall für jeden begonnenen Monat die nachstehend genannten Versorgungspauschalen. Die Versorgungspauschale gilt für den gesamten Versorgungszeitraum für einen Versicherten. Die Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

Ernährungspumpen*

| Kennzeichen Hilfsmittel (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Hilfsmittelpositionennummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|--|-----------------------------|---|----------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0605 | Ernährungspumpe Enteral netzabhängig | 145,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0625 | Ernährungspumpe Enteral mobil | 145,00 € |

Schwerkraftapplikation*

| Kennzeichen Hilfsmittel (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Hilfsmittelpositionennummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|--|-----------------------------|---|----------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0705 | Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation ohne integrierten Beutel, | 145,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.99.0715 | Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation mit integrierten Beutel, | 145,00 € |

* Ernährungspumpen und Schwerkraftapplikation, Infusionsständer sowie alle medizinisch erforderlichen Verbrauchsmaterialien sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.

Ausgenommen sind perkutane Austauschsonden und Sicherheitsverbinder sowie Spritzen bis 20 ml zur Medikamentenapplikation. Diese können zum gültigen Apothekeneinkaufspreis ohne Aufschlag abgerechnet werden.

Diese Preisliste findet für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr Anwendung. Danach gilt die allgemeine Preisliste.

Anlage 3 Erklärung zum Erhalt einer Ernährungspumpe**Erklärung zum Erhalt einer Ernährungspumpe**

Die Firma _____ stellt

Notruf Nr.

Herrn / Frau _____ Geburtsdatum: _____

folgendes Hilfsmittel: _____

Modell: _____ Hersteller: _____

als Sachleistung leihweise zur Verfügung und die AOK Hessen übernimmt die Kosten für diese Versorgung.

Ich habe das o.g. Hilfsmittel heute in gebrauchsfähigem Zustand erhalten und wurde in den Gebrauch eingewiesen. Eine Bedienungsanleitung in deutscher Sprache wurde übergeben. Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des unten genannten Leistungserbringers.

Ich verpflichte mich

- das Hilfsmittel nur bestimmungsgemäß zu verwenden und für eine pflegliche sowie schonende Behandlung zu sorgen
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- ausschließlich den genannten Leistungserbringer zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör- und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Leistungserbringer über einen Kassenwechsel zu informieren.
- den Leistungserbringer über einen Wohnortwechsel zu informieren und mit ihm zu vereinbaren, an welchen anderen Lieferanten ich mich an meinem neuen Wohnort gegebenenfalls wenden kann.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Versicherten

Das Hilfsmittel wurde mir ausgeliefert von:

Stempel und Unterschrift des
Leistungserbringers**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9 SGB V zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/hessen/datenschutzrechte

Anlage 4 Service-Umfang durch den Leistungserbringer

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Patientenübernahme | ⇒ | nach Möglichkeit bereits in der Klinik |
| Schulung | ⇒ | des Patienten und/oder von Pflegepersonen |
| Hausbesuch | ⇒ | am Entlassungstag mit Kontrolle des "Gelernten" |
| Kontrollbesuche | ⇒ | nach Bedarf des Patienten |
| Besuchsbericht | ⇒ | |
| Inspektion | ⇒ | aus den Kontrollbesuchen an Hausarzt und entlassenden Klinikarzt der Katheter- beziehungsweise Sondenaustrittsstelle |
| Problembeseitigung | ⇒ | falls vorhanden |
| Regelmäßige Versorgung | ⇒ | des Patienten mit Substraten und ggf. Verbandstoffen |
| Liefermenge | ⇒ | Monatsbedarf |
| schnellstmöglicher Austausch | ⇒ | bei Unverträglichkeiten der Substrate |
| rund um die Uhr | ⇒ | Telefonbereitschaft für Patienten und Pflegepersonen; auch Samstag/Sonntag |

**Die Einweisung beziehungsweise Ausbildung der Patienten findet ausschließlich durch
examiertes Pflegepersonal statt.**

Anlage 5 Preisvereinbarung Nahrung und Verbandstoffe

Tariffkennzeichen 11.06.227

notwendig für die Abrechnung nach dem DTA

Der Leistungserbringer erhält mit Ausnahme der Trinknahrung für alle im Zusammenhang mit der Versorgung des Versicherten notwendigen Leistungen gemäß des Vertrages je Versorgungsfall für jeden begonnenen Monat die nachstehend genannten Versorgungspauschalen. Die Versorgungspauschale gilt für den gesamten Versorgungszeitraum für einen Versicherten.

Für die Trinknahrung erhält der Leistungserbringer pro Verpackungseinheit (bis 250 ml) die nachstehend genannten Vertragspreise. Alle Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

| Kennzeichen (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Pseudopositionsnummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8910 | Standardnahrung | 245,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8911 | Spezialnahrung | 295,00 € |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8912 | Standardtrinknahrung | 1,90 € pro Packung |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8913 | Spezialtrinknahrung | 2,10 € pro Packung |
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8600 | Verbandstoffe | 15,00 € |

Sonden- und Trinknahrung gehören nach den §§ 18 und folgende der Arzneimittelrichtlinien zu den verordnungsfähigen Arzneimitteln und werden ohne vorherigen Kostenvoranschlag mit der AOK abgerechnet.

Anlage 5.1 Preisvereinbarung Nahrung und Verbandstoffe**Tariffkennzeichen 11.06.228**

notwendig für die Abrechnung nach dem DTA

Zusatzvereinbarung zur Kinderversorgung

Der Leistungserbringer erhält mit Ausnahme der Trinknahrung für alle im Zusammenhang mit der Versorgung des Versicherten notwendigen Leistungen gemäß des Vertrages je Versorgungsfall für jeden begonnenen Monat die nachstehend genannten Versorgungspauschalen. Die Versorgungspauschale gilt für den gesamten Versorgungszeitraum für einen Versicherten.

Für die Trinknahrung erhält der Leistungserbringer pro Verpackungseinheit (bis 250 ml) die nachstehend genannten Vertragspreise. Alle Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

| Kennzeichen (Anlage 3 zum DTA) in der Abrechnung anzugeben | Pseudopositionsnummer | Bezeichnung | Versorgungspauschale netto |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Versorgungspauschale 08 Versorgungspauschale 09 | 03.00.00.8914 | Kinderpauschale für Nahrung | 340,00 € |

Sonden- und Trinknahrung gehören nach den §§ 18 und folgende der Arzneimittelrichtlinien zu den verordnungsfähigen Arzneimitteln und werden ohne vorherigen Kostenvoranschlag mit der AOK abgerechnet.