

Vertragspartnergruppenschlüssel AC/TK

	Apotheken	11 01 F15
Orthopädietechnik und Sanitätsfachhandel		15 01 F15
Sonstige Vertragspartner		19 01 F15

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-
Württemberg mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln der
Produktgruppe 15**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart**

- im Folgenden AOK Baden-Württemberg genannt -

und der

- im Folgenden Verband genannt -

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 2 Leistungsvoraussetzungen	4
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung.....	4
§ 4 Vertragsärztliche Verordnung	5
§ 5 Genehmigung	6
§ 6 Art und Umfang der Versorgung	7
§ 7 Vergütung	9
§ 8 Zuzahlung	9
§ 9 Abrechnung	10
§ 10 Gewährleistung, Haftung	12
§ 11 Öffentlichkeitsarbeit, Werbung.....	13
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten	13
§ 13 Datenschutz, Schweigepflicht	13
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen.....	14
§ 15 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	15
§ 16 Schlussbestimmungen	16

Anlagen:

Anlage 1: Preisvereinbarung

Anlage 2: Kostenvoranschlag

Anlage 3: Patienteninformation

Anlage 4: Mehrkostenerklärung des Versicherten

Anlage 5: Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie aller durch die AOK Baden-Württemberg betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) nach § 33 SGB V mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln der Produktuntergruppen 15.25.04*, 15.25.05*, 15.25.06*, 15.25.07*, 15.25.08*, 15.25.09*, 15.25.10*, 15.25.12*, 15.25.14*, 15.25.15* (außer 15.25.15.4*), 15.25.16*, 15.25.17*, 15.25.21*, 15.25.22*, 15.99.99* sowie alle damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - ➔ Anlage 1 Preisvereinbarung
 - ➔ Anlage 2 Kostenvoranschlag
 - ➔ Anlage 3 Patienteninformation
 - ➔ Anlage 4 Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - ➔ Anlage 5 Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder
- (3) Die Anlagen 2 - 4 werden zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen den Vertragsparteien verwendet. Die Anlagen 2 - 4 können in ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein; inhaltliche Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.
- (4) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Dieser Vertrag gilt für die Mitgliedsbetriebe des Verbandes soweit sie diesem Vertrag beigetreten sind (Anlage 5) (im Folgenden „Vertragspartner“ genannt). Der Beitritt ist gegenüber der AOK Baden-Württemberg in schriftlicher Form zu erklären, nebst der Verpflichtung, die Vertragsinhalte in ihrer jeweils aktuellen Fassung uneingeschränkt anzuerkennen. Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes sendet die Beitrittserklärung mit dem dazugehörigen Präqualifizierungszertifikat oder mit den Nachweisen zur individuellen Eignungsfeststellung sowie Nachweisen zu den jeweiligen ggf. vertragspezifischen Anforderungen an das zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel (CC Hilfsmittel) der AOK Baden-Württemberg (siehe Abs. 6). Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes erhält von der AOK Baden-Württemberg eine Bestätigung über den erfolgreichen Beitritt. Der Beitritt wird erst ab Datum des Bestätigungsschreibens wirksam.
- (6) Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2a SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag über das jeweils zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg (CC Hilfsmittel) zu gleichen Bedingungen beizutreten. Das für sie zuständige CC Hilfsmittel richtet sich nach dem Sitz (Postleitzahl) des Leistungserbringers. Eine ausführliche Übersicht hierzu sowie die Vorlage zur Erklärung des Beitritts sind unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/beitritt/index.html> abrufbar.
- (7) Für etwaige Filialbetriebe der Leistungserbringer ist der Beitritt jeweils gesondert zu diesem Vertrag zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden; diese gelten nach diesem Vertrag als Vertragspartner.

§ 2 Leistungsvoraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist, dass der Vertragspartner die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllt. Dabei sind die Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. den Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) in der jeweils gültigen Fassung für die gesamte Vertragslaufzeit einzuhalten.
- (2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist vom Vertragspartner vor Vertragsbeginn mittels Präqualifizierungsurkunde bzw. individueller Eignungsnachweise gegenüber dem jeweils zuständigen CC Hilfsmittel nachzuweisen.
- (3) Der Vertragspartner hat das Vorliegen der vorgenannten Anforderungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Änderungen, welche die Eignung des Vertragspartners - insbesondere § 2 Abs. 1 und/oder 2 - berühren, hat der Vertragspartner dem zuständigen CC Hilfsmittel unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Der Vertragspartner ist nach Maßgabe dieses Vertrages nur zur Abgabe derjenigen Hilfsmittel berechtigt, für welche er die Eignung nach den vorgenannten Regelungen gegenüber der AOK Baden-Württemberg nachgewiesen hat; er darf Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegen nehmen.
- (5) Sofern der Vertragspartner die Leistungserbringung nach diesem Vertrag über mehrere Betriebsstätten sicherstellt, so gelten die vorgenannten Anforderungen für jede einzelne Betriebsstätte. Der Vertragspartner ist darüber hinaus verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg unverzüglich ein gesondertes Institutionskennzeichen (IK) für jede versorgende Betriebsstätte mitzuteilen.
- (6) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Einweisung und Beratung der Versicherten/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl examinierte Pflegefachkräfte, z.B. mit den Berufsabschlüssen „Altenpfleger/innen“, staatlich anerkannte „Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen“ sowie „Kinderkrankenschwestern/-pfleger“ oder Personen mit gleichwertiger Qualifikation.
- (7) Zusätzlich stellt der Vertragspartner sicher, dass die zur Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzten Personen, die Voraussetzungen nach § 31 Abs. 1 und 2 MPG (Medizinprodukteberater) erfüllen sowie über Kenntnisse in der ableitenden Inkontinenzversorgung verfügen.
- (8) Die an der direkten Versorgung beteiligten Mitarbeiter sind entsprechend der Herstellerangaben mindestens einmal jährlich in Bezug auf die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel fortzubilden. Der Nachweis über die Schulungen ist vom Vertragspartner zu führen und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Vertragspartner gewährleistet die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V i.V.m. § 12 SGB V.
- (2) Der Vertragspartner hält die zur Versorgung medizinisch notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor.

- (3) Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach den gleichen Grundsätzen; eine Risikoselektion ist ausgeschlossen.
- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die jeweils aktuellen einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene-Sterilvorschriften des Robert Koch Institutes und des Arbeitssicherheitsgesetzes, des Expertenstandards „Förderung der Harninkontinenz in der Pflege“ sowie die Empfehlungen des GKV-SV zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.
- (5) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Versicherten ausschließlich mit solchen Hilfsmitteln zu versorgen, die den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V genannten Qualitätsstandards entsprechen. Beabsichtigt der Vertragspartner Hilfsmittel ohne Hilfsmittelpositionsnummer abzugeben, so zeigt er dies dem zuständigen CC Hilfsmittel vor der Versorgung an und weist dabei die Erfüllung der vorgenannten Qualitätsstandards in geeigneter Weise (z. B. Produktbeschreibung, Nachweis Qualitätsstandards) nach. Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, diese Nachweise zur Prüfung dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzulegen.
- (6) Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, genehmigungspflichtige Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation durch den MDK prüfen zu lassen. Der Vertragspartner stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
- (7) Die AOK Baden-Württemberg ist berechtigt, die Qualität der Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form (u. a. durch Versichertenbefragung) zu überprüfen oder überprüfen zu lassen. Insbesondere kann sie für fachliche Prüfungen nach § 275 Abs. 3 SGB V den MDK und/oder Fachkräfte der AOK Baden-Württemberg beauftragen. Anfragen der AOK Baden-Württemberg und/oder der beauftragten Gutachter zu Versorgungsfällen bzw. zur Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Vertragspartner zu beantworten.

§ 4 Vertragsärztliche Verordnung

- (1) Für die Versorgung nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (2) Für die Versorgung des jeweiligen Versicherten ist eine Verordnung (Muster 16) eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes erforderlich.
- (3) Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl der geeigneten Hilfsmittel obliegt dem Vertragspartner nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (4) Die vom Arzt auf der vertragsärztlichen Verordnung angegebene Diagnose bestimmt die Versorgung des Versicherten. Sofern vom Arzt keine Diagnose angegeben wurde, ist der Vertragspartner berechtigt, den Arzt um Nachtrag zu bitten.

- (5) Die vertragsärztliche Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- (6) Die vertragsärztliche Verordnung löst eine Versorgung von maximal 3 Kalendermonaten, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung aus. Nach Ablauf des angegebenen Verordnungszeitraums (maximal nach 3 Kalendermonaten) ist eine neue Verordnung notwendig. Wird auf der Verordnung kein Verordnungszeitraum angegeben, gilt die Verordnung für einen Kalendermonat.
- (7) Sollte es bei Versorgungsmaßnahmen aus medizinischen Gründen zu einer Überschreitung der in der **Anlage 1** angegebenen durchschnittlichen Mengenempfehlungen je Versichertem und Kalendermonat kommen, ist der Mehrbedarf auf der Verordnung oder in einem Mehrbedarfsprotokoll nachvollziehbar durch den Arzt zu begründen.
- (8) Bei Wechsel des Vertragspartners durch den Versicherten ist grundsätzlich eine neue vertragsärztliche Verordnung notwendig.
- (9) Für die Vergangenheit ausgestellte Verordnungen sind grundsätzlich unzulässig.
- (10) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt selbst oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorgenommen werden und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (11) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsmaßnahmen gemäß § 5 Abs. 1 gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK Baden-Württemberg eingeht.
- (12) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

§ 5 Genehmigung

- (1) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg. Zur Genehmigung ist ein Kostenvoranschlag beim zuständigen CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen.
- (2) Davon abweichend verzichtet die AOK Baden-Württemberg auf die Genehmigung bei Abgabe der Hilfsmittel innerhalb der vertraglich geregelten Mengenempfehlungen gemäß der Anlage 1 des Vertrages. Die Mengenempfehlungen dienen als Anhaltspunkte für den durchschnittlichen monatlichen Versorgungsbedarf je Versichertem. Sollte innerhalb eines Kalendermonats die Mengenempfehlungen gemäß Anlage 1 überschritten werden, ist ein Kostenvoranschlag über den voraussichtlichen Monatsbedarf (Kalendermonat) einzureichen. Die Genehmigung gilt für die Dauer der Verordnung maximal für 3 Kalendermonate, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung.
- (3) Stellt der MDK im Einzelfall fest, dass der Versorgungsumfang des Versicherten je Kalendermonat dauerhaft medizinisch notwendig ist, gilt die Genehmigung für diese Versorgung bis auf Widerruf; längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung.

- (4) Die AOK Baden-Württemberg behält sich jedoch vor, die Genehmigungsfreiheit ganz oder teilweise mit einer Frist von 4 Wochen zu widerrufen.
- (5) Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen. Der Kostenvoranschlag enthält mindestens die Angaben der **Anlage 2**.
- (6) Die Vertragsparteien streben die Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKVA) an.
- (7) Beim eKVA ist der Kostenvorschlag in der von der AOK Baden-Württemberg vorgesehenen Form zu übermitteln. Weiterführende Informationen zum eKVA sowie die allgemeinen und fachlichen Liefervorgaben der AOK Baden-Württemberg sind im Gesundheitspartnerportal unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de> abrufbar.
- (8) Dem Kostenvoranschlag ist die vertragsärztliche Verordnung und bei Bedarf das vom Arzt unterzeichnete Mehrbedarfsprotokoll beizufügen. Bei Übermittlung im Rahmen des eKVA-Verfahrens sind die vorgenannten Unterlagen als Image beizufügen.

§ 6 Art und Umfang der Versorgung

- (1) Der Vertragspartner trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hält der Vertragspartner eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte verschiedener Hersteller vor.
- (2) Wird der Versicherte vom Arzt mit suprapubischen Kathetern, Nephrostomiekathetern oder Harnblasen-Ballon-Kathetern (Dauerkathetern) in der Arztpraxis oder im ärztlichen Notdienst in der Häuslichkeit versorgt, sind diese Katheter sowie die zugehörigen Katheter(verschluss)stopfen (keine Katheterventile) gemäß der Anlage 1 der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart, und den Krankenkassen in der aktuell gültigen Fassung (Stand 25.02.2015) vom Vertragsarzt über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.
- (3) Urologische Kathetersets sind nicht Gegenstand des Vertrages.
- (4) Erfolgt die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln im Zusammenhang mit einer Urostomaversorgung, sind die ableitenden Inkontinenzhilfsmittel aus einer Hand durch den mit Stomaprodukten versorgenden Leistungserbringer bereitzustellen.
- (5) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen nach diesem Vertrag beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung und Einweisung der Versicherten beziehungsweise der Betreuungspersonen in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels inklusive der kostenlosen Überlassung einer Bedienungsanleitung, Erprobung, Lieferung, Nachbetreuung, Ersatzbeschaffung oder Umversorgung.
- (6) Der Vertragspartner ist verpflichtet in Abstimmung mit dem Versicherten zu Beginn jeder Versorgung ein persönliches Beratungsgespräch mit dem Versicherten und/oder seiner Angehörigen/Betreuungsperson zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung der ableitenden Inkontinenzhilfsmittel zu führen. Falls erforderlich und in Abstimmung mit dem Versicherten ist die Beratung auch an anderen Örtlichkeiten, z.B. in der Häuslichkeit durchzuführen. Bei der Folgeversorgung erfolgt

- die Beratung des Versicherten und/oder seiner Angehörigen/Betreuungsperson je nach Bedarf.
- (7) Die Beratungsleistungen sind in geeigneter Weise zu dokumentieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.
 - (8) Im Rahmen der Versorgung bietet der Vertragspartner dem Versicherten bei der Beratung eine Auswahl aufzahlungsfreier geeigneter Inkontinenzhilfsmitteln sowie deren kostenlose Bemusterung an.
 - (9) Stellt der Vertragspartner die medizinische Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Zubehör und Verbrauchsmaterialien usw. hinsichtlich Art und/oder Umfang in Frage, ist durch den Vertragspartner Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu nehmen.
 - (10) Die Abgabe der Hilfsmittel gemäß Anlage 1 des Vertrages erfolgt unverzüglich nach Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beim Vertragspartner und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Baden-Württemberg, spätestens binnen 2 Werktagen.
 - (11) Die Lieferung deckt grundsätzlich den Bedarf für einen Kalendermonat ab. Rechtzeitig vor Ablauf des letzten Kalendermonats hat die nächste Lieferung zu erfolgen. Auf Wunsch des Versicherten kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus höchstens im Rahmen eines dreimonatigen Turnus abweichen; davon unberührt bleiben die Abrechnungsregelungen und Regelungen über die gesetzlichen Zuzahlungen.
 - (12) Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus und auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung. Der Vertragspartner hat hierzu mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet.
 - (13) Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel je Kalendermonat sowie zum Versorgungszeitraum enthält.
 - (14) Der Vertragspartner hat sich den Empfang der gelieferten Hilfsmittel vom Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten schriftlich bestätigen zu lassen. Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung der Hilfsmittel gilt auch der Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer), wenn dieser eindeutig dem Versicherten zuzuordnen ist. Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Empfangsbestätigung und die Angabe des gelieferten Versorgungsumfangs und -zeitraumes auf Nachfrage der AOK Baden-Württemberg vorgelegt werden kann.
 - (15) Der Vertragspartner informiert den Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten bei erstmaliger Versorgung über die in der Patienteninformation (**Anlage 3**) relevanten Versorgungsinhalte.
 - (16) Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner, ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Kalendermonats durch den bisherigen Vertragspartner sicherzustellen. Der neue Vertragspartner stellt sicher, dass Versorgung von Versicherten bei Wechsel des Vertragspartners zum ersten Tag des nächsten Kalendermonats begonnen werden. Mit Einverständniserklärung des Versicherten können die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wechsels untereinander abstimmen. Wurde ein Versicherte im gleichen Zeitraum von verschiedenen Vertragspartnern versorgt, kann nur der bisher versorgende Vertragspartner die Vergütung beanspruchen; ein Vergütungsanspruch für den übernehmenden Versorger besteht nicht.

- (17) Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 bis 17.00 Uhr oder von 09.00 bis 18.00 Uhr eine Service-Hotline sicher. Davon sind geltende gesetzliche Feiertage ausgenommen. Durch die Nutzung der Service-Hotline dürfen – im Vergleich zu normalen Orts- bzw. Ferngesprächen aus dem deutschen Festnetz – weder für den Anrufer noch für die AOK Baden-Württemberg Mehrkosten anfallen. Die Service-Hotline des Vertragspartners ist dem Versicherten bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich mitzuteilen. Der Vertragspartner teilt der AOK Baden-Württemberg die Service-Hotline auf Verlangen mit.
- (18) Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, so hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Es ist nicht zulässig, die Erhebung von Mehrkosten davon abhängig zu machen, ob das von dem Versicherten gewünschte Produkt zum Standardportfolio des Vertragspartners gehört oder nicht. Über die Einzelheiten und die Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels der **Anlage 4**. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Die Erklärung des Versicherten ist auf Nachfrage der AOK Baden-Württemberg vorzulegen. Im Rahmen der Abrechnung ist das Hilfsmittelverwendungskennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt.

§ 7 Vergütung

- (1) Die Vergütung erfolgt für jeden anspruchsberechtigten Versicherten auf Basis von Einzelpreisen (10-stellige Gebührenpositionsnummer) entsprechend der Preisvereinbarung in Anlage 1 des Vertrages.
- (2) Mit der Vergütung sind alle anfallenden vertraglichen Leistungen und damit im Zusammenhang stehenden Kosten vollumfänglich abgegolten.
- (3) Die vereinbarten Preise sind Stückpreise und verstehen sich zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- (4) Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Vergütung nur für tatsächlich notwendige und gelieferte Hilfsmittel monatlich abgerechnet wird.
- (5) Ein Vergütungsanspruch besteht nicht in den Kalendermonaten, in denen der Versicherte über den vollen Kalendermonat stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung anderweitig versorgt wurde.
- (6) Erlischt die Anspruchsberechtigung im Genehmigungszeitraum besteht der Vergütungsanspruch nur für den Zeitraum der Anspruchsberechtigung.

§ 8 Zuzahlung

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht, sofern sie nicht nach § 62 SGB V befreit sind.
- (2) Der Vertragspartner hat den Versicherten mit Überlassung des Hilfsmittels über die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 33 und 61 SGB V zu informieren.

- (3) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Vertragspartner in Höhe von jeweils 10 % des Vertragspreises, bis höchstens jeweils in Höhe von 10,00 Euro, einzuziehen. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Bestellrhythmus für jeden Kalendermonat zu entrichten.
- (4) Die geleistete Zuzahlung ist dem Versicherten kostenlos zu quittieren.
- (5) Eine über die gesetzlichen Zuzahlungspflichten hinausgehende Forderung von Entgelten für die Versorgung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn, der Versicherte hat trotz der ausführlichen Information des Vertragspartners ausdrücklich Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen verlangt, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen (vgl. § 6 Abs. 18).

§ 9 Abrechnung

- (1) Es dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die vom Vertragspartner unter Einhaltung der vertraglichen Regelungen erbracht wurden.
- (2) Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung.
- (3) Die Rechnungslegung aller monatlich gelieferten Hilfsmittel nach diesem Vertrag erfolgt je Versicherten jeweils nach Ablauf eines Kalendermonats; die Abrechnung kann frühestens zum ersten Tag des Folgemonats eingereicht werden.
- (4) Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form von Sammelrechnungen. Der Umfang einer Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 100 Verordnungen pro Rechnung zu begrenzen.
- (5) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Die Abrechnung enthält folgende Bestandteile:
 - a. Abrechnungsdaten (vgl. Anlage 1 der DTA-Richtlinien)
 - b. Gesamtaufstellung (§ 6 der DTA-Richtlinien)
 - c. Begleitzettel der Urbelege (vgl. Anlage 4 der DTA-Richtlinien)
 - d. Urbelege
 - vertragsärztliche Verordnung im Original; umfasst die vertragsärztliche Verordnung einen Zeitraum von mehr als einem Kalendermonat, so ist für die erstmalige Abrechnung das Original und für Folgeabrechnungen jeweils die Kopie der Verordnung beizufügen. Mit Ablauf der Gültigkeit der Verordnung - spätestens nach 3 Kalendermonaten - ist stets eine neue vertragsärztliche Verordnung im Original der Abrechnung beizufügen.
 - Empfangsbestätigung; erfolgt die Lieferung für mehr als einen Kalendermonat (vgl. § 6 Abs. 11), sind bei der Abrechnung des ersten Kalendermonats das Original und für die weiteren Abrechnung jeweils eine Kopie der Empfangsbestätigung beizufügen.
 - Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung gilt auch der Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (z.B. Paket-/ Sendungsverfolgungsnummer), wenn dieser eindeutig dem Versicherten zuzuordnen ist.
 - Sofern die Versorgung gemäß § 5 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, ist der genehmigte Kostenvoranschlag als Urbeleg einzureichen.

- (7) Die maschinellen Datensätze gemäß § 9 Abs. 6a hat der Vertragspartner an die zentrale Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß § 9 Abs. 6 b) bis d) (papiergebundenen Unterlagen) sind an das zuständige CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg zu senden.
- (8) Werden die Abrechnungsdaten nicht auf elektronischem Wege übertragen bzw. nicht maschinell verwertbar übermittelt und hat dies der Vertragspartner zu vertreten, stellt die AOK Baden-Württemberg die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem Vertragspartner durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung (§ 303 SGB V). Die Rechnung wird entsprechend gekürzt.
- (9) Jede Einzelabrechnung ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Gebührenpositionsnummer (siehe Anlage 1), des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens und des Versorgungszeitraumes (von-bis) anzuliefern. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Vertragspartnergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen) zwingend erforderlich. Es ist darauf zu achten, dass die richtigen Hilfsmittelverwendungskennzeichen („00“ für Erstversorgung, „10“ für Folgeversorgung und die „06“ für mit Mehrkosten einhergehende Versorgungen gemäß § 6 Abs. 18) angegeben werden.
- (10) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesamtbetrag abzuziehen und gesondert auszuweisen.
- (11) Für Anspruchsberechtigte nach den verschiedenen Versorgungsgesetzen sowie für Betreute nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform durch den Vertragspartner zu erstellen (vgl. § 2 Abs. 2 der DTA-Richtlinien).
- (12) Das Zahlungsziel beträgt 28 Tage. Die Zahlungsfrist beginnt erst nach Eingang aller erforderlichen Abrechnungsbestandteile. Ist die Abrechnung fehlerbehaftet oder unvollständig, behält sich die AOK Baden-Württemberg vor, diese zur Prüfung und Überarbeitung an den Vertragspartner zurück zu senden. Der Beginn der Zahlungsfrist verschiebt sich entsprechend. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist gegenüber dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt das Ende der Zahlungsfrist auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich das Fristende auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (13) Dem Vertragspartner obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers (Abrechnungsdaten) und der papiergebundenen Unterlagen.
- (14) Die Zahlung erfolgt unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung der AOK Baden-Württemberg. Beanstandungen müssen dem Vertragspartner schriftlich mitgeteilt werden.
- (15) Rechnungsreduzierungen durch die AOK Baden-Württemberg dürfen vom Vertragspartner nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden.
- (16) Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung einer zentralen Abrechnungsstelle, so hat der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg unverzüglich hierüber zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen.
- (17) Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK Baden-Württemberg. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann

ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der beauftragten Abrechnungsstelle und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Dies gilt so lange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Vertragspartner bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen ist.

- (18) Forderungen des Vertragspartners gegenüber der AOK Baden-Württemberg dürfen nicht abgetreten oder verpfändet werden. Ausgenommen davon sind Abtretungen an die beauftragte Abrechnungsstelle.

§ 10 Gewährleistung, Haftung

- (1) Der Vertragspartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, insbesondere die Betriebs- und Funktionsfähigkeit, des Hilfsmittels.
- (2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. In diesem Fall hat der Vertragspartner die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
- (3) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, dass das Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert worden ist. Der Vertragspartner trägt die Beweislast dafür, dass ein Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind.
- (4) Der Vertragspartner stellt die AOK Baden-Württemberg von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Vertragspartners stehen, frei.
- (5) Der Vertragspartner haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung entstehen. Ein eventueller Untergang, eine Verschlechterung oder der Verlust des Hilfsmittels gehen nicht zu Lasten der AOK Baden-Württemberg.
- (6) Die AOK Baden-Württemberg haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Vertragspartner oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die AOK Baden-Württemberg von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.
- (7) Der Vertragspartner ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.
- (8) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für vorsätzliche und grob fahrlässige Pflichtverletzungen der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen beruhen.
- (9) Im Übrigen haftet der Vertragspartner nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

- (10) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK Baden-Württemberg die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Baden-Württemberg auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Baden-Württemberg umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.

§ 11 Öffentlichkeitsarbeit, Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Baden-Württemberg beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Vertragspartner, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig.
- (3) Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf von den Vertragspartnern hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Sprechstunden von Vertragspartnern in Arztpraxen, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (2) Der Vertragspartner hat die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten, insbesondere:
- a. ist die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden.
 - b. darf der Vertragspartner Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.
 - c. ist die Zahlung einer Vergütung durch den Vertragspartner für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, unzulässig.
 - d. sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen des Vertragspartners, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unzulässige Zuwendungen.

§ 13 Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages von der AOK Baden-Württemberg übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
- (2) Der Vertragspartner ist verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die gemäß § 9 Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg (LDSG), der Anlage zu § 78a SGB X bzw. § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und dessen Anlage erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter oder Dritten auf die Beachtung der Datenschutzvorschriften hinzuweisen, zu belehren und darauf schriftlich zu verpflichten.
- (3) Für die Durchführung des eKVA-Verfahrens hat der Vertragspartner sicherzustellen, dass die Übermittlung der Daten ausschließlich über einen IT-Dienstleister erfolgt, der einen gültigen Dienstleistervertrag über das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren im Bereich Hilfsmittel mit der AOK Baden-Württemberg hat und damit seinerseits im Hinblick auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet ist.
- (4) Der Vertragspartner darf die ihm überlassenen, zu schützenden Daten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Vertragspartner nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist, es sei denn, der Versicherte stimmt schriftlich zu. Die Geheimhaltungspflicht des Vertragspartners und der von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter oder Dritten reicht über das Vertragsende hinaus.
- (5) Der Vertragspartner verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor dem Zugriff und der Einsichtnahme durch Dritte zu schützen.
- (6) Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK Baden-Württemberg für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch von ihm zu verantwortenden Verstöße gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen des LDSG, des BDSG oder des SGB X entstehen.

§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

- (1) Erfüllt der Vertragspartner seine Vertragspflichten nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen Vertragspflichten, so kann ihn die AOK Baden-Württemberg unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit warnen, unter den in § 14 Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Warnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg gibt dem Vertragspartner vor Verhängung der in Abs. 1 benannten Maßnahmen die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (3) Als Verstöße im Sinne von Abs. 1 gelten insbesondere:

- a. Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
 - b. Abgabe von Hilfsmitteln unter Verstoß gegen § 6 Abs. 18,
 - c. Ablehnung der Leistungserbringung für einen Versicherten der AOK Baden-Württemberg ohne wichtigen Grund,
 - d. Leistungsabgabe entgegen der vertragsärztlichen Verordnung,
 - e. Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 8 Abs. 5,
 - f. Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 1 a.),
 - g. Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 1 b.),
 - h. Nichterfüllung bzw. Wegfall der Eignungsvoraussetzungen gemäß § 2,
 - i. Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - j. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 13.
 - k. Wiederholter Verzug der Lieferung von Produkten
- (4) Die AOK Baden-Württemberg kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des § 14 Abs. 3 lit a.-k. nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zur Höhe von 5.000 Euro je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf 5 % des jährlichen Rechnungsbetrages nach diesem Vertrag. Ggf. gem. § 9 Abs. 8 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.
- (5) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des § 14 Abs. 3 f) oder g) kann der Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen gemäß § 14 Abs. 1 bis 5 hat der Vertragspartner der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen. Ggf. gemäß § 14 Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet.

§ 15 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.05.2015 in Kraft und gilt für alle Erst- und Folgeversorgungen.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.03.2017 schriftlich gekündigt werden.
- (3) Sofern der GKV-SV nach § 36 Abs. 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Preise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten ab dem Tag ihres Inkrafttretens (= Stichtag). Sie gelten für alle Versorgungen, bei denen die Abgabe der Leistung nach dem Stichtag erfolgt. Im Falle einer Festsetzung und/oder Änderung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 SGB V haben die Vertragsparteien das Recht bis 3 Monate nach deren Inkrafttreten, den Vertrag unabhängig von der Mindestvertragslaufzeit in Abs. 2 mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende zu kündigen.
- (4) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Vertragsparteien unberührt. Ein wichtiger Grund besteht für die AOK Baden-Württemberg insbesondere, wenn:

- a. ein Grund im Sinne des § 14 Abs. 3 vorliegt,
 - b. durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, oder durch eine gerichtliche oder behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahme die Erfüllung des Vertrages untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Bei einer Kündigung des Vertrages durch die Vertragsparteien entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber den diesem Vertrag beigetretenen Mitgliedern des Verbandes. Es bedarf keiner gesonderten Kündigung durch die einzelnen Verbandsmitglieder bzw. gegenüber den einzelnen Verbandsmitgliedern.
 - (6) Der Vertragspartner hat die begonnenen Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag bis zum Ende des jeweiligen Vergütungszeitraumes in vollem Umfang sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Zeitablauf, Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet.
 - (7) Nach Beendigung des Vertrages ausgestellte Verordnungen hat der Vertragspartner, soweit sie an ihn übermittelt werden, unverzüglich an den Versicherten auszuhändigen.

§ 16 Schlussbestimmungen

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

_____, den _____

Stuttgart, den _____

Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender

Anlage 1: Preisvereinbarung

Für nicht festbetragsregelte Produkte gilt der Apothekeneinkaufspreis (AEP) mit Stand vom 01.03.2015 abzüglich 7,5 %

Gebühren-positions-nummer	Kurzbezeichnung	Durchschnittliche Mengeneempfehlung pro Patient und Kalendermonat	Genehmigungspflicht pro Patient und Kalendermonat Ja (J), Nein(N)	Hilfsmittelverwendungs-kennzeichen lt. Anlage zum DTA	Preis pro Stück zuzüglich der MwSt. (netto)
15.25.04 Externe Urinableiter					
15.25.04.1xxx	Urinableiter für Frauen	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ^{1),2)}	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.04.2xxx	Urinableiter für Männer	bis zu 30/31			AEP - 7,5 %
15.25.04.3xxx	Urinableiter für Kinder	bis zu 30/31			AEP - 7,5 %
15.25.04.0xxx	nicht besetzt (vorher: Urinal-Kondome/Rolltrichter)	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ^{1),2)}	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.04.4xxx	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig	bis zu 30/31			0,64 EUR
15.25.04.5xxx	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt	bis zu 30/31			2,02 EUR
15.25.04.6xxx	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig	bis zu 30/31			1,56 EUR
15.25.04.7xxx	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt	bis zu 30/31			2,17 EUR
15.25.04.8xxx	Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform	bis zu 30/31			AEP - 7,5 %
15.25.05 Urin-Beinbeutel					
15.25.05.1xxx ⁵⁾	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ^{1),2)}	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	2,26 EUR
15.25.05.3xxx ⁵⁾	Beinbeutel mit Ablauf, steril	bis zu 30/31			3,34 EUR
15.25.05.5xxx ⁵⁾	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	bis zu 30/31			2,44 EUR
15.25.05.6xxx ⁵⁾	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril	bis zu 30/31			3,18 EUR
15.25.05.7xxx ⁵⁾	Beinbeutel mit Entlüftung	bis zu 30/31			AEP - 7,5 %
15.25.05.4xxx ⁵⁾	Kinderbeinbeutel, steril	60	(J), ab 61 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.06 Urin-Bettbeutel					
15.25.06.0xxx ⁵⁾	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ^{1),2)}	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	0,38 EUR
15.25.06.1xxx ⁵⁾	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	bis zu 30/31			0,94 EUR
15.25.06.2xxx ⁵⁾	Bettbeutel ohne Ablauf, steril	bis zu 30/31			0,75 EUR
15.25.06.3xxx ⁵⁾	Bettbeutel mit Ablauf, steril	bis zu 30/31			1,97 EUR
15.25.07 Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme					
15.25.07.0xxx ⁵⁾⁶⁾	Bettbeutel (mit Tropfkammer)	2 - 5	(J), ab 6 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	8,92 EUR
15.25.07.1xxx ⁵⁾⁶⁾	Kombinierte Bett- und Beinbeutel mit Tropfkammer	2 - 3	(J), ab 4 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.08 Urinauffangbeutel für den Dauergebrauch					
15.25.08.0xxx ⁵⁾	Urinbeutel für Dauergebrauch	Keine Angabe	(J)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.09 Sonstige Urinauffangbeutel					
15.25.09.xxxx ⁵⁾	Sonstige Urinauffangbeutel	keine Angabe	(J)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %

Gebührenpositionsnummer	Kurzbezeichnung	Durchschnittliche Mengenempfehlung pro Patient und Kalendermonat	Genehmigungspflicht pro Patient und Kalendermonat Ja (J), Nein(N)	Hilfsmittelverwendungskennzeichen lt. Anlage zum DTA	Preis pro Stück zuzüglich der MwSt. (netto)
15.25.10 Stuhlauffangbeutel					
15.25.10.0xxx	Beutel mit Klebefläche	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ¹⁾	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.12 Urinalbandagen					
15.25.12.0xxx	Urinalbandagen	keine Angabe	(J)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.12.1xxx	Urinalsysteme zur Langzeitwirkung	keine Angabe	(J)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.14 Einmalkatheter zur ISK					
15.25.14.4xxx	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig	150 - 180	(J), ab 181 Stück ²⁾	(J) Versorgungskombinationen von Einmalkathetern mit und ohne Auffangbeutel sind genehmigungspflichtig (z.B. 15.25.14.7* und 15.25.14.8*)	0,45 EUR
15.25.14.5xxx ⁷⁾	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	150 - 180			2,57 EUR
15.25.14.6xxx	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig	150 - 180			2,04 EUR
15.25.14.7xxx	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	150 - 180			2,57 EUR
15.25.14.8xxx ⁷⁾	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	100	(J), ab 101 Stück ²⁾		4,56 EUR
15.25.14.9xxx	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet, gebrauchsfertig	100			4,58 EUR
15.25.15 Ballonkatheter					
15.25.15.3xxx	Ballonspülkatheter	Keine Angabe	(J)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.15.5xxx	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzfristige Versorgung	7 - 8	(J), ab 9 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	4,43 EUR
15.25.15.6xxx	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung	1 - 2	(J), ab 3 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	16,64 EUR
15.25.16 Katheterverschlüsse					
15.25.16.0xxx	Katheterverschlüsse	Stopfen: 150 - 180 Ventil: keine Angabe Klemme: keine Angabe	(J), ab 181 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.17 Analtampons					
15.25.17.0xxx	Analtampons	90	(J), ab 91 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.21 Intravaginale Kontinenztherapiesysteme					
15.25.21.0xxx	Pessare	1	(J), ab 2 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.21.2xxx	Vaginaltampons	150	(J), ab 151 Stück	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.25.22 Produktuntergruppe wird noch erstellt					
15.25.22.0xxx	Instillationskatheter	bis zu 30/31	(J), ab 31/32 Stück ¹⁾	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99. Abrechnungspositionen					
15.99.99.0001	Abrechnungsposition für Ersatzteile	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0002	Abrechnungsposition für Verschleißteile	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0003	Abrechnungsposition für Ausstattungsdetails	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %

Gebührenpositionsnummer	Kurzbezeichnung	Durchschnittliche Mengenempfehlung pro Patient und Kalendermonat	Genehmigungspflicht pro Patient und Kalendermonat Ja (J), Nein(N)	Hilfsmittelverwendungskennzeichen lt. Anlage zum DTA	Preis pro Stück zuzüglich der MwSt. (netto)
15.99.99.0004	Abrechnungsposition für Spiegel für Frauen zur ISK	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0006	Abrechnungsposition für Spritzen zum Blocken von Ballonkathetern	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0007	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, Einmalgebrauch	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0008	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, wiederverwendbar	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0009	Abrechnungsposition für Halterungen/Taschen für Urinbeutel	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0010	Abrechnungsposition für Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.0011	Abrechnungsposition für Beinspreize zum ISK (Befestigung am Oberschenkel)	Keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.1 Abrechnungspositionen für Verbrauchsmaterial					
15.99.99.1001	Abrechnungsposition für Hautkleber für Urinal-Kondome/Rolltrichter	keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %
15.99.99.1002 ⁷⁾	Abrechnungsposition für Gleitmittel zur ISK Versorgung	keine Angabe	(N)	00 ³⁾ ; 10 ³⁾ ; 06 ⁴⁾	AEP - 7,5 %

- 1) Die Genehmigungspflicht besteht in Anhängigkeit der Anzahl der Tage je Kalendermonat (z.B. Monat März = 31 Kalendertage → Genehmigungspflicht ab 32 Stück; Monat April = 30 Kalendertage → Genehmigungspflicht ab 31 Stück).
- 2) Werden Produkte im Einzelfall aus einer Produktuntergruppe (6-Steller) miteinander kombiniert, ist hierbei eine genehmigungsfreie Abrechnung nur bis zu der angegebenen Gesamtmenge je Versichertem und Kalendermonat möglich.
- 3) Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung keine Aufzahlung für die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln ist das Hilfsmittelverwendungskennzeichen „00“ (Erstversorgung), oder „10“ (Folgeversorgung) zu verwenden.
- 4) Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung für die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln, so ist das Hilfsmittelverwendungskennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt. Das Hilfsmittelkennzeichen „06“ hat dabei immer Priorität (§ 6 Abs. 18).
- 5) In der Regel sollte es zu keiner Mischversorgung mit Hilfsmitteln der Produktuntergruppen 15.25.05*, 15.25.06*, 15.25.07*, 15.25.08*, 15.25.09* kommen.
- 6) Innerhalb der Produktuntergruppe 15.25.07* ist eine gleichzeitige Versorgung mit Hilfsmitteln aus den unterschiedlichen Produktarten (7-Steller) nicht möglich.
- 7) Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktart 15.25.14.5* und 15.25.14.8* ist eine gleichzeitige Versorgung mit dem Produkt „Gleitmittel zur ISK Versorgung“ (15.99.99.1002) nicht möglich.

Anlage 2: Kostenvoranschlag

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift, KV-Nr. des Versicherten aus der Hilfsmittelverordnung
- Lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer aus der Hilfsmittelverordnung
- Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail und IK des Leistungserbringers
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gemäß Anlage 1 des Vertrages. Zusätzlich ist die Bezeichnung des Hilfsmittels, die Menge und das Hilfsmittelverwendungskennzeichen anzugeben.
- Preis je Stück (netto), mit Angabe der Einzelkomponenten/Optionen
- sonstige Bemerkungen

Anlage 3: Patienteninformation

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK Service-Telefonnummer Erreichbarkeit (Tage/Uhrzeit)
---	---

Der Hilfsmittellieferant stellt für Sie ab _____ die Versorgung sicher.

Wichtige Information

Sie erhalten Ihre individuell medizinisch notwendigen Inkontinenzprodukte in ausreichender Anzahl und Qualität einschließlich aller Service- und Dienstleistungen von o.g. Lieferanten. Ihnen entstehen außer der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten. Die Zuzahlung ist nicht zu entrichten sofern Sie von der Zuzahlung befreit sind.

Testprodukte

- Ihr Lieferant bietet bei der Beratung eine Auswahl aufzahlungsfreier geeigneter Inkontinenzhilfsmitteln sowie deren kostenlose Bemusterung an.

Lieferservice

- Ihr Lieferant liefert Ihnen die Inkontinenzprodukte kostenlos frei Haus.
- Die Lieferung kann auf Wunsch in einer neutralen Verpackung erfolgen.

Bitte beachten Sie:

- Bitte reichen Sie Ihrem Lieferanten rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit der Verordnung ein neues Rezept für Ihre weitere Versorgung ein.
- Bitte informieren Sie Ihren Lieferanten rechtzeitig über Ihren Bedarf an ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln.
- Bitte achten Sie auf eine korrekte Lagerung und fachgerechte Entsorgung der Ihnen gelieferten Artikel. Bitte geben Sie in Absprache mit Ihrem Lieferanten nichtverbrauchtes Material an diesen zurück, wenn das Inkontinenzmaterial nicht mehr benötigt wird.
- Bitte verständigen Sie Ihren Lieferanten unverzüglich bei einem anstehenden **Wohnortwechsel**, insbesondere bei **Umzug in ein stationäres Pflegeheim**, bei **planbaren Aufhalten in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung**.
- Ein Wechsel des Lieferanten ist nach Abstimmung - sowohl mit Ihrem bisherigen als auch mit dem neuen Lieferanten - möglich. Grundsätzlich kann der Lieferant nur zu Beginn des nächsten Kalendermonats gewechselt werden. Ansonsten können Mehrkosten für Sie entstehen.

Anlage 4: Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK – (Stempel)								
<p>Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot der Versorgung mit medizinisch notwendigen ableitenden Inkontinenzprodukten informiert. Mir wurden dabei mehrere aufzahlungsfreie und für mich geeignete Produkte zur Testung angeboten.</p>									
<p>Folgende aufzahlungsfreie Produkte wurden mir angeboten:</p> <table border="0"><thead><tr><th data-bbox="197 595 868 627"><i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i></th><th data-bbox="1043 595 1267 627"><i>monatl. Stückzahl</i></th></tr></thead><tbody><tr><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td><hr/></td><td><hr/></td></tr></tbody></table>		<i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i>	<i>monatl. Stückzahl</i>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i>	<i>monatl. Stückzahl</i>								
<hr/>	<hr/>								
<hr/>	<hr/>								
<hr/>	<hr/>								
<p>Obwohl ich über die Möglichkeiten der aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgeht. Es wurde die Lieferung von folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:</p> <table border="0"><thead><tr><th data-bbox="197 1041 868 1072"><i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i></th><th data-bbox="1043 1041 1267 1072"><i>monatl. Stückzahl</i></th></tr></thead><tbody><tr><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td><hr/></td><td><hr/></td></tr></tbody></table>		<i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i>	<i>monatl. Stückzahl</i>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>		
<i>Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer</i>	<i>monatl. Stückzahl</i>								
<hr/>	<hr/>								
<hr/>	<hr/>								
<p>Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind begründet durch: <i>(Bitte beschreiben Sie nachfolgend im Einzelnen die Funktions- bzw. Ausstattungsmerkmale des gewünschten Mehrkostenproduktes, die über die Leistungspflicht der GKV hinausgehen)</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									
<p>Die daraus entstehenden Mehrkosten in Höhe von _____, _____ Euro pro Monat trage ich selbst.</p>									
<p>Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.</p>									
<p>_____, _____ Datum</p>	<p>_____ Unterschrift des Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten</p>								

Anlage 5: Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder

Zur Übersendung an das jeweilige CompetenceCenter Hilfsmittel der zuständigen AOK Bezirksdirektion

Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist bitte die Beitrittserklärung gesondert auszufüllen.

(Name/ggf. Rechtsform)

(Telefon/Fax)

(Straße/Hausnummer)

(E-Mail)

(Postleitzahl/Ort)

(Institutionskennzeichen)

Ich bin Mitglied des folgenden Verbandes:

§ 1 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt

Der Beitretende sichert mit der Unterzeichnung zu, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 2 Nachträgliche Änderung des Vertrages

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich. Der über den Beitritt geschlossene Vertrag kann innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der Änderungen fristlos schriftlich gekündigt werden, wenn hinsichtlich der Änderungen kein Einverständnis besteht. Dies gilt nicht für Mitglieder eines Verbandes, der den Vertrag mit Wirkung für seine Mitglieder geschlossen hat.

§ 3 Kündigung des Vertrages

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für Beigetretene kein Anspruch mehr auf die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

§ 4 Wirksamkeit des Beitritts

Der Beitritt wird wirksam, sobald die AOK Baden-Württemberg diesen nach Prüfung schriftlich bestätigt.

<u>Vertragstitel</u>	<u>Vertrag vom</u>	<u>AC/TK bzw. Vertragscode</u>
Verbandsvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln der Produktgruppe 15 vom 01.05.2015	01.05.2015	<input type="checkbox"/> 11 01 F15
		<input type="checkbox"/> 15 01 F15
		<input type="checkbox"/> 19 01 F15

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden

(Link:<http://www.aokgesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/beitritt/index.html>) zum Vertragsbeitritt zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte des Vertrages informiert.

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag der AOK Baden-Württemberg beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Leistungserbringers