

Vertragspartnergruppenschlüssel AC/TK

	Apotheken	11 01 J15
Orthopädietechnik und Sanitätsfachhandel		15 01 J15
Sonstige Vertragspartner		19 01 J15

Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die ambulante Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln der Produktgruppe 15

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart**

- im Folgenden „**AOK Baden-Württemberg**“ genannt -

und

Mustervertrag

- im Folgenden „**Vertragspartner**“ genannt -

- beide im Folgenden „**Vertragsparteien**“ genannt –

INHALTSVERZEICHNIS

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	4
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung.....	5
§ 5 Ärztliche Verordnung	6
§ 6 Genehmigung	7
§ 7 Art und Umfang der Versorgung	7
§ 8 Vergütung	9
§ 9 Zuzahlung	10
§ 10 Abrechnung	10
§ 11 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz	12
§ 12 Qualitätssicherung	13
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung.....	14
§ 14 Zusammenarbeit mit Dritten	14
§ 15 Datenschutz/Schweigepflicht	15
§ 16 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen.....	16
§ 17 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung	17
§ 18 Schlussbestimmungen	17

ANLAGEN

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Versicherteninformation mit Erklärung zum Erhalt des Musterpakets
Anlage 3	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 4	Vergütungsvereinbarung

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages gemäß § 127 Abs. 1 SGB V ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie aller durch die AOK Baden-Württemberg betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln nach § 33 i.V.m. § 127 Abs. 1 SGB V in den entsprechenden Produktuntergruppen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnis § 139 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung auf der Basis von Versorgungspauschalen gemäß der Anlage 4 des Vertrages.
- Die Versorgungspauschale Erwachsene ist für ambulante Versorgungsleistungen von Versicherten ab dem 19. Lebensjahr im eigenen Haushalt bzw. im Haushalt der Angehörigen oder an einem anderem geeigneten Ort anzuwenden. Die Monatspauschale gilt darüber hinaus für Versorgungsleistungen bei Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI sowie Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI.
 - Die Versorgungspauschale Kinder ist für ambulante Versorgungsleistungen von Versicherten vom 4. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Kinderversorgungsleistungen) anzuwenden.

- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil dieses Vertrages:

- ➔ Anlage 1 Leistungsbeschreibung
- ➔ Anlage 2 Versicherteninformation und Erklärung zum Erhalt des Musterpakets
- ➔ Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten
- ➔ Anlage 4 Vergütungsvereinbarung

Die Anlage 2 dient zur Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten. Die Anlage 2 kann von ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte und Formulierungen müssen jedoch enthalten sein; Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.

Die Anlage 3 wird zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen den Vertragsparteien verwendet. Die Anlage 3 kann in ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein.

- (3) Der Vertrag gilt weder für Versorgungsleistungen in Pflegeeinrichtungen (insbesondere Pflegeheime gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI) noch für die Versorgung von Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach §§ 43a i.V.m. 71 Abs. 4 SGB XI.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungsleistungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Mit Vertragsbeginn richten sich alle Versorgungsleistungen nach den Regelungen dieses Vertrages. Für bereits bestehende Versorgungsleistungen gilt dies mit Ablauf des jeweils bereits von der AOK Baden-Württemberg vergüteten Versorgungszeitraumes.
- (3) Andere Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag über das jeweils zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg (CC Hilfsmittel) zu gleichen Bedingungen beizutreten. Das jeweils 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.

- (4) 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.
- (5) Zwischen dem Vertragspartner und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer. Für nach Abs. 3 beigetretene Leistungserbringer gelten die vorgenannten Änderungen nur, soweit die beigetretenen Leistungserbringer nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Abs. 6 Gebrauch gemacht haben.
- (6) Ein nach Abs. 3 beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 17 Abs. 2 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen.

§ 3 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 gegenüber dem jeweils zuständigen CC Hilfsmittel nachzuweisen.
- (3) 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 und darf Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegennehmen.
- (4) Der Vertragspartner hat das Vorliegen der vorgenannten Anforderungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Änderungen, welche die Eignung des Vertragspartners – insbesondere § 3 Abs. 1, 2 und 3 – berühren, hat der Vertragspartner dem zuständigen CC Hilfsmittel unverzüglich mitzuteilen.
- (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 qualifiziertes Personal ein. Einzelheiten hierzu sind der Anlage 1 zu entnehmen.

§ 4 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. Eine hinreichende Auswahl an aufzahlungsfreien Produkten wird dabei berücksichtigt. Zu Vertragsbeginn übermittelt der Vertragspartner zusammen mit der Beitrittserklärung der AOK Baden-Württemberg eine Auflistung des aufzahlungsfreien Standardportfolios (7-stellige Hilfsmittelnnummer, Hersteller), das schwerpunktmäßig für die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg zum Einsatz kommt.
- (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 der AOK Baden-Württemberg nach den gleichen Grundsätzen; eine Risikoselektion ist ausgeschlossen.
- (4) Der Versicherte erhält die individuell medizinisch notwendigen Inkontinenzhilfsmittel in ausreichender Anzahl und Qualität. Dies gilt unabhängig davon, ob die Kosten dieser individuell notwendigen Versorgung die Höhe der vereinbarten Preise übersteigen oder darunter liegen (Mischkalkulation). Dem Versicherten dürfen hierfür keine Mehrkosten in Rechnung gestellt werden. Die AOK Baden-Württemberg fordert im Gegenzug keine Rückerstattungen bei Versorgung unterhalb der Vertragspreise.
- (5) 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 und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie die Empfehlungen des GKV-SV zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Für alle Versorgung von Versicherten nach diesem Vertrag werden die aus den medizinprodukte-rechtlichen Pflichten eines Betreibers nach § 3 Abs. 2 S. 1 i. V. m. Abs. 1 MPBetreibV resultierenden Aufgaben hiermit gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 MPBetreibV auf den Vertragspartner übertragen, der das jeweilige Hilfsmittel bereitstellt.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) 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 eigene Fachkräfte der AOK Baden-Württemberg beauftragen. Anfragen der AOK Baden-Württemberg und/oder des MDKs zu Versorgungsfällen bzw. zur Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Vertragspartner zu beantworten. Im Übrigen sind die Regelungen des § 12 zu beachten.

§ 5 Ärztliche Verordnung

- (1) Der Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Nr.6 SGB V (Hilfsm-RL) in der jeweils gültigen Fassung zu Grunde zu legen.
- (2) Für die Versorgung des jeweiligen Versicherten ist eine Verordnung (Muster 16) eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes erforderlich.
- (3) Neben den Verordnungen (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die AOK Baden-Württemberg auch Entlassverordnungen (Muster 16 mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“) von Ärzten aus zugelassenen stationären oder teilstationären Einrichtungen („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V tätig sind.
- (4) 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.
- (5) Die vom Arzt auf der Verordnung angegebene Indikation bestimmt die Versorgung des Versicherten. Je Indikation ist eine separate Verordnung notwendig. Sofern vom Arzt keine Indikation angegeben wurde, ist der Vertragspartner berechtigt, den Arzt um Nachtrag zu bitten.
- (6) Die Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- (7) Die Verordnung löst eine Versorgung für einen Mindestzeitraum von einem Kalendermonat aus; maximal für sechs Monate, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung. Nach Ablauf des angegebenen Ordnungszeitraums (maximal nach sechs Monaten) ist eine neue Verordnung notwendig. Ist auf einer Verordnung kein Versorgungszeitraum angegeben oder wird als Ordnungszeitraum „Dauerverordnung“ angegeben, gilt die Verordnung für sechs Monate.
- (8) Bei Wechsel des Vertragspartners durch den Versicherten ist eine neue ärztliche Verordnung erforderlich.
- (9) Änderungen oder Ergänzungen der ausgestellten Verordnung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt selbst oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorgenommen werden und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (10) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung bzw. 7 Kalendertagen nach Ausstellung der Entlassverordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsleistungen (gemäß § 6 Abs. 1) gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK Baden-Württemberg eingeht.
- (11) 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 waren.

§ 6 Genehmigung

- (1) Die Abgabe eines Hilfsmittels nach diesem Vertrag bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg und ist mittels Kostenvoranschlag beim zuständigen CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen.
- (2) Davon abweichend erklärt die AOK Baden-Württemberg die Genehmigungsfreiheit für alle Erst- und Folgeversorgungen der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel.
- (3) Die AOK Baden-Württemberg behält sich jedoch vor, die Regelungen über die Genehmigungspflicht ganz oder teilweise zu verändern. Diesbezügliche Änderungen sind dem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich mitzuteilen.
- (4) Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen.
- (5) Die Vertragsparteien streben die Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKVA) an.
- (6) 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 AOK-Gesundheitspartnerportal abrufbar.
- (7) Dem Kostenvoranschlag sind folgende Unterlagen beizufügen:
 - vertragsärztliche Verordnung oder Entlassverordnung.

Bei Übermittlung im Rahmen des eKVAs sind diese Unterlagen als Image beizufügen.

§ 7 Art und Umfang der Versorgung

- (1) Produktauswahl und Umfang der Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfsmitteln richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweiligen Bedarf des Versicherten im Einzelfall. Der Vertragspartner trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hält der Vertragspartner ein qualitativ hochwertiges, ausreichend großes aufzahlungsfreies Produktsortiment mit diversen individuell geeigneten Produkten je Produktuntergruppe vor. Auf die Regelungen in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) wird verwiesen.
- (2) Für die Produktauswahl gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Hilfsmittelverzeichnis sowie des MPG und der MPBetreibV. Die Produktauswahl berücksichtigt die Indikation/Diagnose gemäß der Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen des Versicherten, das Produkt zu nutzen sowie das soziale Umfeld und technische Notwendigkeiten.
- (3) Maßgeblich für die Ermittlung des Bedarfs im Fall von Abstimmungsproblemen zwischen Vertragspartner und Versicherten ist die Anfertigung eines Trinkprotokolls über mindestens einen Tag hinweg. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist zu dokumentieren.

- (4) Die zu erbringenden Leistungen nach diesem Vertrag beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 4 aufgeführten Hilfsmitteln alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (5) Zum Umfang der Leistungserbringung gehören insbesondere:
- a) die individuelle, bedarfsgerechte Beratung zur aufzahlungsfreien Versorgung des Versicherten bzw. dessen betreuende(r) Person(en), bei Bedarf beim Versicherten vor Ort,
 - b) die individuelle Bemusterung und Zurverfügungstellung von geeigneten Testprodukten,
 - c) die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende(r) Person(en) in den sachgerechten Gebrauch nach MPBetreibV,
 - d) die Lieferung der Hilfsmittel frei Haus, auf Wunsch in neutraler Verpackung,
 - e) die Überlassung einer Gebrauchsanweisung sowie ggf. produkt-/ therapiebezogener Informationen in deutscher Sprache gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV.

Darüber hinaus sind die besonderen Anforderungen an die Versorgung und Beratung gemäß Anlage 1 zu erfüllen.

- (6) Die Abgabe der Hilfsmittel erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung beim Vertragspartner bzw. - soweit erforderlich - Genehmigung der AOK Baden-Württemberg, spätestens binnen zwei Werktagen oder in Absprache mit dem Versicherten.
- (7) Die Lieferung deckt grundsätzlich den Bedarf für einen Kalendermonat ab. Auf Wunsch des Versicherten und soweit ärztlich verordnet, kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus höchstens im Rahmen eines dreimonatigen Turnus abweichen; davon unberührt bleiben die kalendermonatlichen Abrechnungsregelungen und Regelungen über die gesetzliche Zuzahlung. Eine lückenlose Versorgung ist sicherzustellen, d. h. rechtzeitig vor Ablauf des letzten Versorgungszeitraumes hat die nächste Lieferung zu erfolgen. Die Lieferung erfolgt auf Wunsch in produktneutraler Verpackung versandkostenfrei an die vom Versicherten angegebene Lieferadresse.
- (8) Der Vertragspartner ist verpflichtet, den Versicherten bzw. dessen betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel einzuweisen sowie während der gesamten Versorgungszeit bei Bedarf umfassend zu beraten. Die Beratungsleistungen sind in geeigneter Weise zu dokumentieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen. Die besonderen Anforderungen an die Beratung gemäß Anlage 1 sind ebenso zu erfüllen.
- (9) Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner, ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes durch den bisherigen Vertragspartner grundsätzlich sicherzustellen. Der Wechsel des Vertragspartners ist rechtzeitig durch den Versicherten anzuzeigen sowie mit dem bisherigen als auch mit dem neuen Vertragspartner abzustimmen. Ansonsten können Mehrkosten für den Versicherten entstehen (vgl. Versicherteninformation Anlage 2). Der neue Vertragspartner stellt sicher, dass die Versorgung des Versicherten bei Wechsel des Vertragspartners zum ersten Tag des nächsten Versorgungszeitraumes begonnen wird. Mit Einverständniserklärung des Versicherten können die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wechsels untereinander abstimmen. Wurde ein Versicherter im gleichen Zeitraum von verschiedenen Vertragspartnern versorgt, kann nur der bisher versorgende Vertragspartner die Vergütung beanspruchen; ein Vergütungsanspruch für den übernehmenden Versorger besteht nicht.

- (10) Vor der erstmaligen Versorgung informiert der Vertragspartner den Versicherten über die in der Versicherteninformation relevanten Versorgungsinhalte (Anlage 2) und lässt sich die Kenntnisnahme sowie den Empfang des Musterpakets vom Versicherten oder der betreuenden Person unter Angabe des Datums schriftlich bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten.
- (11) Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit 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 der Hilfsmittel schriftlich mitzuteilen. Der Vertragspartner teilt der AOK Baden-Württemberg die Service-Hotline auf Verlangen mit.
- (12) Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, können daraus ggf. entstehende Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V). 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 Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels der Anlage 3. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Die Erklärung des Versicherten ist auf Verlangen der AOK Baden-Württemberg vorzulegen.

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung erfolgt für jeden anspruchsberechtigten Versicherten in Form von Versorgungspauschalen (Kalendermonat) gemäß Anlage 4.
- (2) Mit der Vergütung sind alle während des Vergütungszeitraumes anfallenden vertraglichen Leistungen und damit im Zusammenhang stehenden Kosten, wie z. B. alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Nebenleistungen, Versand-, Fahrkosten, usw., vollumfänglich abgegolten.
- (3) Die Zahlung der Versorgungspauschalen setzt voraus, dass der Versicherte mindestens einen Tag in dem jeweiligen Kalendermonat durch den Vertragspartner entsprechend den vertraglich vereinbarten Regelungen versorgt wurde.
- (4) Die vereinbarten Vertragspreise sind Bruttopreise und verstehen sich inklusive der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer.
- (5) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf die Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat.
- (6) Eine Vergütung ist ausgeschlossen, wenn sich der Versicherte einen vollen Kalendermonat in stationärer Behandlung befindet.
- (7) Der Vergütungsanspruch endet mit dem Kalendermonat, in dem die Versorgung aufgrund Wegfall der medizinischen Notwendigkeit, Leistungserbringerwechsel oder Ende der Versicherung beendet wird.

§ 9 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 gesetzliche Zuzahlung gemäß §§ 33 und 61 SGB V zu informieren und einzuziehen. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Lieferintervall für jeden Kalendermonat zu entrichten.
- (3) Der Vertragspartner hat dem Versicherten den Erhalt der Zuzahlung kostenlos zu quittieren.
- (4) Eine über die gesetzlichen Zuzahlungspflichten hinausgehende Forderung von Entgelten für die Versorgung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig. Ausgenommen hiervon sind Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V.

§ 10 Abrechnung

- (1) Es dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die vom Vertragspartner unter Einhaltung der vertraglichen Regelungen erbracht wurden.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form von Sammelrechnungen. Der Umfang einer Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 150 Verordnungen zu begrenzen.
- (3) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) 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 bei Erstversorgungen:
 - vertragsärztliche Verordnung oder Entlassverordnung im Original,
 - Kopie Versicherteninformation und Erklärung zum Erhalt des Musterpakets (Anlage 2),
 - Kopie Empfangsbestätigung oder Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer). Letzteres ist im Textfeld des Datensatzes (TXT-Segment) anzugeben,
 - sofern die Versorgung gemäß § 6 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, der genehmigte Kostenvoranschlag bzw. das Genehmigungsschreiben,
 - e) Urbelege bei Folgeversorgungen:
 - mit Ablauf der Gültigkeit der Verordnung - spätestens nach 6 Kalendermonaten - ist stets eine neue Verordnung im Original der Abrechnung beizufügen,
 - Kopie Empfangsbestätigung oder Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer). Letzteres ist im Textfeld des Datensatzes (TXT-Segment) anzugeben,
 - sofern die Versorgung gemäß § 6 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, der genehmigte Kostenvoranschlag bzw. das

Genehmigungsschreiben. Bei Abrechnung des zweiten bis sechsten Kalendermonats ist der Abrechnung eine Kopie beizufügen.

- (5) Sofern die Hilfsmittel nicht versendet werden, sondern die Abgabe persönlich erfolgt, ist die Empfangsbestätigung mit Unterschrift des Versicherten der Abrechnung nicht zwingend beizufügen. Die Empfangsbestätigungen mit Unterschrift des Versicherten können von der AOK Baden-Württemberg bei Bedarf im Einzelfall angefordert werden. Kann der Vertragspartner die Versorgung eines Versicherten nicht nachweisen, muss er diesen auf eigene Kosten erneut versorgen.
- (6) Die maschinellen Datensätze gemäß § 10 Abs. 4a) hat der Vertragspartner an die zentrale Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß § 10 Abs. 4b) bis e) (papiergebundenen Unterlagen) sind an das zuständige CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg zu senden.
- (7) 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.
- (8) Jede Einzelabrechnung ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Gebührenpositionsnummer (Anlage 4), des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens und des Versorgungszeitraumes (von-bis) anzuliefern. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Vertragspartnergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tariffkennzeichen) erforderlich. Es ist zudem darauf zu achten, dass die Verwendungskennzeichen „08“ für die Erstversorgung und „09“ für jede Folgeversorgung entsprechend der Anlage 4 korrekt angegeben werden. Ist die Versorgung gemäß § 6 dieses Vertrages genehmigungspflichtig, ist bei der Abrechnung für jeden abgerechneten Kalendermonat die Genehmigungsnummer anzugeben.
- (9) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesamtbetrag abzuziehen und gesondert auszuweisen.
- (10) Im Falle einer Versorgung, bei der der Versicherte Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V zu tragen hat, hat der Vertragspartner bei der Abrechnung die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V im Datensatz anzugeben.
- (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 – auch wenn nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird – in jedem Fall unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung der AOK Baden-Württemberg. Rechnungsreduzierungen/-absetzungen durch die AOK Baden-Württemberg dürfen vom Vertragspartner nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. § 9 bleibt hiervon unberührt.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) Forderungen des Vertragspartners gegenüber der AOK Baden-Württemberg dürfen nicht abgetreten oder verpfändet werden. Ausgenommen davon sind Abtretungen an die beauftragte Abrechnungsstelle.

§ 11 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz

- (1) Der Vertragspartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, insbesondere die Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels. Mehrkosten, die der AOK Baden-Württemberg durch Beratungsfehler des Vertragspartners entstehen, sind von diesem zu tragen.
- (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 Beschränkungen der Haftung der AOK Baden-Württemberg gemäß Absatz 6 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 unverzüglich eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.

§ 12 Qualitätssicherung

- (1) Die AOK Baden-Württemberg ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der dem Vertragspartner nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Sie ist berechtigt, sämtliche Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Pflichten aus § 127 Abs. 7 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 8 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung zu erfüllen.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V.
- (3) Der Vertragspartner ist zur Mitwirkung an den von der AOK Baden-Württemberg gewählten Prüfungsmaßnahmen verpflichtet. Insbesondere hat er der AOK Baden-Württemberg die für die Prüfung (u. a. für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen) erforderlichen Informationen und Unterlagen im gesetzlich zulässigen Ausmaß zur Verfügung zu stellen.
- (4) Zur Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten und zur Qualitätssicherung nach § 127 Abs. 7 SGB V übermittelt der Vertragspartner der AOK Baden-Württemberg auf Anfrage eine anonymisierte Statistik für Versicherte der AOK Baden-Württemberg mit Angaben insbesondere zur:
 - Anzahl der Versorgungen
 - Anzahl der aufzahlungspflichtigen Versorgungen

- Summe der insgesamt geleisteten Aufzahlungen
 - Anzahl der gelieferten Produkte (Einzelproduktaufstellung)
- (5) Der Vertragspartner ist außerdem verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg die von den Versicherten unterzeichneten Bestätigungen über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V auf Verlangen vorzulegen.
- (6) Sofern die AOK Baden-Württemberg auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Vertragspartner diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Baden-Württemberg umgehend zu übermitteln. Er ist verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg auf deren Verlangen auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung des jeweiligen Versicherten zu übermitteln, soweit die schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegt (§ 127 Abs. 7 S. 4 SGB V).
- (7) Zur Klärung einzelner Sachverhalte ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, Vor-Ort-Besuche beim Vertragspartner durchzuführen.

§ 13 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 vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten oder Dritten nicht abgewertet werden.

§ 14 Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Vertragspartner ohne Einwilligung des Versicherten) sind unzulässig.
- (2) Sprechstunden von Vertragspartnern in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (3) 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.

§ 15 Datenschutz/Schweigepflicht

- (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Insbesondere hat der Vertragspartner unter Berücksichtigung des Stands der Technik geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, um die Anforderungen des Art. 25 der EU-DSGVO umzusetzen.
- (2) Der Vertragspartner ist insbesondere verpflichtet, 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.
- (3) Für die Durchführung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKVA) 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 hat in eine zeitlich darüber hinaus gehende Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) oder Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO eingewilligt. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Vertragspartner ist gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO verpflichtet, die von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten auf die Beachtung der Datenschutzvorschriften hinzuweisen, zu belehren und darauf schriftlich zu verpflichten. Die Geheimhaltungspflicht des Vertragspartners und der von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten reicht über das Vertragsende hinaus fort.
- (6) 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.
- (7) Der Vertragspartner ist verpflichtet, Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten unverzüglich an die AOK Baden-Württemberg zu melden (Art. 33 EU-DSGVO). In

diesem Falle hat der Vertragspartner sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen. Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK Baden-Württemberg für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch von ihm zu verantwortenden Verletzungen gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen der EU-DSGVO und des SGB entstehen.

§ 16 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 verwarnen, unter den in § 16 Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Verwarnung 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, die regelmäßig mindestens eine Maßnahme im Sinne von Abs. 1 rechtfertigen, gelten insbesondere:
 - a) Nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführte Beratung von Versicherten über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung gemäß § 7 Abs. 5a,
 - b) Nicht oder nicht rechtzeitige an Versicherten übersandte/übergebene Versicherteninformation gemäß § 7 Abs. 10,
 - c) Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
 - d) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und/oder der Abrechnung entsprechen,
 - e) Abgabe von Hilfsmitteln unter Verstoß gegen § 7 Abs. 12, § 13 Abs. 3 und/oder Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 9 Abs. 4,
 - f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 14 Abs. 3a),
 - 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. § 14 Abs. 3b),
 - h) Leistungserbringung trotz Nichterfüllung, fehlendem Nachweis oder Wegfall der Leistungsvoraussetzungen gemäß § 3,
 - i) Leistungserbringung mit Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - j) Verstoß gegen die Grundsätze der Leistungserbringung gemäß § 4 oder Verstoß gegen § 12,
 - k) Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 15.
- (4) Die AOK Baden-Württemberg kann bei Verstößen im Sinne des § 16 Abs. 3 nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5.000,00 Euro je Einzelfall fordern, es sei denn, der Vertragspartner hat die Vertragspflichtverletzung nicht zu vertreten. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf 5 v. H. des Bruttorechnungsbetrages nach diesem Vertrag. Ggf. gemäß § 10 Abs. 7 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.
- (5) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des § 16 Abs. 3 d), e) oder i) kann der Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V); Abs. 2 gilt entsprechend.

- (6) Unabhängig von den Maßnahmen gemäß § 16 Abs. 1 bis 5 hat der Vertragspartner der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen. Ggf. gemäß § 16 Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden auf Schadensersatzforderungen aufgrund derselben Pflichtverletzung angerechnet.

§ 17 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2019 in Kraft und löst damit alle bisherigen Regelungen für diesen Produktbereich ab.
- (2) Der Vertrag kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.08.2021, schriftlich gekündigt werden.
- (3) 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 § 16 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.
- (4) Der Vertragspartner hat die vertraglich geschuldeten Leistungen für begonnene Versorgungen 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.
- (5) Nach Beendigung des Vertrages ausgestellte Verordnungen hat der Vertragspartner, soweit sie an ihn übermittelt werden, unverzüglich an den Versicherten zurückzugeben.

§ 18 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen des 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.

Ort, den _____

Stuttgart, den _____

Verband

AOK Baden-Württemberg

Anlage 1: Leistungsbeschreibung

1. Präambel

Die Leistungsbeschreibung regelt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln in den entsprechenden Produktuntergruppen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnisses § 139 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

Sie bestimmt in Ergänzung des Vertrages den Inhalt der Leistung und legt Qualitätsstandards in der Versorgung verbindlich fest. Sie regelt Anforderungen an Produkte und deren Qualität sowie die Beratungs- und Dokumentationspflichten bei der Leistungserbringung.

2. Voraussetzungen zur Leistungserbringung

Die Wahl des zweckmäßigen Hilfsmittels und der Leistungsumfang orientiert an der ärztlichen Verordnung und richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Versicherten. Der Vertragspartner beachtet bei der Versorgung die Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach §§ 2, 12 und 70 SGB V. Es dürfen keine pauschalierten Begrenzungen der Versorgungsmengen vorgenommen werden. Bei Bedarf ist die Art der Versorgung mit dem verordnenden Arzt und/oder dem betreuenden Pflegedienst/-personal abzustimmen. Maßgebend für Ermittlung des Harnverhaltens ist bei Bedarf, die Erstellung eines Trinkprotokolls über mindestens einen Tag.

Eine Leistungspflicht nach diesem Vertrag ist entsprechend den Regelungen des Hilfsmittelverzeichnisses **nicht** gegeben,

- a) wenn eine leichte Harninkontinenz mit einem Urinabgang von weniger als 100 ml in 4 Stunden vorliegt (eine Leistungspflicht der GKV der GKV liegt vor, wenn mindestens eine mittlere Harn-/Stuhlinkontinenz vorliegt).
- b) wenn Vorlagen, die der Hygiene dienen (z. B. Monatsbinden), abgegeben werden sollen. Diese gelten nicht als Inkontinenzhilfsmittel. Sie dienen mehr einem persönlichen Sicherheitsbedürfnis, dessen Befriedigung evtl. die Einleitung einer gezielten Diagnostik und Therapie verhindert oder verzögert. Sie dienen im Übrigen eher dem Schutz der Kleidung, da bei geringen Urinmengen sekundäre Hautveränderungen nicht zu erwarten sind.
- c) wenn Inkontinenzhilfsmittel ganz oder überwiegend zur Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen. Dies trifft insbesondere zu, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustands dauernde Bettlägerigkeit vorliegt, aber keine Inkontinenz vorliegt und Inkontinenzhilfsmittel allein aus hygienischen oder pflegerischen / pflegeerleichternden Gesichtspunkten zum Einsatz kommen.
- d) bei Krankenunterlagen. Da diese nicht körpernah (direkt am Ausscheidungsort) wirken, können sie nicht der Produktgruppe "Inkontinenzhilfen" zugeordnet werden. Die Voraussetzungen für eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Hilfsmittelverzeichnis unter der Produktgruppe 19 "Krankenpflegeartikel" definiert.

3. Personelle Anforderungen

3.1. Regelversorgungen:

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Mitarbeiter/innen, die in der hilfsmittelbezogenen telefonischen Beratung eingesetzt werden, über mindestens eine der folgenden Qualifikationen verfügen:

1. Staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
2. Staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen
3. Staatlich anerkannte Altenpfleger/innen
4. Gleichwertige Qualifikationen mit einschlägiger Berufserfahrung (z. B. Apotheker, pharmazeutisches Personal, Kaufleute aus dem Fachhandel bzw. aus der Arztpraxis)
5. Medizinprodukteberater mit Fortbildungsschwerpunkt Inkontinenz (Voraussetzungen nach § 31 Abs. 1 und 2 MPG)

3.2. Spezialversorgungen:

Sobald im Rahmen der Beratung erkennbar ist, dass es sich um eine spezielle Versorgungssituation handelt, die besondere medizinische Fachkenntnisse erfordert (z. B. Kinder-versorgungen), stellt der Vertragspartner sicher, dass diese Versorgungsfälle von Fachkräften entsprechend Punkt 3.1. Nr. 1 bis 4 betreut werden.

3.3. Beratung in der Häuslichkeit:

Der Vertragspartner verpflichtet sich, ausreichend Personal für eine persönliche Beratung in der Häuslichkeit des Versicherten vorzuhalten. Sofern eine persönliche Beratung in der Häuslichkeit des Versicherten erforderlich ist, wird diese ebenfalls ausschließlich von Fachkräften mit der Qualifikation entsprechend Punkt 3.1 Nr. 1 – 4 durchgeführt.

3.4. Fortbildung

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Mitarbeiter/innen unter 3.1 regelmäßig, mindestens einmal jährlich in Bezug auf vertragsgegenständliche Hilfsmittel an fachspezifischen Fortbildungen teilnehmen, deren Schwerpunkte wie folgt gesetzt sind:

- Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen
- Besonderheiten der aufsaugenden Inkontinenzversorgung
- Neuerung im Bereich der Produkte der PG 15.

Die Ausbildungs- und Fortbildungsnachweise der Mitarbeiter/innen sind der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.

4. Hilfsmittelbezogene Beratungsinhalte

Der Vertragspartner verpflichtet sich, hilfsmittelbezogene Beratungen in jeweils geeigneter Weise:

- telefonisch oder
- persönlich in den Räumlichkeiten des Vertragspartners sowie
- bei Bedarf persönlich im eigenen Haushalt des Versicherten bzw. im Haushalt der Angehörigen oder an einem anderen geeigneten Ort durchzuführen.

Hausbesuche können nur mit dem Einverständnis des Versicherten erfolgen. Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, erfolgen die telefonischen Beratungen/Beratungsbesuche unter Beteiligung der pflegenden Angehörigen und/oder dem beteiligten Pflegedienst.

4.1. Erstberatung und Beratung bei Produktwechsel

Der Vertragspartner führt mit dem Versicherten – soweit erforderlich unter Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. des beteiligten Pflegepersonals – zu Beginn der Erst- oder Umversorgung ein Beratungsgespräch mit folgenden Inhalten:

4.1.1. Beratung:

- Bedarfsermittlung, bei der der individuell medizinisch notwendige Bedarf an aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln ermittelt wird.
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens. Hinweise zur Ernährung und zum Trinken.
- Anleitung des Versicherten zur eigenständigen Anwendung der Inkontinenzhilfsmittel. Der Versicherte soll in die Lage versetzt werden, die Inkontinenzartikel im alltäglichen Gebrauch einzusetzen. Hierzu gehört die Aushändigung einer Gebrauchsanweisung sowie bei Bedarf eine Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen.
- Sofern erforderlich erfolgt eine Terminvereinbarung zur persönlichen Beratung des Versicherten zum Umgang mit den zum Einsatz kommenden Produkten. Eine umgehende Terminvereinbarung ist sicherzustellen. Bei einer persönlichen Beratung hat diese in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum zu erfolgen.
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen.
- Angebot einer produktneutralen Verpackung.
- Die Beratung des Versicherten orientiert sich an dem Expertenstandard "Förderung der Harnkontinenz in der Pflege".

4.1.2. Informationen zur Testung:

- Erläuterung und Aushändigung der Versicherteninformation (Anlage 2) im Rahmen der Versendung bzw. Abgabe der Testprodukte. Die Versicherteninformation ist vom Versicherten zu unterzeichnen und an den Vertragspartner zurückzusenden.
- Zurverfügungstellung einer kostenlosen Auswahl an aufzahlungsfreien Produkten zu Testzwecken. Hierbei ist auf ein ausreichendes Produktsortiment mit diversen individuell geeigneten aufzahlungsfreien Produkten – möglichst verschiedener Hersteller – zu achten.
- Sofern sich Versicherte über eine aufzahlungspflichtige Versorgung informieren möchten, darf die Anzahl der aufzahlungspflichtigen Produkte die Anzahl der aufzahlungsfreien Produkte bei der Bemusterung nicht übersteigen.
- Eine neutrale Darstellung ist verpflichtend, d.h. die gezielte Bewerbung von aufzahlungspflichtigen Produkten ist nicht zulässig.
- Der Versand des Musterpakets erfolgt umgehend, spätestens innerhalb von einem Werktag nach der Erstberatung.
- Bei Produktwechsel ist eine erneute Bemusterung durchzuführen.

4.1.3. Informationen zu Mehrkosten:

- Umfassende Aufklärung des Versicherten über seine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung.
- Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels Anlage 3. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Bei Bedarf ist diese der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung zu stellen.

4.2. Folgeberatung

Diese findet bei Bedarf oder auf Anforderung des Versicherten, pflegender Angehöriger oder des pflegerischen Fachpersonals oder aber aufgrund Kenntnisse der Vertragspartners über einen veränderten Bedarf des Versicherten (z. B. Produkte werden häufiger nachbestellt) während des gesamten Versorgungszeitraumes statt. Soweit erforderlich, sind pflegende Angehörige bzw. das Pflegepersonal mit einzubeziehen.

Konkret umfasst die Beratung folgende Inhalte:

4.2.1 Beratung:

- Wiederholung bzw. Einweisung und Schulung des Versicherten im Umgang mit den zum Einsatz kommenden Produkten.
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Kontrolle zur Erkennung von Komplikationen, ggf. Beratung und Anleitung zur Umversorgung
- Bei festgestellten Komplikationen werden diese dokumentiert, der behandelnde Arzt ist ggf. zu informieren; ggf. Anpassung der Versorgung hinsichtlich der benötigten Menge oder Produkte.

4.2.2 Information zu Mehrkosten:

- Umfassende Aufklärung des Versicherten über seine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung.
- Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels Anlage 3. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner.
- Bei Änderung der Höhe der Mehrkosten ist die Mehrkostenerklärung (Anlage 3) erneut zu unterschreiben. Bei Bedarf ist diese der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung zu stellen.

5. Dokumentation

Im Rahmen der Versorgung erstellt und pflegt der Vertragspartner eine Beratungsdokumentation beginnend mit der erstmaligen Beratung des Versicherten. Die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile des Vertrages ist für Dritte nachvollziehbar festzuhalten. Die Dokumentation verbleibt beim Vertragspartner und ist der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen unverzüglich vorzulegen.

Die Dokumentation enthält folgende Mindestangaben:

- Angaben zum Versicherten (Name, Anschrift, KV-Nummer)
- Indikation und Schweregrad der Inkontinenz
- Art der Beratung (telefonisch/persönlich)
- Tag der Beratung
- Angabe, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt
- Geschulte Personen (Versicherter/Angehörige/Pflegepersonal)
- Beratungsumfeld (im eigenen Haushalt/ambulant)
- Versorgungsform (Vorlagen/Windeln/Netzhasen)
- Versorgungsintervall (Lieferung)
- Beratungsinhalt
- Name und Qualifikation des Beratenden

Anlage 2: Versicherteninformation und Erklärung zum Erhalt des Musterpakets zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln

Informationen zum Versicherten Name – Adresse – Versichertennummer (Angaben Krankenversicherungskarte)	Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline Erreichbarkeit
--	--

Welchen Leistungsanspruch habe ich?

Die AOK Baden-Württemberg übernimmt die Kosten für Ihre ärztlich verordneten und individuell notwendigen aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel (zum Beispiel Vorlagen, Netzhosen oder Inkontinenzhosen).

Sie haben insbesondere Anspruch auf folgende Leistungen:

- Umfassende Beratung durch Ihren Hilfsmittelanbieter¹, bei Bedarf auch bei Ihnen zu Hause
- Einweisung in den Gebrauch, damit Sie die Inkontinenzartikel im alltäglichen Gebrauch richtig einsetzen können.
- Erhalt von kostenlosen Testprodukten, um das für Sie passende Produkt auszuwählen.
- Aufzahlungsfreie Versorgung mit Produkten, die Ihrem medizinischen Bedarf entsprechen (Qualität und Menge).
- Kostenfreie Lieferung nach Hause und auf Wunsch in neutraler Verpackung

Wie kann ich Produkte testen?

Sie erhalten vor Beginn der Versorgung ein kostenfreies Testpaket von Ihrem Hilfsmittelanbieter¹. Auf diese Weise können Sie verschiedene geeignete Produkte in verschiedenen Größen und Saugstärken testen.

Wie hoch ist die gesetzliche Zuzahlung?

Ihre Zuzahlung beträgt 2,45 Euro im Monat. Diese ist direkt an Ihren Hilfsmittelanbieter¹ zu zahlen, sofern Sie nicht von der Zuzahlungspflicht befreit sind. Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von der Zuzahlungspflicht ausgenommen.

Fallen zusätzlich private Mehrkosten für mich an?

Der Hilfsmittelanbieter¹ bietet Ihnen ein Produktsortiment mit aufzahlungsfreien Produkten zur Auswahl an. Aufzahlungsfrei bedeutet, dass Ihnen außer der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten entstehen. Die aufzahlungsfreien Produkte müssen Ihrem individuellen medizinischen Bedarf in Bezug auf Qualität und Menge entsprechen.

Falls Sie sich nach der Beratung und Produkttestung dennoch bewusst für ein aufzahlungspflichtiges Produkt entscheiden, welches über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus geht, muss der Vertragspartner Sie über die Höhe der Mehrkosten informieren. Die dadurch entstehenden Mehrkosten sind dann von Ihnen zu tragen.

¹ Hier kann auch variabel der Name des Vertragspartners eingetragen werden.

Wie erfolgt die Lieferung?

Die Lieferung stimmen Sie mit dem Hilfsmittelanbieter¹ ab. In der Regel erfolgt die Lieferung monatlich. Sie kann aber auch an einen kürzeren oder längeren Versorgungszeitraum angepasst werden.

Welche Mitwirkungspflichten habe ich?

Sobald Sie regelmäßig von einem Hilfsmittelanbieter¹ mit Inkontinenzprodukten versorgt werden, sind Sie im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht dazu verpflichtet:

- auf eine ordnungsgemäße und trockene Lagerung der Ihnen gelieferten Artikel zu achten.
- die Produkte sachgemäß und ausschließlich für den eigenen Bedarf zu nutzen.
- den Hilfsmittelanbieter¹ über Wohnort- oder Krankenkassenwechsel zu informieren,
- den Hilfsmittelanbieter¹ sowie Ihre Krankenkasse über den Wechsel zu einem anderen Hilfsmittelanbieter zu informieren. Ein Wechsel des Hilfsmittelanbieters ist immer nur zu Beginn eines jeden Kalendermonats möglich. Wenn Sie innerhalb eines Versorgungszeitraums mehrere Anbieter beauftragen, dann gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.

Ich bestätige nachstehend die Kenntnisnahme dieser Versicherteninformation und den Erhalt eines kostenfreien Testpakets mit diversen Produktmustern.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters*

*Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters: _____

Stempel/Unterschrift Hilfsmittelanbieter¹

¹ Hier kann auch variabel der Name des Vertragspartners eingetragen werden.

Anlage 3: Mehrkostenerklärung des Versicherten

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenkarte	Datenfeld Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK
--	---

Ich wurde über das qualitativ hochwertige **aufzahlungsfreie** (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot einer Versorgung mit medizinisch notwendigen aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln (Inkontinenzvorlagen, Netzhosen für Inkontinenzvorlagen, Inkontinenzhosen) informiert. Mir wurde dabei eine hinreichende Auswahl an aufzahlungsfreien und für mich geeigneten Produkte angeboten.

Folgende aufzahlungsfreie Produkte wurden mir angeboten:

Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer

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 hinausgeht. Es wurde die Lieferung von folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:

Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer

monatliche Stückzahl

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind begründet durch:

Die daraus entstehenden privaten Mehrkosten in Höhe von _____, _____ **Euro** pro Monat trage ich selbst.

Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

_____, _____
Datum **Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters***

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 4: Vergütungsvereinbarung

Vertragspartnerschlüssel AC/TK:

- Apotheke:11 01 J15
- Sanitätshaus 15 01 J15
- Sonstige Leistungserbringer 19 01 J15

Preisübersicht:

Mit der Versorgungspauschale (Erwachsene oder Kinder) ist die Versorgung mit medizinisch notwendigen, aufzahlungsfreien aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln (z. B. Vorlagen, Netz-hosen, Inkontinenzhosen) in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Aus-stattung sowie allen damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen voll-umfänglich abgegolten.

Die Vergütung erfolgt bei Versorgung im ambulanten Bereich (Häuslichkeit), bei Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI sowie Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI.

Versorgungspauschale Erwachsene (für Versicherte ab dem 19. Lebensjahr)

	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (kassenspezifisch)	Vergütungszeit- raum	Bruttopreis	Zuzahlung
Erstversorgung	08	15.00.08.4000	1 Kalendermonat	24,50 EUR	2,45 EUR
Folgeversorgung	09	15.00.08.4000	1 Kalendermonat	24,50 EUR	2,45 EUR

Versorgungspauschale Kinder (für Versicherte vom 4. bis vollendetem 18. Lebensjahr)

	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (kassenspezifisch)	Vergütungs- zeitraum	Bruttopreis	Zuzahlung
Erstversorgung	08	15.00.08.7000	1 Kalendermonat	41,50 EUR	0,00 EUR
Folgeversorgung	09	15.00.08.7000	1 Kalendermonat	41,50 EUR	0,00 EUR

In der vereinbarten Vergütung ist die gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten. Bei Veränderun-gen der Mehrwertsteuer werden die Vertragspreise entsprechend angepasst.