

Vertragspartnergruppenschlüssel AC/TK

	Apotheken	11 01 629
Orthopädietechnik und Sanitätsfachhandel		15 01 629
	Sonstige Vertragspartner	19 01 629

Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden- Württemberg mit Stomaartikeln der Produktgruppe 29

zwischen

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

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

und

- im Folgenden „**Verband**“ 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.....	8
§ 8 Vergütung.....	10
§ 9 Zuzahlung.....	10
§ 10 Abrechnung	11
§ 11 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz	13
§ 12 Qualitätssicherung	14
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung	15
§ 14 Zusammenarbeit mit Dritten	15
§ 15 Datenschutz/Schweigepflicht	16
§ 16 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen.....	17
§ 17 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung.....	18
§ 18 Schlussbestimmungen	19

ANLAGEN

Anlage 1	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2	Versorgungs- und Beratungsstandards
Anlage 3	Patienteninformation und Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels
Anlage 4	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 5	Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand dieses Vertrages gemäß § 127 Abs. 2 SGB V ist die aufzahlungs-freie Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie aller durch die AOK Baden-Württemberg betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Ver-sicherte genannt) gemäß § 33 SGB V mit Hilfsmitteln zur Stomaversorgung der Produktgruppe 29 nach **Anlage 1** entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle damit im Zusam-menhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen bei
 - a) Kolostomie
 - b) Ileostomie
 - c) Urostomie.
2. Stomabandagen der Produktgruppe 05 und Produkte der Produktgruppe 15 sind nicht Bestandteil dieses Vertrages. Wund-, Fistel- und Drainageversorgungen, die nicht im Versorgungszusammenhang mit einer Stomaanlage stehen, sind eben-falls nicht Bestandteil dieses Vertrages.
3. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil dieses Vertra-ges:
 - ➔ Anlage 1 Vergütungsvereinbarung
 - ➔ Anlage 2 Versorgungs- und Beratungsstandards
 - ➔ Anlage 3 Patienteninformation und Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels
 - ➔ Anlage 4 Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - ➔ Anlage 5 Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder.
4. Die Anlagen 3 - 4 werden zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administra-tion zwischen den Vertragsparteien verwendet. Die Anlagen 3 - 4 können in ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein; inhaltliche Änderungen und/oder Ergän-zungen sind nicht zulässig.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

1. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bun-desrepublik Deutschland.
2. Mit Vertragsbeginn richten sich alle Versorgungungen nach den Regelungen dieses Vertrages. Für bereits bestehende Versorgungungen gilt dies mit Ablauf des jeweils bereits von der AOK Baden-Württemberg vergüteten Versorgungszeitraumes.
3. Dieser Vertrag gilt für die Mitgliedsbetriebe des Verbandes, soweit sie diesem Vertrag beigetreten sind (Anlage 5) (im Folgenden „Vertragspartner“ genannt). Für jeden Filialbetrieb des Vertragspartners ist der Beitritt zu diesem Vertrag je-weils gesondert zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistun-gen nach diesem Vertrag erbracht werden. Der Beitritt ist gegenüber der AOK Ba-den-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 sowie Nachweisen zu den jeweiligen ggf. vertragsspezifischen Anforderungen an das zuständige Competence-Center Hilfsmittel (CC Hilfsmittel) der AOK Baden-Württemberg (siehe Abs. 4). 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.

4. Andere 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 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.
5. Zwischen dem Verband und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes. Für nach Abs. 4 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. 4 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. Mit der durch diesen Vertrag vereinbarten Qualität soll die Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen, die Integration der Stomaträger/innen in die Gesellschaft und die Zufriedenheit (Lebensqualität) mit der Versorgung erreicht werden. Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Einweisung und Beratung der Versicherten/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner qualifiziertes Personal ein. Einzelheiten hierzu sind der **Anlage 2** zu entnehmen.
7. Zusätzlich stellt der Vertragspartner sicher, dass die zur Beratung und Versorgung der Versicherten eingesetzten Personen, die Voraussetzungen nach § 31 Abs. 1 und 2 MPG (Medizinprodukteberater) erfüllen und über entsprechende Kenntnisse in der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomaversorgung verfügen.
8. Der Vertragspartner trägt dafür Sorge, dass sich die an der direkten Versorgung beteiligten Mitarbeiter/innen mindestens einmal jährlich mit einem Umfang von mindestens acht Stunden in Bezug auf die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel gemäß **Anlage 2** fortbilden. Die Fortbildungsnachweise der Mitarbeiter/innen sind der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.

§ 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. 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.
3. 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 Versorgungen von Versicherten nach diesem Vertrag werden die aus den medizinprodukterechtlichen 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.

4. 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.
5. 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.
6. 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 nicht-förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird (Entlassverordnung). In diesen Fällen kann die Form der Verordnung vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte des Musters 16 vorhanden sein. Nicht zulässig sind Ankreuzformulare, vorgefertigte Vordrucke oder Musterverordnungen von Herstellern.
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 kann für einen Versorgungszeitraum von bis zu drei Kalendermonaten ausgestellt werden. Ist auf einer Verordnung kein Versorgungszeitraum angegeben, gilt diese für einen Versorgungszeitraum von einem Kalendermonat, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung. Nach Ablauf des angegebenen Versorgungszeitraums (maximal nach drei Kalendermonaten) ist eine neue Verordnung notwendig.
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 war.

§ 6 Genehmigung

1. Die Abgabe eines Hilfsmittels nach diesem Vertrag bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg und ist mittels Kostenvorschlag beim zuständigen CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen.
2. Davon abweichend erklärt die AOK Baden-Württemberg die Genehmigungsfreiheit für Hilfsmittel mit einem Preis in Höhe von bis zu 250 Euro je Hilfsmittel zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die AOK Baden-Württemberg behält sich jedoch vor, sowohl die Genehmigungsfreigrenze als auch 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 Kostenvorschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen.
5. Die Vertragsparteien streben die Nutzung des elektronischen Kostenvorschlagsverfahrens (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 Gesundheitspartnerportal unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/> 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. Der Vertragspartner trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten und hat die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Hinweise auf die bedarfsgerechte Versorgung finden sich in **Anlage 1** unter „Mengenempfehlungen“. Diese Werte sollen als Anhaltspunkte für den Monatsverbrauch dienen. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Empfehlungen liegen.
2. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hält der Vertragspartner eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte vor. Für die Produktauswahl gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Hilfsmittelverzeichnisses sowie des MPG. 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. Die 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.
4. Zum Umfang der Leistungserbringung gehören insbesondere:
 - a) die individuelle, bedarfsgerechte Beratung des Versicherten bzw. dessen betreuende(r) Person(en), bei Bedarf beim Versicherten vor Ort,
 - b) soweit notwendig, die Erprobung des Hilfsmittels, bei Bedarf beim Versicherten vor Ort,
 - c) die Lieferung des Hilfsmittels inkl. individueller und funktionsgerechter Anpassung auf die Bedürfnisse des Versicherten,
 - d) die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende(r) Person(en) in den sachgerechten Gebrauch nach MPBetreibV,
 - e) die Überlassung einer Gebrauchsanweisung sowie ggf. produkt-/ therapiebezogener Informationen in deutscher Sprache gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV,
 - f) sofern zutreffend, die Überwachung, die Durchführung und die Dokumentation der jeweiligen Wartungen nach verbindlichen Herstellervorgaben sowie gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV.

Die besonderen Anforderungen an die Versorgung und Beratung sind gemäß **Anlage 2** zu erfüllen.

5. Die Abgabe der Hilfsmittel gemäß **Anlage 1** 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.
6. Die Lieferung deckt grundsätzlich den Bedarf für einen Kalendermonat ab. Auf Wunsch des Versicherten kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus höchstens im Rahmen eines dreimonatigen Turnus abweichen, soweit ärztlich verordnet; 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.
7. 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 2** sind ebenso zu erfüllen.
8. Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner, ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes durch den bisherigen Vertragspartner grundsätzlich sicherzustellen. Der bisherige Vertragspartner informiert die AOK Baden-Württemberg über die Beendigung der Versorgung. Der neue Vertragspartner stellt sicher, dass die Versorgung des Versicherten bei Wechsel des Vertragspartners zum ersten Tag des nächsten Versorgungszeitraums 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.
9. Der Vertragspartner informiert den Versicherten bei erstmaliger Versorgung über die in der Patienteninformation relevanten Versorgungsinhalte und lässt sich den Empfang der gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittel vom Versicherten oder der Betreuungsperson unter Angabe des Datums schriftlich bestätigen (**Anlage 3**). Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten.
10. Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00 bis 17:00 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.

11. 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 4**. 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 auf Basis von Einzelpreisen gemäß **Anlage 1**.
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-, Fahrtkosten, usw., vollumfänglich abgegolten.
3. Die vereinbarten Vertragspreise sind Bruttopreise und verstehen sich inklusive der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer.
4. Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf die Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat.
5. Eine Vergütung ist ausgeschlossen, wenn sich der Versicherte einen vollen Kalendermonat in stationärer Behandlung befindet.
6. 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 Abrechnung aller vertragsgegenständlichen Hilfsmittel eines Kalendermonats erfolgt jeweils zum Monatsende. Die Abrechnung kann frühestens am Ersten des darauffolgenden Kalendermonats eingereicht werden. Die Rechnungslegung erfolgt in Form von Sammelrechnungen. Der Umfang einer Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 50 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,
 - sofern die Versorgung gemäß § 6 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, der genehmigte Kostenvorschlag bzw. das Genehmigungsschreiben,
 - Empfangsbestätigung – Patienteninformation und Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels (Anlage 3).
 - e) Urbelege bei Folgeversorgungen:
 - Kopie der ärztlichen Verordnung gem. § 5 Abs. 3; mit Ablauf der Gültigkeit der Verordnung - spätestens nach 3 Kalendermonaten - ist stets eine neue Verordnung im Original der Abrechnung beizufügen,
 - Kopie Empfangsbestätigung, ggf. Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer),
 - sofern die Versorgung gemäß § 6 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, der genehmigte Kostenvorschlag bzw. das Genehmigungsschreiben. Bei Abrechnung des zweiten bzw. des dritten Kalendermonats ist der Abrechnung eine Kopie beizufügen.
5. 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.
6. 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.

7. Jede Einzelabrechnung ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Gebührenpositionsnummer (**Anlage 1**), des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens und des Versorgungszeitraumes (von-bis) anzuliefern. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Vertragspartnergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen) erforderlich. Ist die Versorgung gemäß § 6 dieses Vertrages genehmigungspflichtig, ist bei der Abrechnung für jeden abgerechneten Kalendermonat die Genehmigungsnummer anzugeben. Ist für die Vertragsposition kein Vertragspreis vereinbart (AEP- 5 % + MwSt.) und verbergen sich hinter der 10-stelligen Positionsnummer mehrere Pharmazentralnummern, ist neben der Hilfsmittelpositionsnummer im Segment EHI zusätzlich die Pharmazentralnummer im Textfeld des Datensatzes (TXT-Segment) anzugeben bzw. auf der Verordnung aufzutragen.
8. Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesamtbetrag abzuziehen und gesondert auszuweisen.
9. 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.
10. 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).
11. 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.
12. Dem Vertragspartner obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers (Abrechnungsdaten) und der papiergebundenen Unterlagen.
13. 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.
14. 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.

15. 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.
16. 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. 5a 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. 5a SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 5b 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. 5a 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. Der Vertragspartner ist außerdem verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg die von den Versicherten unterzeichneten Bestätigungen über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 4a SGB V auf Verlangen vorzulegen.

5. 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.
6. 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 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 § 78 a SGB X, § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) nebst Anlage sowie Art. 32 der Verordnung (EU) 2016/679 erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er 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.
3. Für die Durchführung des elektronischen Kostenvorschlagsverfahrens (eKVA) hat der Vertragspartner sicherzustellen, dass die Übermittlung der Daten ausschließlich über einen IT-Dienstleister erfolgt, der einen gültigen Dienstleistervertrag über das elektronische Kostenvorschlagsverfahren 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 Auftragserfüllung 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/innen und sonstigen Dritten reicht über das Vertragsende hinaus fort.
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 ihr durch von ihm zu verantwortende Verstöße gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach den jeweils einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere des LDSG, des

BDSG oder des Sozialgesetzbuches (SGB) sowie der Verordnung (EU) 2016/679 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 warnen, unter den in § 16 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, die regelmäßig mindestens eine Maßnahme im Sinne von Abs. 1 rechtfertigen, gelten insbesondere:
 - a) Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und/oder der Abrechnung entsprechen,
 - c) Abgabe von Hilfsmitteln unter Verstoß gegen § 7 Abs. 11, § 13 Abs. 3 und/oder Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 9 Abs. 5,
 - d) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 14 Abs. 3),
 - e) 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. 3),
 - f) Leistungserbringung trotz Nichterfüllung, fehlendem Nachweis oder Wegfall der Leistungsvoraussetzungen gemäß § 3,
 - g) Leistungserbringung mit Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - h) Verstoß gegen die Grundsätze der Leistungserbringung gemäß § 4 oder Verstoß gegen § 12,
 - i) 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. 6 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 01.01.2018 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 31.12.2019, 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 Versorgung 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. Bei einer Kündigung des Vertrages durch eine der 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. 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.

_____, den _____

Stuttgart, den _____

Verband

AOK Baden-Württemberg

Anlage 1 Vergütungsvereinbarung

Vergütungsvereinbarung

Gebührenpositionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verwendungskennzeichen ¹	Mengenempfehlungen ² Verbrauch in Stück je Monat je Vers.	Preis ³ in Euro brutto	MwSt. ⁴	Zuzahlung ⁵
29.26.01	Geschlossene Beutel						
29.26.01.0	Beutel für Basisplatte, auch mit Vlies und/oder Filter	Stück	00, 10	90	1,86	V	2
29.26.01.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies und/oder Filter	Stück	00, 10	90	2,10	V	2
29.26.01.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter	Stück	00, 10	90	3,30	V	2
29.26.01.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter	Stück	00, 10	90	3,72	V	2
29.26.02	Ausstreifbeutel						
29.26.02.0	Beutel für Basisplatte zum Rasten, auch mit Vlies und/oder Filter und Verschluss	Stück	00, 10	30/31	2,06	V	2
29.26.02.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies und/oder Filter und Verschluss	Stück	00, 10	30/31	2,70	V	2
29.26.02.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter und Verschluss	Stück	00, 10	30/31	4,23	V	2
29.26.02.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand, Vlies und/oder Filter und Verschluss	Stück	00, 10	30/31	5,19	V	2

¹ Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten ist das Verwendungskennzeichen 00 zu verwenden. Bei jeglicher Folgeversorgung nach diesem Vertrag ist das Verwendungskennzeichen 10 zu verwenden. Für Zubehör ist das Verwendungskennzeichen 12 zu verwenden.

² Basierend auf Empfehlungen des MDS / MDK Baden-Württemberg / FgSKW. Die Werte sollen als Anhaltspunkte für den Monatsverbrauch dienen. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Empfehlungen liegen.

³ Für Preise auf Basis des Apothekeneinkaufspreises (AEP) ist der jeweilige Abgabepreis des Hilfsmittels maßgeblich.

⁴ Mehrwertsteuer V = volle MwSt., E = ermäßigte MwSt.

⁵ Zuzahlung 1 = gesetzl. Zuzahlung 10 v. H. des Abgabepreises mind. 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht höher als die Kosten des Hilfsmittels; Zuzahlung 2 = für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel 10 v. H., jedoch höchstens 10 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Gebührenpositionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verwendungskennzeichen ¹	Mengenempfehlungen ² Verbrauch in Stück je Monat je Vers.	Preis ³ in Euro brutto	MwSt. ⁴	Zuzahlung ⁵
29.26.03	Urostomiebeutel						
29.26.03.0	Beutel für Basisplatte auch mit Vlies inkl. Abflussventil/-adapter u. Verschluss	Stück	00, 10	30/31	4,03	V	2
29.26.03.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand, auch mit Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss	Stück	00, 10	30/31	3,96	V	2
29.26.03.2	Beutel mit Hautschuttring, auch mit Klebefläche oder Kleberand und Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss	Stück	00, 10	30/31	5,21	V	2
29.26.03.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand und Vlies inkl. Abflussventil /-adapter u. Verschluss	Stück	00, 10	30 + X (halten nicht immer einen Tag)	6,74	V	2
29.26.04	Stomakappen/Minibeutel						
29.26.04.0	Stomakappen inkl. Filter	Stück	00, 10	30/31	1,79	V	2
29.26.04.1	Minibeutel auch mit Vlies und/oder Filter	Stück	00, 10	30/31	2,39	V	2
29.26.05	Basisplatten						
29.26.05.0	Basisplatten Größe 1	Stück	00, 10	10 - 15	7,19	V	2
29.26.05.1	Basisplatten Größe 2	Stück	00, 10	10 - 15	8,42	V	2
29.26.05.2	Basisplatten Größe 3	Stück	00, 10	10 - 15	10,31	V	2
29.26.06	Basisplatten gewölbt						
29.26.06.0	Gewölbte Basisplatten Größe 1	Stück	00, 10	10 - 15	10,02	V	2
29.26.06.1	Gewölbte Basisplatten Größe 2	Stück	00, 10	10 - 15	10,78	V	2
29.26.06.2	Gewölbte Basisplatten Größe 3	Stück	00, 10	10 - 15	11,41	V	2

¹ Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten ist das Verwendungskennzeichen 00 zu verwenden. Bei jeglicher Folgeversorgung nach diesem Vertrag ist das Verwendungskennzeichen 10 zu verwenden. Für Zubehör ist das Verwendungskennzeichen 12 zu verwenden.

² Basierend auf Empfehlungen des MDS / MDK Baden-Württemberg / FgSKW. Die Werte sollen als Anhaltspunkte für den Monatsverbrauch dienen. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Empfehlungen liegen.

³ Für Preise auf Basis des Apothekeneinkaufspreises (AEP) ist der jeweilige Abgabetag des Hilfsmittels maßgeblich.

⁴ Mehrwertsteuer V = volle MwSt., E = ermäßigte MwSt.

⁵ Zuzahlung 1 = gesetzl. Zuzahlung 10 v. H. des Abgabepreises mind. 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht höher als die Kosten des Hilfsmittels; Zuzahlung 2 = für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel 10 v. H., jedoch höchstens 10 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Gebührenpositionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verwendungskennzeichen ¹	Mengenempfehlungen ² Verbrauch in Stück je Monat je Vers.	Preis ³ in Euro brutto	MwSt. ⁴	Zuzahlung ⁵
29.26.07	Hautschutzplatten / -rollen						
29.26.07.0	Hautschutzplatten Größe 1	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	4,86	V	2
29.26.07.1	Hautschutzplatten Größe 2	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	10,02	V	2
29.26.07.2	Hautschutzplatten Größe 3	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	15,92	V	2
29.26.07.3	Hautschutzrollen	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.08	Irrigatoren						
29.26.08.0	Manuell betriebene Irrigatoren	Stück	00, 10	keine Angabe	110,36	V	1
29.26.08.2	Ersatzbeutel für Irrigatoren	Stück	00, 10	30/31	2,79	V	2
29.26.09	Anus Praeter - Bandagen						
29.26.09.0	Anus Praeter - Bandagenset	Stück	00, 10	keine Angabe	47,83	V	2
29.26.09.1	Ersatzbeutel für Anus Praeter – Bandagen	Stück	00, 10	90	0,04	V	2
29.26.10	Pflegemittel						
29.26.10.0	Hautschutzpasten/Ausgleichspasten	Stück	00, 10	4 * 60 g pro Jahr	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.10.1	Hautschutzpulver/Puder	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.10.2	Hautschutztücher/Schwämme	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.10.3	Lotionen/Cremes	Stück	00, 10	4 * 60 g pro Jahr	AEP - 5% + MwSt.	V	
29.26.10.4	Pflasterentferner	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.10.5	Haftsprays/Haftmittel	Stück	00, 10	nicht erforderlich bei komplikationsloser Versorgung	AEP - 5% + MwSt.	V	2

¹ Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten ist das Verwendungskennzeichen 00 zu verwenden. Bei jeglicher Folgeversorgung nach diesem Vertrag ist das Verwendungskennzeichen 10 zu verwenden. Für Zubehör ist das Verwendungskennzeichen 12 zu verwenden.

² Basierend auf Empfehlungen des MDS / MDK Baden-Württemberg / FgSKW. Die Werte sollen als Anhaltspunkte für den Monatsverbrauch dienen. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Empfehlungen liegen.

³ Für Preise auf Basis des Apothekeneinkaufspreises (AEP) ist der jeweilige Abgabetag des Hilfsmittels maßgeblich.

⁴ Mehrwertsteuer V = volle MwSt., E = ermäßigte MwSt.

⁵ Zuzahlung 1 = gesetzl. Zuzahlung 10 v. H. des Abgabepreises mind. 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht höher als die Kosten des Hilfsmittels; Zuzahlung 2 = für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel 10 v. H., jedoch höchstens 10 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Gebührenpositionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verwendungskennzeichen ¹	Mengenempfehlungen ² Verbrauch in Stück je Monat je Vers.	Preis ³ in Euro brutto	MwSt. ⁴	Zuzahlung ⁵
29.26.11	Zubehör						
29.26.11.0	Gürtel	Stück	12	keine Angabe	7,35	V	2
29.26.11.1	Zusatzfilter	Stück	12	i.d.R. nicht zusätzlich erforderlich	0,16	V	2
29.26.11.2	Hautschutzringe	Stück	12	i.d.R. nicht zusätzlich erforderlich	1,71	V	2
29.26.11.3	Beutelüberzüge aus Vlies (nicht abrechenbar bei Beuteln mit Vlies)	Stück	12	keine Angabe, kein Austausch in regelmäßigen Abständen	0,73	V	2
29.26.11.4	Beutelüberzüge aus Textil	Stück	12		5,76	V	2
29.26.11.5	Stomaverschlüsse	Stück	12	15	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.11.6	Sonstige Stomaartikel	Stück	12	keine Angabe	AEP - 5% + MwSt.	V	2
29.26.11.6998	Stomakompressen (postoperative Stomaversorgung, 100 Stück, mindestens 4-fach gefaltet, unsteril)		12	200 bis 300	5,75	V	2

¹ Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten ist das Verwendungskennzeichen 00 zu verwenden. Bei jeglicher Folgeversorgung nach diesem Vertrag ist das Verwendungskennzeichen 10 zu verwenden. Für Zubehör ist das Verwendungskennzeichen 12 zu verwenden.

² Basierend auf Empfehlungen des MDS / MDK Baden-Württemberg / FgSKW. Die Werte sollen als Anhaltspunkte für den Monatsverbrauch dienen. Die tatsächlichen Verbrauchswerte können unter oder über diesen Empfehlungen liegen.

³ Für Preise auf Basis des Apothekeneinkaufspreises (AEP) ist der jeweilige Abgabetag des Hilfsmittels maßgeblich.

⁴ Mehrwertsteuer V = volle MwSt., E = ermäßigte MwSt.

⁵ Zuzahlung 1 = gesetzl. Zuzahlung 10 v. H. des Abgabepreises mind. 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht höher als die Kosten des Hilfsmittels; Zuzahlung 2 = für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel 10 v. H., jedoch höchstens 10 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Anlage 2: Versorgungs- und Beratungsstandards

1. Personelle Anforderungen

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Mitarbeiter/innen, die in der stomabezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung 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 mit dreijähriger Ausbildung
4. Gleichwertige Qualifikationen mit einschlägiger Berufserfahrung.

Der Vertragspartner stellt außerdem sicher, dass diese Personen mindestens einmal jährlich mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden in Bezug auf vertragsgegenständliche Hilfsmittel an fachspezifischen Fortbildungen teilnehmen, deren Schwerpunkte wie folgt gesetzt sind:

- Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen
- Besonderheiten der Stomaversorgung
- Neuerung im Bereich der Produkte der PG 29.

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

Zur Qualitätssicherung, insbesondere in betreuungsintensiven Phasen der Versorgung der Versicherten, ist eine Zusatzqualifikation nach den Empfehlungen der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW)¹ wünschenswert. Als anerkannte Weiterbildung gilt das Zertifikat für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde bzw. vergleichbare Qualifikationen.

2. Beratungsstandards

2.1 Grundsätze der Beratung

Der Vertragspartner stellt die Beratung, Betreuung und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Stomaartikeln in der Häuslichkeit oder in Pflegeeinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung zu tragen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Fachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

¹ www.fgskw.org, Zertifikat Pflegeexperte FKW

2.2 Dokumentation

Im Rahmen der Versorgung erstellt und pflegt der Vertragspartner eine Beratungsdokumentation. Diese verbleibt bei ihm und ist der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.

2.3 Aufklärung, Schulung und Beratung

Die hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt mit dem Einverständnis des Versicherten. Im Krankenhausbereich setzt sie zudem das Einvernehmen des behandelnden Arztes voraus.

Die Beratung des Versicherten erfolgt nach folgenden Standards:

2.3.1 Präoperative Beratung – wünschenswert

- Präoperatives Gespräch mit dem Versicherten und ggf. mit den Angehörigen zur zukünftigen Versorgungssituation
- Beratung bei der Stomamarkierung in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt
- Anlage einer Patientendokumentation

2.3.2 Postoperative Beratung – ggf. im Rahmen des Entlassmanagements

- Postoperatives Gespräch mit dem Versicherten und ggf. mit den Angehörigen zur zukünftigen Versorgungssituation
- Anlage oder Fortführung der Patientendokumentation
- Beratung bezüglich der Auswahl und Bemusterung der Erstversorgung gemäß der Verordnung
- Anleitung und Schulung zur Anwendung der Hilfsmittel, ggf. Vereinbarung weiterer Termine hierfür
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
- Bei Bedarf Ernährungshinweise in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und/oder Diätassistenten

2.3.3 Im Zusammenhang mit der Entlassung in die ambulante, teil- oder vollstationäre Pflege

- Gespräch mit dem Versicherten und ggf. mit den Angehörigen bzw. mit dem weiterbetreuenden Pflegepersonal
- Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Beratung, Anleitung und Schulung hinsichtlich Auswahl und Anpassung der weiteren Versorgung gemäß der Verordnung
- Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich/voll- oder teilstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt nach Einverständniserklärung des Versicherten
- Abstimmung mit dem behandelnden Arzt über die zum Einsatz kommenden Produkte für die permanente Versorgung
- erster Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Versicherten zur Stomakontrolle am Entlassungstag oder in Absprache mit dem Versicherten spätestens bis zum 4. Kalendertag nach der Entlassung

- Schulung der Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte und Anleitung der Versicherten/Angehörigen zur eigenständigen Stomaversorgung
- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
- Training des Versorgungswechsels
- Klärung des sozialen Umfelds
- Bei Bedarf Ernährungshinweise in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und/oder Diätassistenten
- psychosoziale Nachbetreuung
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen.

2.3.4 Weitere hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im häuslichen bzw. voll-/teilstationären Pflegebereich

Weitere Beratungsbesuche nach Bedarf in der beratungsintensiven Phase der ersten drei bis sechs Monate mit folgenden Leistungsinhalten:

- Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Dokumentation festgestellter Komplikationen und ggf. unverzügliche Information des behandelnden Arztes
- Schulung des Versicherten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte
- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Stoma
- Training des Versorgungswechsels
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen.

Folgeberatungen im Anschluss an die beratungsintensive Phase können, je nach dem Erfordernis des Einzelfalles, auch telefonisch vorgenommen werden. Dabei ist den Wünschen des Versicherten Rechnung zu tragen. Für die telefonische Beratung ist dem Versicherten die Telefonnummer des/r persönlichen Stomatherapeuten/in bzw. Mitarbeiters/in und dessen/deren Vertretung mitzuteilen.

Weitere Serviceleistungen:

- regelmäßige Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. Anpassung der Versorgung nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt
- Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend sein konnten im Einverständnis mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereiches/ambulanten Pflegedienstes.

Anlage 3: Patienteninformation und Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels

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

Der Hilfsmittellieferant stellt für Sie ab _____ die Versorgung mit Stomaartikeln sicher.

Wichtige Information:

Sie erhalten Ihre individuell medizinisch notwendigen Stomaartikel in ausreichender Anzahl und Qualität einschließlich aller Service- und Dienstleistungen vom o.g. Lieferanten. Ihnen entstehen außer der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten. Die Zuzahlung ist nicht zu entrichten, sofern eine Befreiung vorliegt.

Testprodukte

Die Versorgung umfasst auch eine Bemusterung mit Stomaartikeln an Ihrem Aufenthaltsort mit alternativen Produkten, die Sie testen können.

Lieferung

Ihr Lieferant liefert Ihnen die Stomaartikel kostenlos frei Haus.

Erklärung der/des Versicherten:

Die Hilfsmittel wurden mir heute in einem einwandfreien Zustand übergeben. In den Gebrauch der Hilfsmittel wurde ich eingewiesen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich wurde vor Beginn der Versorgung über meine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt.
- Ich wurde dabei insbesondere darüber beraten, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation individuell geeignet und notwendig sind. Dabei wurde ich vor allem über das Angebotsspektrum der Produkte informiert, die ich als Sachleistung ohne Mehrkosten beanspruchen kann.

Ich wurde des Weiteren darüber informiert, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht:

- ausschließlich den Lieferanten zu informieren und zu beauftragen habe, wenn die Nachlieferung der Hilfsmittel sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden. Kosten, die aus einer zusätzlichen Versorgung durch andere Hilfsmittelanbieter entstehen, können von der AOK Baden-Württemberg nicht beansprucht werden. Ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Lieferanten oder der AOK Baden-Württemberg besteht nicht.
- den Lieferanten unverzüglich bei einem anstehenden Wohnort- oder Krankenkassenwechsel, insbesondere bei Umzug in ein stationäres Pflegeheim, bei planbaren Aufenthalten in einem Krankenhaus oder in eine Rehabilitationseinrichtung zu informieren habe,

- den Lieferanten sowie die AOK Baden-Württemberg über den Wechsel zu einem anderen Hilfsmittelanbieter informieren muss. Der nächstmögliche Termin für den Wechsel ist sowohl mit dem bisherigen als auch mit dem neuen Hilfsmittelanbieter abzustimmen und der AOK Baden-Württemberg anzuzeigen.

Ich bestätige nachstehend die Kenntnisnahme. Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters*

*Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters: _____

Stempel/Unterschrift Hilfsmittelanbieter

Anlage 4: Mehrkostenerklärung des Versicherten

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

Ich wurde über das qualitativ hochwertige **aufzahlungsfreie** (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot einer Versorgung mit medizinisch notwendigen Stomaartikeln informiert. Mir wurden dabei mehrere aufzahlungsfreie und für mich geeignete Produkte angeboten.

Folgende aufzahlungsfreie Produkte wurden mir angeboten:

Produkt inkl. 10 - stelliger Gebührenpositionsnummer *monatliche Stückzahl*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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:

(Bitte beschreiben Sie nachfolgend im Einzelnen die Funktions- bzw. Ausstattungsmerkmale des gewünschten Mehrkostenproduktes, die über die Leistungspflicht der GKV hinausgehen)

Die daraus entstehenden Mehrkosten in Höhe von _____, _____ **Euro** 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**

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

Das Verbandsmitglied sichert mit der Unterzeichnung zu, dass es 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

Zwischen dem Verband und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes. Im Übrigen gilt § 2 Abs. 5 des Vertrages.

§ 3 Kündigung des Vertrages

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für Verbandmitglieder 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.

Vertragstitel	Vertrag vom	AC/TK bzw. Vertragscode
Verbandsvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Stomaartikeln der PG 29 vom 01.01.2018	01.01.2018	<input type="checkbox"/> 11 01 629
		<input type="checkbox"/> 15 01 629
		<input type="checkbox"/> 19 01 629

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 Verbandsmitgliedes