

Vertrag

**über die Versorgung der Versicherten der
AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln und
Verbandstoffen der Stomaversorgung
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

Vertragsnummer: 1504182

zwischen der

AOK Bremen/Bremerhaven

(im Folgenden: AOK)

und

**Name des Leistungserbringers
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort
IK: IK-Zeichen**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Belieferung, Beratung und Einweisung von Versicherten der AOK mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen, die für die Stomaversorgung im Rahmen der Produktgruppe 29 und bei Urostomie im Rahmen der Produktgruppen 15.25.05 – 15.25.06 (im Folgenden: Stomaartikel) benötigt werden.
- (2) Von diesem Vertrag sind Hilfsmittel ausgenommen, für die die AOK eine Ausschreibung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V durchgeführt hat. In diesem Fall ist nur der Ausschreibungsgewinner bzw. sind die Ausschreibungsgewinner berechtigt, die Versicherten der AOK mit dem ausgeschriebenen Hilfsmittel zu versorgen.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK Bremen/Bremerhaven und den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen nach § 5 dieses Vertrages erfüllt.
- (2) Der Vertrag umfasst die Versorgung von Versicherten und betreuten Anspruchsberechtigten der AOK.
- (3) Mit dem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die AOK oder durch die Versicherten verbunden.

§ 3 Leistungspflicht der AOK Bremen/Bremerhaven

- (1) Grundlage der Leistungspflicht der AOK ist die Verordnung eines Vertragsarztes auf dem vereinbarten Verordnungsblatt (Muster 16). Abweichend hiervon ist bei der Erstversorgung nach einer stationären Behandlung eine Verordnung des behandelnden Krankenhausarztes ausreichend.
- (2) Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit Stomaartikeln besteht. Zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit behält sich die AOK die Möglichkeit der Prüfung vor.

§ 4 Genehmigungsverfahren

Leistungen im Rahmen dieses Vertrages, die entsprechend der Vergütungsregelung der Anlage 3 erbracht werden, sind über die Versorgungsanzeige nach § 6 Abs. 1 dieses Vertrages hinaus nicht genehmigungspflichtig, sondern direkt nach den Bestimmungen des § 8 abrechenbar.

§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung von Versicherten der AOK ist das Vorliegen einer Lieferberechtigung der AOK oder einer anderen Landes-AOK gemäß der

gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V n.F. und im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgelistet sind.

- (2) Die Mitarbeiter/innen des Leistungserbringers und deren Qualifikationen sind der AOK auf Anfrage namentlich bekannt zu geben. Nur geschultes Fachpersonal (fachlich ausgebildet und therapeutisch erfahren) führt die Einweisung, Betreuung und Beratung durch.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter/innen stets in regelmäßigen Abständen mindestens einmal jährlich durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Der Nachweis über die berufliche Fortbildung ist auf Anforderung der AOK im Einzelfall zu erbringen.
- (4) Der Leistungserbringer hat über ausreichende beheizbare, trockene und geschlossene Räumlichkeiten zur Lagerung der Stomaartikel zu verfügen, um eine ordnungsgemäße Belieferung ohne Verzögerung sicherzustellen. Die Lagerung der Stomaartikel hat gemäß den Herstellervorgaben zu erfolgen.
- (5) Der Leistungserbringer hat einen telefonischen 24-Stunden-Notdienst zu gewährleisten und ist ständig in der Lage, Erstausstattungen und Einweisungen unter Beachtung der aktuellen Richtlinien und Vorschriften durchzuführen
- (6) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Eine Abweisung von Versicherten der AOK insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist nicht gestattet.
- (7) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag keine Geldleistungen, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (8) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieser Vereinbarung.
- (9) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die von diesem Vertrag berührten Versicherten neben der vereinbarten Pauschale keine weiteren Stomaartikel von Dritten beziehen.

§ 6

Versorgung der Versicherten

- (1) Der Leistungserbringer liefert aufgrund einer ärztlichen Verordnung nach § 3 Abs. 1 dieses Vertrages die medizinisch notwendigen Stomaartikel an den Versicherten. Der Beginn der Versorgung ist der AOK unter Vorlage der ärztlichen Verordnung und der Anlage 1 dieses Vertrages mitzuteilen. Bei Wegfall der medizinischen Notwendigkeit von Stomaartikeln informiert der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten oder die betreuenden Personen umfassend zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege der gelieferten

Stomaartikel einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Krankenhaus) durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten. Bei Bedarf gibt der Leistungserbringer dem Versicherten Hilfestellung im Umgang mit der neuen Lebenssituation.

- (3) Der Leistungserbringer hat den Versorgungsverlauf alle drei Monate auf der Anlage 2 zu dokumentieren. Die Dokumentation kann jederzeit durch die AOK angefordert oder eingesehen werden.
- (4) Die Liefermenge erfolgt für einen Zeitraum von maximal zwei Monaten.
- (5) Dem Versicherten und der AOK entstehen keine zusätzlichen Kosten für Lieferung, Beratung und Einweisung.
- (6) Die Lieferung ist mit Angabe der gelieferten Produkte sowie der gelieferten Mengen vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person (auch Pflegepersonal) mit Unterschrift zu bestätigen. Das Original exemplar der Empfangsbestätigung(en) ist der Abrechnung beizufügen.

§ 7 Vergütung

- (1) Für sämtliche Hilfs- und Verbandmittel, die zur Stomaversorgung notwendig sind, gelten die in der Anlage 3 vereinbarten Vergütungsregelungen. Hiermit sind sämtliche im Zusammenhang stehenden Dienst- und Sachleistungen (z. B. Lieferung, Beratung, Einweisung) abgegolten.
- (2) Der Leistungserbringer zieht die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung nach § 61 SGB V ein und setzt diese vom Rechnungsbetrag ab.
- (3) Bei Teilmonaten wird der Teilmonat, in dem die Versorgung begonnen wird, vollständig vergütet. Der Teilmonat, in dem die Versorgung endet, wird hingegen nicht vergütet.
- (4) Sofern der Versicherte einen kompletten Zeitmonat z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes nicht versorgt wird, entsteht für den folgenden Kalendermonat kein Vergütungsanspruch.

§ 8 Bestimmungen der Rechnungslegung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet die aufgrund von vertragsärztlichen Verordnungen erbrachten Leistungen mit der von der AOK benannten Abrechnungsstelle ab.
- (2) Die Rechnungslegung aller in der Anlage 4 vereinbarten Vergütungsregelungen sowie die Weiterleitung der Originalverordnungen und sonstigen rechnungsbegründenden Unterlagen (z. B. Empfangsbestätigungen) erfolgt jeweils für den abgeschlossenen Versorgungszeitraum nach Maßgabe des § 302 SGB V und der dazu geltenden Richtlinien einmal pro Monat.
- (3) Die Originalverordnungsblätter sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert zur Verfügung zu stellen.
- (4) Die Rechnungslegung darf erst nach erfolgter Leistungserbringung erfolgen.

- (5) Die Rechnungen sollen grundsätzlich als Sammelrechnung eingereicht werden.
- (6) Bei mangelnder Prüffähigkeit oder erheblichen Abweichungen kann die AOK die eingereichten Unterlagen zur Prüfung absetzen und zurückgeben. Der nicht beanstandete Teil der Rechnung wird innerhalb der Zahlungsfrist beglichen. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

§ 9

Bestimmungen zur Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind vorbehaltlich der abschließenden Prüfung grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Rechnung zu begleichen. Eingangsdatum ist der Tag, an dem der AOK alle für die Abrechnung nach § 302 SGB V notwendigen Daten vorliegen.
- (2) Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächst folgenden Arbeitstag.
- (3) Weitergehende Informationen zur Abrechnung nach § 302 SGB V ergeben sich aus der Anlage 5.

§ 10

Zusammenarbeit

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, unterschiedliche Auffassungen bei der Anwendung dieses Vertrages einvernehmlich zu klären.
- (2) Sollte sich die Preisentwicklung bzw. die Kostenentwicklung bei der AOK im Bereich der Stomaversorgung innerhalb des Vertragszeitraumes signifikant verändern, verpflichten sich die Vertragsparteien, umgehend neue Verhandlungen mit dem Ziel der ortsüblichen und einvernehmlichen Anpassungen dieses Vertrages aufzunehmen.

§ 11

Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 10.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen.
- (3) Als grobe Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
 - a) Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.

- b) Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - c) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1.
 - d) Qualitätsmängel der Hilfsmittel, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können und durch den Leistungserbringer verschuldet sind.
 - e) Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen; ausgenommen sind Notfallversorgungen.
 - g) Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden.
- (4) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.
- (5) Die AOK kann ohne Vorankündigung Maßnahmen zur Abrechnungsprüfung vor Ort einleiten. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (6) Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße wird der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.

§ 12 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und Behandlungen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der AOK auf Verlangen vorzuzeigen.

§ 13 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die er in der Ausübung seiner Beratungstätigkeit verursacht.
- (2) Der Leistungserbringer hat eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen und zu halten. Auf Verlangen ist das Bestehen der Versicherung der AOK nachzuweisen. Die Haftpflichtversicherung hat sich auf die Verletzung von datenschutzrechtlichen Vorschriften zu erstrecken.
- (3) Der Leistungserbringer haftet für Leistungsausgaben der AOK aufgrund von Verstößen gegen §5 Absatz 9 dieses Vertrages in voller Höhe.

§14 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am _____ in Kraft und gilt für alle Versorgungen ab diesem Datum. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum schriftlich gekündigt werden.
- (2) Die Preisvereinbarung (Anlage 3) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Bremen, den _____

AOK Bremen/Bremerhaven

Name des Leistungserbringers

Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages

- Anlage 1: Versorgungsanzeige
- Anlage 2: Dokumentationsbogen
- Anlage 3: Preisvereinbarung
- Anlage 4: Qualitätsvereinbarung
- Anlage 5: Abrechnungsinformationen

Versorgungsanzeige zur Stomaversorgung

Versichertennummer:

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

OP Datum:

Stomaart:

Stomaanlage am:

Lokalisation:

Hier Verordnung einfügen!

**Verordnung
beifügen**

Angaben zum Leistungserbringer

Firmenname:

Straße:

Telefon:

PLZ, Ort:

Erklärung des Versicherten

Mit mir wurde ein Beratungsgespräch geführt. Ich bin mit der Lieferung der Stomaartikel durch den o. g. Leistungserbringer einverstanden.

Unterschrift des/der Versicherten

Anlage 2 des Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen im Bereich der Stomaversorgung vom 01.10.2013

Dokumentationsbogen

Hier wird ein Dokumentationsbogen eingefügt, der mindestens folgende Daten enthält:

- Versichertendaten
- Stomaart
- OP-Datum
- Allergien/Unverträglichkeiten
- Lokalisation der Stomaanlage
- Datum des Besuches mit Pflegeverlauf und verwendeten Materialien

Anlage 3 des Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen im Bereich der Stomaversorgung vom 01.10.2013

Preisvereinbarung

Die Preisvereinbarung umfasst die Lieferung von Stomaartikeln (PG 29), Verbandstoffen und Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (Produktgruppe 15.25.05 – 15.25.06), soweit diese für die Stomaversorgung bei Urostomie eingesetzt werden.

Preise ab 01.01.2013

| Leistungs- erbringer- gruppen- schlüssel | Anwender- spezifische Hilfsmittelposi- tions- nummer | Verwendungs- kennzeichen | Leistungsbeschreibung | mtl. Höhe der Pauschale in EUR zzgl. geltenden MwSt. |
|---|--|-----------------------------|--|--|
| 1504182 | 2900000001 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Colostomie | 205,00 EUR |
| 1504182 | 2900000002 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Ileostomie | 205,00 EUR |
| 1504182 | 2900000003 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Urostomie, sowie der bei Urostomie eingesetzten Inkontinenzhilfen (PG 15.25.05 - 15.25.06) | 205,00 EUR |

Preise ab 01.01.2014

| Leistungs- erbringer- gruppen- schlüssel | Anwender- spezifische Hilfsmittelposi- tions- nummer | Verwendungs- kennzeichen | Leistungsbeschreibung | mtl. Höhe der Pauschale in EUR zzgl. geltenden MwSt. |
|---|--|-----------------------------|--|--|
| 1504182 | 2900000001 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Colostomie | 208,00 EUR |
| 1504182 | 2900000002 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Ileostomie | 208,00 EUR |
| 1504182 | 2900000003 | 08/09 | Stomaartikelpauschale für die Urostomie, sowie der bei Urostomie eingesetzten Inkontinenzhilfen (PG 15.25.05 - 15.25.06) | 208,00 EUR |

Im Falle der Zurückverlegung des Stomas ist eine abschließende Patientenberatung durchzuführen. Der Patient ist im Rahmen der Beratung auch auf die Möglichkeit der einmaligen Versorgung mit einem Monatsbedarf an aufsaugenden Inkontinenzhilfen für den unmittelbaren Zeitraum nach der Stomarückverlegung hinzuweisen. Der Monatsbedarf an Produkten der aufsaugenden Inkontinenz ist mit der letzten Stomamonatspauschale abgegolten.

Die Preisvereinbarung gilt ab _____ und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum _____ gekündigt werden.

Bremen, den _____

AOK Bremen/Bremerhaven

Name des Leistungserbringers

Anlage 4 des Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen im Bereich der Stomaversorgung vom 01.10.2013

Qualitätsvereinbarung für die Versorgung mit Stoma – Hilfsmitteln

Ziele der Qualitätsvereinbarung

Diese Qualitätsvereinbarung umfasst die hilfsmittelbezogene, sachgerechte Stomaversorgung und Beratung mit dem Ziel der Vermittlung von Selbsthilfekompetenz, Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen, Integration der Stomaträger in die Gesellschaft und Zufriedenheit mit der Versorgung und Beratung.

Kennzeichnend für diese Qualitätsvereinbarung sind Qualitätsmerkmale der Leistungserbringung, eine möglichst EDV - gestützte Verlaufsdokumentation, zahlenmäßig und inhaltlich definierte Beratungsgespräche sowie ein jährlich statistisch aufgearbeiteter Qualitätsbericht für die AOK.

Der Versorgungsumfang beinhaltet insbesondere die hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung der Versicherten mit einem Colostoma, Ileostoma oder Urostoma der AOK.

Hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus

Eine hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus setzt den diesbezüglichen Wunsch des behandelnden Arztes und das Einverständnis des Versicherten voraus. Sie erfolgt dann:

- Präoperativ und/oder
- postoperativ und/oder
- i. R. d. Entlassungsmanagements und/oder
- am Tag der Entlassung in den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich.

Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung in ambulanten oder / teil- bzw. vollstationären Pflegebereichen¹

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus setzt die hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung der Versicherten die Kooperation mit dem Vertragsarzt und das Einverständnis des Versicherten voraus.

Mit dem Entlassungstag einschließlich der Wochenend- und Feiertage erfolgt die taggleiche und bedarfsgerechte Versorgung mit Stoma – Hilfsmitteln durch eine Frei-Haus-Lieferung.

Dazu finden mindestens alle drei Monate Beratungsgespräche statt. Auf Anforderung des Versicherten finden weitere Beratungsbesuche statt.

Das erste halbe Jahr nach der Anlage des Stomas wird als die beratungsintensivste Zeit angesehen, da sich das Stoma stark verändern, Komplikationen auftreten und die hilfsmittelbezogene Versorgung sich verändern kann. Für diesen Zeitraum verpflichtet sich der Leistungspartner die Versicherten der AOK je nach Anforderung des Versicherten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt so oft wie angefordert zu beraten und zu versorgen.

¹ Häuslicher Bereich ist hier definiert als der Bereich, in dem der Versicherte und ggf. seine Angehörigen vom Leistungspartner beraten, geschult und versorgt werden. Als ambulanter Bereich ist der Bereich definiert, indem Pflegefachkräfte im Rahmen der durchzuführenden Behandlungspflege in der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomaversorgung und Absaugung angeleitet und geschult werden müssen. Als stationärer Bereich gilt die Betreuung bei einem Leistungserbringer nach SGB XI.

I. Qualitätsmerkmale

Der Leistungserbringer gewährleistet bei der Stomaversorgung der Versicherten folgende Qualitätsstandards:

1. Personelle Standards

2. Produktstandards

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

3.1 Präoperativ

3.2 Postoperativ

3.3 Im Rahmen des Entlassungsmanagements

3.4 Am Tag der Entlassung in den ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

3.5 Weitere hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im ambulanten Bereich
/ voll- bzw. teilstationären Pflegebereich

3.6 Weitere Serviceleistungen

4. Qualitätsbericht /Qualitätskontrolle

1. Personelle Standards

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten beschäftigt der Leistungserbringer ab Vertragsabschluss eine und bis zum Juni 2007 eine weitere Person, die eine der folgenden drei Qualifikationen hat. Sobald zwei Personen mit den im folgenden geforderten Qualifikationen beim Leistungserbringer beschäftigt sind, vertreten sich diese gegenseitig, so dass sich die geplanten Abwesenheitszeiten nicht überschneiden und die anderen Mitarbeiter sich jederzeit in fachlichen Dingen an mindestens eine der beiden Personen wenden können. Der Leistungserbringer stellt zudem durch Personalentwicklungsmaßnahmen sicher, dass die Mindestanzahl von zwei zu keinem Zeitpunkt unterschritten wird.

- ✓ Staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- ✓ Gesundheits- und Krankenpfleger/-in zur/-m Stomatherapeuten/-in
- ✓ staatlich anerkannte Altenpfleger/-in mit dreijähriger Ausbildung

und einer nachgewiesenen Weiterbildung von mindestens drei Monaten nach den Richtlinien des WCET (World Council of Enterostoma Therapy) oder mit einer nachgewiesenen Weiterbildung als Enterostomatherapeut/ -in mit einem vom WCET anerkannten Abschluss

- ✓ Staatlich anerkannte Gesundheits- bzw. Kinderkrankenpfleger/ -in oder Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/ -in oder staatlich anerkannte Altenpfleger/ -in mit dreijähriger Ausbildung und
 - mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im klinischen Bereich und
 - Fortbildung zum Medizinprodukteberater für Stomaartikel und
 - jährlich mindestens 40 Stunden erfolgreiche Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen

Die anderen, vom Leistungserbringer zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzten, Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- ✓ Staatlich anerkannte Gesundheits- bzw. Kinderkrankenpfleger/-in oder Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/-in oder staatlich anerkannte Altenpfleger/-in mit dreijähriger Ausbildung,
- ✓ mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im klinischen Bereich,

Die aufgeführten Personen werden mindestens 40 Stunden im Jahr fachspezifisch fort- und weitergebildet. Schwerpunkte liegen dabei in den aufgeführten Schulungsinhalten:

- Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagenlehre
- Inhalte und Standards der Stomaversorgung
- Handhabung der Produkte im Bereich der Stomaversorgung
- Fachbereich Pflegewissenschaft
- Fachliche Informationsvermittlung

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOK auf Anfrage mittels beglaubigter Kopien nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der AOK auf Anforderung mittels beglaubigter Kopien übersandt. Darüber hinaus muss eine Namenliste mit Führung des Kürzels und der Unterschrift eingereicht werden. Personelle Änderungen sind der AOK unverzüglich mitzuteilen.

2. Produktstandards

- Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG entsprechen (CE-Zertifizierung) und im Hilfsmittelverzeichnis eingetragen sind oder den im Hilfsmittelverzeichnis hinsichtlich Qualität, Anwendungssicherheit und medizinischen Nutzen festgelegten Kriterien gerecht werden.
- Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf der Versicherten erbracht werden.
- Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Die hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt mit dem Einverständnis des Versicherten. Im Krankenhausbereich setzt sie zudem den ausdrücklichen Wunsch des behandelnden Arztes nach Kooperation mit dem Leistungserbringer voraus.

3.1 Präoperativ

- Präoperatives Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen
- Beratung bei der Stomamarkierung
- Anlage einer Patientendokumentation

3.2 Postoperativ

- postoperatives Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen
- regelmäßige Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen
- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation
- Anzahl der Beratungen?

3.3 I. R. d. Entlassungsmanagements

- Abstimmung mit dem behandelnden Arzt über die zum Einsatz kommenden Produkte für die permanente Versorgung
- Anleitung des Patienten/Angehörigen zur eigenständigen Stomaversorgung
- Klärung des sozialen Umfelds
- Ernährungshinweise in Kooperation mit dem behandelnden Arzt
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation

3.4 Am Tag der Entlassung in den ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegebereich

- Kontaktaufnahme zur Stomakontrolle erfolgt am Entlassungstag
- taggleiche Bereitstellung und Lieferung aller benötigten Materialien zum sofortigen Einsatz gemäß ärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder durch den ermächtigten Krankenhausarzt
- zum Zeitpunkt der Entlassung Verordnung an die Krankenkasse
- Schulung des Patienten 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
 - Versorgungswechsel
- Psychosoziale Nachbetreuung
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen
- Anlage oder Fortführung einer Patientendokumentation

3.5 Weitere hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im ambulanten / voll- bzw. teilstationären Pflegebereichen

- Produktlieferung erfolgt gemäß Verordnung des Vertragsarztes bzw. des ermächtigten Krankenhausarztes
- Alle drei Monate Beratungsbesuche mit den folgenden Leistungsinhalten:
 - Stomakontrolle zur Erkennung von Komplikationen²

² Zu den Komplikationen zählen u. a. Stomablutung, Stomaödem, Stomanekrose, Frühretraktion, Entzündung der Stichkanäle/Abszessbildung, Hautirritation/Mazeration der parastomalen Haut, Allergien, Pilzinfektion/Mykose, Follikulitis (Anleitung zur regelmäßigen Rasur der parastomalen Haut), Pseudoepitheliomatosis, Stomastenose, Stomaretraktion, Parastomale Hernie, Prolaps, Strahlenschäden

- bei festgestellten Komplikationen werden diese dokumentiert, der behandelnde Arzt wird davon unverzüglich informiert
- Schulung des Patienten 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
 - Versorgungswechsel
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
- Information über Selbsthilfegruppen

3.6 Weitere Serviceleistungen

- Überprüfung der Versorgung, ggf. Anpassung
- Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend waren im Einverständnis mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereiches / ambulanten Pflegedienstes
- Einsatz von Hilfsmitteln die, die unter Punkt 2 beschriebenen Produktstandards erfüllen
- Lieferung der Produkte frei Haus
- Angebot einer Service- u. Beratungshotline
- 24 Stunden Rufbereitschaft sieben Tage pro Woche

4. Qualitätsbericht

Zur Dokumentation der statt gefundenen Beratungsgespräche ist das Aufnahme- und Verlaufsprotokoll auf Verlangen der AOK vorzulegen. Dazu sind sämtliche Daten, die die AOK aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht verarbeiten darf, im Aufnahme- und Verlaufsprotokoll zu schwärzen.

Anlage 5 des Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen im Bereich der Stomaversorgung vom 01.10.2013

Abrechnungsinformationen:

1. Das Institutionskennzeichen der Datenannahmestelle lautet 103119199.
2. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) und e) der Richtlinien) an folgende Anschrift zu liefern:

§ 1 Postalische Datenträgeranlieferung

AOK Bremen/Bremerhaven
Rechenzentrum
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen.

Elektronische Anlieferung
da@dta.AOK.de

Postanlieferungsadresse für Rechnungsbegründende Unterlagen/Urbelege

AOK Bremen/Bremerhaven
Ambulante Versorgung
Rehatechnik/Homecare
Postfach 107963
28079 Bremen

3. Bei der Einreichung der Abrechnungsunterlagen sind die Unterlagen zu einer Verordnung in der Sortierreihenfolge
 - a. Verordnung und
 - b. Ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnunganzuliefern. Die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden.
4. Die Abrechnung nach diesem Vertrag soll in Sammelrechnungen erfolgen. Hierbei ist zu beachten, dass die rechnungsbegründenden Unterlagen in der Reihenfolge des Datenträgers sortiert und nummeriert sein müssen.
5. Bei der Abrechnung sind die in der Anlage 3 vereinbarten Anwenderspezifischen Positionsnummern und Leistungserbringergruppenschlüssel zu verwenden.