

# Vertrag über die Lieferung von Stomaprodukten

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen**  
**Basler Str. 2**  
**61352 Bad Homburg**  
(nachfolgend AOK Hessen genannt)

und der Firma

**XXX**  
**XXXX**  
**XXXX XXXX**

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)  
Diese Formulierung gilt für beide Geschlechter.

**AC/TK: 19 06 xxx**

wird folgende Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V geschlossen

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Leistungsvoraussetzungen	3
§ 3	Leistungsumfang	4
§ 4	Versorgungsqualität und Qualitätssicherung	6
§ 5	Haftung/Insolvenz/Versicherungen/Mindestlohn	7
§ 6	Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)	8
§ 7	Vergütung	8
§ 8	Abrechnung	9
§ 9	Datenschutz und Schweigepflicht	12
§ 10	Werbung	13
§ 11	Zusammenarbeit mit Dritten	13
§ 12	Vertragsverstöße	13
§ 13	Inkrafttreten/Vertragslaufzeit/Kündigung	14
§ 14	Gerichtsstand	15
§ 15	Salvatorische Klausel	15
Anlage 1 A	Personelle Voraussetzungen	17
Anlage 1 B	Personelle Voraussetzungen	18
Anlage 2	Qualitätssicherung	19
Anlage 3	Versicherteninformation	21
Anlage 4	Wahlrechtserklärung des Versicherten	22
Anlage 5 A	Vergütungsvereinbarung	23
Anlage 5 B	Vergütungsvereinbarung	24
Anlage 6	Mehrkostenerklärung des Versicherten	25
Anlage 7	Beratung des Versicherten zur Versorgung mit Stomaprodukten	26
Anlage 8	Mengenempfehlung des MDS	28
Anlage 9	Beitrittserklärung zum Vertrag	29

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- 1) Zur Sicherstellung einer fachgerechten, aufzahlungsfreien und qualitativ hochwertigen Versorgung mit Stomaprodukten unabhängig von der Art der Stomaanlage sowie der Versorgung von Urin- und Stuhlfisteln mit Stomaartikeln und Inkontinenzhilfen und des erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterials schließt die AOK Hessen folgenden Vertrag über die Hilfsmittel der Produktgruppe 29 des Hilfsmittelverzeichnisses, nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung.
- 2) Mit diesem Vertrag wird eine monatliche Versorgungspauschale für die Versorgung der Versicherten mit den nach ärztlicher Verordnung erforderlichen Stomaprodukten vereinbart. Die Versorgung beinhaltet zudem alle zur Versorgung erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen, wie insbesondere Lieferung, Einweisung und ggf. Hausbesuch.
- 3) Der Vertrag regelt alle Versorgungen von Versicherten der AOK Hessen im Bereich der Bundesrepublik Deutschland, die nach ärztlicher Verordnung ab Vertragsbeginn versorgt werden und sich in der häuslichen Umgebung, einer Einrichtung des betreuten Wohnens, einer teil- oder vollstationären Pflege- bzw. Kurzzeitpflegeeinrichtung oder; Rehabilitationseinrichtung aufhalten.
- 4) Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt in Höhe der in den Anlage 5 A und 5 B vereinbarten Versorgungspauschalen.
- 5) Die im Inhaltsverzeichnis benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

## **§ 2 Leistungsvoraussetzungen**

- 1) Zur Versorgung mit den in § 1 Abs.1 in Verbindung mit Anlage 5 A und 5 B benannten Hilfsmitteln sind Leistungserbringer nur berechtigt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien gemäß der Vereinbarung nach § 126 Abs. 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie den Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung (§126 Abs. 1 Satz 2 und Satz 3 sowie Abs. 1a Satz 1 und Satz 2 SGB V) erfüllen. Erbringt ein Leistungserbringer die Leistung an verschiedenen Betriebsstätten, sind die Voraussetzungen für jede Betriebsstätte gesondert zu erfüllen. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann seine Abrechnung wie ein externes Rechenzentrum für diese Betriebsstätten zentral vornehmen. In diesem Fall ist die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.
- 2) Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Hessen. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.
- 3) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Voraussetzungen bei Vertragsabschluss mit der Erklärung des Beitritts nach Anlage 9 im Original der AOK Hessen nachzuweisen. Der

Vertragsabschluss durch den Beitritt wird durch die AOK Hessen schriftlich bestätigt und gilt ab Eingang des Bestätigungsschreibens beim Leistungserbringer, wenn in dem Schreiben selbst kein anderer Termin genannt ist.

- 4) Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere Betriebsstätten, so ist für jede Betriebsstätte eine gesonderte Beitrittserklärung mit den entsprechenden Nachweisen nach Absatz 1 vorzulegen.
- 5) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für die Hilfsmittel bezogene Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten, ausschließlich bei seinem Unternehmen angestellte Mitarbeiter/Innen eingesetzt werden, welche die Voraussetzungen nach Anlage 1 A bzw. 1 B erfüllen und über die entsprechenden Sachkenntnisse in der Versorgung mit Stomaprodukten verfügen.
- 6) Der Leistungserbringer gewährleistet und erfüllt alle Anforderungen nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes, der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV), des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) und die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI). Es dürfen nur Hilfsmittel zum Einsatz kommen, welche in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen wurden oder die in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Vor dem Einsatz nicht gelisteter Hilfsmittel ist der AOK Hessen das Gutachten einer unabhängigen anerkannten Prüforganisation vorzulegen, in welchem alle vorgegebenen Kriterien des Hilfsmittelverzeichnisses bestätigt werden. Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen vorgenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- 7) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er die aus der EU-Richtlinie 2017/745 (Medical Device Regulation - MDR) resultierenden, ihn treffenden Pflichten beachtet. Dazu zählen u.a. die den Wirtschaftakteuren auferlegten Pflichten zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Produkten im Sinne der MDR (Art. 25 ff. der MDR).“
- 8) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den Vertragspartnern. Bei einem Wechsel des Leistungserbringers ist eine Wahlrechtserklärung der/des Versicherten (Anlage 4) und ein Kostenvoranschlag des neuen Leistungserbringers zur Genehmigung an die AOK Hessen einzureichen. Ein Wechsel des Leistungserbringers kann nur in die Zukunft gerichtet erfolgen. Ergeben sich infolge von Nichtbeachtung Doppelversorgungen, gehen diese nicht zu Lasten der AOK Hessen.
- 9) Die Versorgung erfolgt ausschließlich aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung mit entsprechender Diagnose. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und der Behinderung oder Erkrankung und den Lebensumständen der/des Versicherten gerecht werden.

### § 3 Leistungsumfang

- 1) Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Hessen kalendermonatlich aufzahlungsfrei mit den medizinisch notwendigen Stomaprodukten gemäß § 1 dieses Vertrages.
- 2) Der Leistungserbringer garantiert eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten mit

funktionsgerechten, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmitteln. Die Versorgung der Versicherten erfolgt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Bedarf orientiert sich grundsätzlich an den vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) empfohlenen Menge (Anlage 8). Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweiligen medizinisch notwendigen Bedarf.

3) Die Erbringung der Leistung umfasst neben der Stomaversorgung insbesondere

- die individuelle Anpassung der Hilfsmittel,
- die detaillierte Einweisung des Versicherten, der Angehörigen und sonstiger Pflegepersonen und des Pflegedienstes in deren Gebrauch,
- die Aufklärung der Versicherten über den Anspruch auf eine aufzahlungsfreie Versorgung die Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung sowie die Aushändigung der Versicherteninformation des Informationsblattes (Anlage 3) an die Versicherten bzw. deren Pflegepersonen,
- die direkte Abgabe oder die Versendung der Lieferung oder die Kontaktaufnahme zum Versicherten selbst, den Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer innerhalb eines Arbeitstages nach Auftragseingang beim Leistungserbringer durch die Versicherten selbst oder der AOK Hessen. Als Auftragseingang ist hier auch der Eingang einer neuen Verordnung zu bewerten. Die Lieferung per Versand hat in einer neutralen Umverpackung zu erfolgen,
- eine Lieferung in ausreichender Menge der individuell benötigten Produkte, ohne dass Versorgungslücken entstehen (Lieferumfang und Lieferintervall werden mit dem Versicherten oder dem Pflegepersonal vereinbart – Lieferzyklus),
- die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit, maximal zum Ortstarif, für die Versicherten der AOK Hessen und des bzw. der Pflegepersonen zur Annahme von Bestellungen und Beratungen zu den üblichen Geschäftszeiten,
- die Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache und skizzierter Abbildung der Anwendung
- die kostenlose Lieferung der Hilfsmittel zum Versicherten (die Regelung über die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V bleibt unberührt),
- die schriftliche Bestätigung des Empfangs der gelieferten Hilfsmittel. Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Nachweis des Paketdienstes (z. Bsp. Paketverfolgungsnummer) ausreichend,
- auf Wunsch des Versicherten Hilfestellung im Umgang mit der neuen Lebenssituation.

Die Qualitätsvereinbarung gemäß Anlage 2 ist einzuhalten. Erkennbare, drohende Komplikationen hat der Leistungserbringer sofort dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

4) Der Leistungserbringer stellt den Bedarf der medizinisch notwendigen Stomaprodukte, gegebenenfalls nach Rücksprache mit dem Arzt/Pflegedienst, fest. Unstimmigkeiten über den Umfang der einzelnen Produkte sind zwischen Leistungserbringer und Versicherten beziehungsweise Pflegedienst zu klären. Nur in Ausnahmefällen sollte die AOK Hessen, gegebenenfalls unter Einbindung des Medizinischen Dienstes (MD), hinzugezogen

werden. Der Leistungserbringer liefert bei Vorliegen einer von einem Vertragsarzt oder ermächtigten Krankenhausarzt ausgestellten, auf den Gesamtverträgen basierenden Verordnung die Stomaartikel an den Versicherten aus und hat sich bei der Erbringung aller Leistungen im Rahmen dieses Vertrages an die Qualitätsvereinbarung gemäß Anlage 2 zu halten.

- 5) Versorgungszeitraum ist grundsätzlich der Kalendermonat.

Für jeden Versorgungszeitraum ist eine Verordnung einzureichen; die AOK Hessen akzeptiert Verordnungen für längstens sechs Kalendermonate. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen.

- 6) Die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die AOK Hessen. Der Leistungserbringer übermittelt der AOK Hessen dazu einen Kostenvoranschlag sowie die ärztliche Verordnung auf elektronischem Weg.
- 7) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über den in der Vergütungspauschale enthaltenen Umfang der Versorgung und stellt sicher, dass dieser innerhalb des Versorgungszeitraumes i.S.v. Abs. 3 nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn eine Versicherteninformation (Anlage 3) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Eine Kopie der unterschriebenen Versicherteninformation ist zu archivieren und der AOK Hessen auf Verlangen vorzulegen.
- 8) Eine Kooperation in der Leistungserbringung mit anderen Leistungserbringern, die Leistungen nach diesem Vertrag betreffen, ist möglich, wenn alle Beteiligten an der Kooperation, diesen Vertrag mit der AOK Hessen geschlossen haben. Die Kooperation ist der AOK Hessen schriftlich zur Kenntnis zu geben und erfolgt für sie kostenlos.
- 9) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Belieferung mit einem erforderlichen Hilfsmittel nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Vertragspartner und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.
- 10) Kann der Leistungserbringer die Versorgung des Versicherten nicht sicherstellen, hat er dies der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen, um unter Mitwirkung der AOK Hessen die Weiterführung der Versorgung durch einen anderen, am Vertrag beteiligten Leistungserbringer sicherzustellen.
- 11) Der Leistungserbringer hat die Versorgung nach diesem Vertrag bis zum Ende des der Verordnung zugrunde liegenden Versorgungszeitraums sicherzustellen, auch über die Vertragsdauer hinaus, wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt insbesondere auch bei Betriebsaufgabe bzw. -veräußerung.

#### § 4

#### Versorgungsqualität und Qualitätssicherung

- 1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fortbildung stets auf dem neuesten Stand der

Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Hierzu zählen insbesondere die Empfehlungen der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde (FgSKW).

- 2) Der Leistungserbringer hat den Versicherten gemäß der Vorschrift des § 127 Absatz 5 SGB V vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche aufzahlungsfreien Produkte für seine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind. Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten oder der vertretungsbefugten Person bestätigen zu lassen.
- 3) Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V, dann ist der Versicherte über die von ihm zu tragenden wirtschaftlichen Mehrkosten zu informieren und dies ist schriftlich zu dokumentieren (Anlage 6).
- 4) Im Einzelfall ist die Beratungsdokumentation der AOK Hessen auf Wunsch innerhalb von fünf Arbeitstagen vorzulegen.
- 5) Die AOK Hessen ist nach § 127 Absatz 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Leistungserbringer zu überwachen.
- 6) Die AOK Hessen ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Hessen auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen.
- 7) Sofern die AOK Hessen auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Hessen innerhalb von fünf Arbeitstagen zu übermitteln.
- 8) Die AOK Hessen hat das Recht, die Einhaltung der Bestimmungen dieses Vertrages durch eigene Mitarbeiter vor Ort sowie in der Betriebsstätte des Leistungserbringers zu prüfen.

## **§ 5**

### **Haftung/Insolvenz/Versicherungen/Mindestlohn**

- 1) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Hessen berechtigt, anstelle des Leistungserbringers die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer die entstehenden Kosten der Versorgung zu tragen. Dieser Betrag wird sofort fällig und ist der AOK Hessen auf Verlangen zu erstatten.
- 2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.
- 3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in Höhe von mindestens 2.000.000 Euro für Personenschäden, mindestens 1.000.000 Euro für Sachschäden und 100.000 Euro für Vermögensschäden im Rahmen der Vertragserfüllung vorzuhalten.
- 4) Die AOK Hessen haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die AOK Hessen von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art (z. Bsp. von Versicherungen) freizustellen.



- 5) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der AOK Hessen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Hessen beruhen.
- 6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Hessen 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 Hessen auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen der AOK Hessen umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsleistungen von Versicherten der AOK Hessen zu übermitteln.
- 7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Mindestlohngesetzes und des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes – soweit er dazu nach § 20 des Mindestlohngesetzes verpflichtet ist – in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten und umzusetzen. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und Unterauftragnehmer so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Hessen und dem Leistungserbringer entsprechen. Werden gegenüber der AOK Hessen Ansprüche aufgrund der Missachtung des Mindestlohngesetzes geltend gemacht, besteht ein Freistellungsanspruch der AOK Hessen gegenüber dem Leistungserbringer.

## § 6

### Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)

Die AOK Hessen hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 5 A bzw. 5 B vereinbarten Vergütungen abgegolten.

## § 7

### Vergütung

- 1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Hessen, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag vollständig erbracht hat.
- 2) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich ausschließlich nach Anlage 5 A und 5 B dieses Vertrages zzgl. gesetzlich geschuldeter Umsatzsteuer, die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Mit der Vergütungspauschale nach Anlage 5 A und 5 B sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehalten § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- 3) Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10% v. H. des Abgabepreises, aber höchstens 10 EUR. Die Zahlung ist für jede Monatspauschale zu leisten und direkt vom Versicherten an den Vertragspartner zu zahlen. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8



Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Hessen über. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit.

- 4) Die Versorgungspauschale kann nur unter Vorlage einer fachärztlichen Verordnung im Original sowie einer Empfangsbescheinigung unter Beachtung von Abs. 8 vergütet werden. Die Pauschalen können für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal abgerechnet werden. Der Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn der Leistungsanspruch eines Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat wegen stationärer Behandlung oder RehaMaßnahme wegen des Stomas entfällt. Teilmonate (z.B. wegen Entlassung aus dem Krankenhaus oder Tod des Versicherten) führen zu keiner Reduzierung des monatlichen Pauschalbetrages. Die vorgenannten Nachweise sind als abrechnungsbegründende Unterlagen beizufügen.
- 5) Die Hilfsmittel nach diesem Vertrag sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Dies gilt auch bei einem Wechsel des Leistungserbringers während einer laufenden Versorgung unter Beachtung von § 2 Abs. 7. Die Zustimmung der AOK Hessen ist mittels elektronischen Kostenvoranschlags zu beantragen. Anfragen der AOK Hessen zur Versorgung beantwortet der Leistungserbringer innerhalb von zwei Werktagen; eine gesonderte Vergütung kann insoweit nicht beansprucht werden.
- 6) Die AOK Hessen verzichtet auf die vorherige Genehmigung der Versorgungsleistungen. Ausgenommen hiervon ist die Erstversorgung nach diesem Vertrag und eine Versorgung, die aufgrund eines Leistungserbringerwechsels erfolgt. Der Verzicht auf die Genehmigung kann von der AOK Hessen jederzeit einseitig widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind dem Leistungserbringer mit einer Frist von acht Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen.
- 7) Der Empfang der Lieferung ist grundsätzlich durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen. Anstelle der Empfangsbestätigung ist auch ein Nachweis über die Lieferung durch das übergebende Unternehmen, die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertige Daten des mit der Übergabe beauftragten Unternehmens zulässig.
- 8) Der Vergütungsanspruch endet insbesondere im Fall der Beendigung der Mitgliedschaft, der Änderung der Zuständigkeit der Kostenträgerschaft, des Wegfalls der Versorgungsnotwendigkeit der Versicherten und/oder des Wechsels der Versicherten zu einem anderen Vertragspartner. Endet der Präqualifizierungsnachweis ersatzlos, ist ein Anspruch auf Vergütung weiterer Leistungen – auch gegenüber dem Versicherten - ausgeschlossen.
- 9) Sofern der Vertragspartner die personellen Voraussetzungen nach Anlage 1 A nachweist (Beschäftigung von zwei Stomatherapeuten) und diese aktiv in der Versorgung tätig werden, kann der Vertragspartner eine Vergütung nach Anlage 5 A abrechnen.

## § 8

### Abrechnung

- 1) Der Leistungserbringer stellt die gelieferten Hilfsmittel versichertenbezogen nach Leistungsabgabe unter Angabe des Institutionskennzeichens in Rechnung. Als zahlungsbegründende Unterlage sind die in § 7 Abs 4 benannten Nachweise der Abrechnung beizufügen.

- 2) Bei der Abrechnung ist immer die von der AOK Hessen übermittelte Genehmigungsnummer aus der Erstgenehmigung anzugeben, sofern nicht gemäß § 7 Abs. 6 auf die Genehmigung verzichtet wird.
- 3) Die monatliche Abrechnung erfolgt zentral über die  
DAVASO GmbH  
Rechnungsprüfstelle der AOK Hessen  
Am alten Flughafen 1  
04356 Leipzig
- 4) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Vertragspartnern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z. Bsp. fehlende Nachweise wie die Empfangsbestätigung, unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z. Bsp. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 5 A oder 5 B vereinbarten Vergütungspauschalen kann die Abrechnungsstelle der AOK Hessen dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnung fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 11 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 11. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bis zur Erstellung einer fehlerfreien Rechnung ist die AOK Hessen nicht zur Bezahlung verpflichtet.
- 5) Die Rechnung muss mindestens, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, zusätzlich zu den in Ziffer 4 beschriebenen Angaben:
  - das Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer),
  - den Namen der Krankenkasse,
  - die Krankenversichertennummer (vgl. § 5 Abs. 1 Buchstabe C der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Vertragspartnern"),
  - den Namen und Vornamen sowie das Geburtsdatum des/der Versicherten,
  - den Versichertenstatus,
  - den/das Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK),
  - das Verwendungskennzeichen für Erstversorgungen = 08, für Folgeversorgungen = 09,
  - Genehmigungsnummer der AOK Hessen
  - die Gesamtsumme (brutto) je Versicherten, abzüglich der vom Versicherten zu zahlender Zuzahlung
  - das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
  - die ärztliche Verordnung mit der LANR und BSNR (bei Verordnung, die für einen längeren Zeitraum als einen Monat ausgestellt werden, ist die Originalverordnung der Erstabrechnung beizufügen),
  - der Abrechnungszeitraum
  - die Art der abgegebenen Leistung,

- die im Preisblatt (Anlage 5 A bzw. 5 B dieses Vertrages) angegebene 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, hilfsweise die vereinbarte Pseudohilfsmittelnummer,
  - die Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
  - der Einzelbetrag der Leistung,
  - der Betrag der gesetzlichen Zuzahlung,
  - die Höhe der wirtschaftlichen Aufzahlung (siehe Absatz 6),
  - die Daten der Leistungserbringung (Versorgungszeitraum von/bis)
  - die Empfangsbestätigung beziehungsweise bei Verordnungen, welche für einen längeren Zeitraum als einen Monat ausgestellt werden, auch die Kopie der Verordnung,
  - Steuer – oder USt. IdNr.,
  - Steuersätze enthalten.
- 6) Wählen Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist bei der Abrechnung gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit den Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
- 7) Bis zur technischen Umsetzung des Imageverfahrens sind die rechnungsbegründenden Unterlagen (Urbelege, wie z. B. ärztliche Verordnungen, bzw. Kostenvoranschläge und/oder Genehmigungen der AOK Hessen) an die benannte Abrechnungsstelle zu übersenden.
- 8) Für Fälle, in denen die AOK Hessen die Versorgung im Auftrag erfüllt, z. B. „BEG“, ist eine Einzelabrechnung in doppelter Ausfertigung zu erstellen. Im Übrigen gelten die Regelungen für die Versorgung der Versicherten.
- 9) Soweit der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt die AOK Hessen mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle so lange, bis ihr ein schriftlicher Widerruf der Einzugsermächtigung vorliegt. Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des Leistungserbringers einzureichen.
- 10) Den Rechnungen an die Abrechnungsstelle der AOK Hessen sind die ärztliche Verordnung einschließlich Diagnosen im Original bzw. Kopie für die Erstversorgung und die Empfangsbestätigungen der Versicherten oder die Sendungsverfolgungsnummer beizufügen.
- 11) Die Abrechnungsstelle der AOK Hessen überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von vier Wochen. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der Abrechnungsstelle der AOK Hessen vorliegen. Die Frist gilt bei Zahlungseingang als gewahrt.
- 12) Sachliche, rechnerische und sonstige Unstimmigkeiten müssen innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Differenzen werden dabei zwischen den Vertragsparteien verrechnet oder können zurückgefordert werden. Sie sind dem Vertragspartner schriftlich mitzuteilen.
- 13) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erbracht wurden, nicht mehr geltend gemacht werden.

## § 9 Datenschutz und Schweigepflicht

- 1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten.
- 2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- 3) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- 4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse sowie gegenüber den vom Leistungserbringer, ausschließlich im Rahmen der Erbringung der von diesem Vertrag umfassten Leistungen.
- 5) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- 6) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- 7) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich dem/der Versicherten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.
- 8) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.
- 9) Der Leistungserbringer unterrichtet die Abteilung Hilfsmittel der AOK Hessen unverzüglich über meldepflichtige Datenschutzverletzungen – auch seiner Mitarbeiter – oder anderer Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung und bei Störungen des Prozessablaufes. Dabei sind die einschlägigen Vorgaben aus § 83a SGB X sowie der Artikel 33 und 34 EU-DSGVO zu beachten.

## **§ 10 Werbung**

- 1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Hessen beziehen.
- 2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt/die Vertragsärztin in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen.
- 3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin und/oder fachkundige Beratung der Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das gesamte vorhandene Marktangebot und nicht auf Produkte einzelner Hersteller beziehen.
- 4) Es gelten hier die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (jetzt GKV Spitzenverband) und dem Bundesfachverband BVMed im Kodex „Medizinprodukte“ vom 01. Januar 2015 in der aktuellen Fassung verankerten Verhaltensregeln.
- 5) Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten, Betreuer oder Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

## **§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten**

- 1) Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung der Versicherten (ohne Zustimmung der Versicherten oder deren Vertretungsberechtigten) sind unzulässig.
- 2) Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden.
- 3) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.

## **§ 12 Vertragsverstöße**

- 1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung (§ 2 Abs. 1) betreffen, der AOK Hessen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- 2) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die AOK Hessen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit insbesondere die nachfolgenden Maßnahmen nach Anhörung des Leistungserbringers beschließen:

- a. Verwarnung,
- b. bei erneuten schwerwiegenden Verstößen zusätzlich zu einer weiteren Verwarnung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 10.000 €,
- c. außerordentliche Kündigung gemäß § 13 Abs. 4.

Als schwerwiegende Verstöße im Sinne des Absatz 2 b gelten insbesondere:

- Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
  - Forderung bzw. Annahme zusätzlicher Entgelte vom Versicherten,
  - Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
  - Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet ist, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden,
  - Fälschung der ärztlichen Verordnung,
  - Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter,
  - Einsatz von nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten und nicht von der AOK Hessen im Vorfeld genehmigter Hilfsmittel,
  - der Verstoß gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflicht aus § 127 Abs. 5 SGB V,
  - Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen.
- 3) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.
  - 4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, folgende Handlungen zu unterlassen:
    - a. Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen,
    - b. Vertragsärzte gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelverordnung zu gewähren.
  - 5) Bei Verstößen gegen die Unterlassungspflichten nach Ziffer 4 gilt die Regelung der Ziffer 2. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße kann der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.

### § 13

#### Inkrafttreten/Vertragslaufzeit/Kündigung

- 1) Der Vertragsbeginn ist der XX.XX.2020. Maßgebend ist bei Erstversorgungen der Tag der Verordnung.



- 2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren alle bisherigen Verträge ihre Gültigkeit.
- 3) Der Vertrag kann frühestens zum XX.XX.20XX von jeder Vertragspartei ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen gekündigt werden.
- 4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- 5) Beide Vertragsparteien haben das Recht auf eine jederzeit außerordentliche Kündigung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aus wichtigem Grund. Wichtige Gründe sind insbesondere
  - die Verwendung nicht vertragsgemäßer Hilfsmittel,
  - eine nachhaltige Nicht- oder Schlechtleistung des Leistungserbringers,
  - die Nichteinhaltung der Regelung des § 3 Absatz 2,
  - schwerwiegende Vertragsverstöße nach § 12 Ziffer 2b und 5 dieses Vertrages,
  - wenn gesetzliche, gerichtliche und/oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen diesem Vertrag die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen.
- 6) Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, bei Widerruf der Präqualifizierung gemäß § 126 SGB V, Aufgabe, Übergabe oder dem Verkauf des Betriebes.
- 7) Der Leistungserbringer verzichtet auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegen die AOK Hessen, insbesondere Schadensersatzansprüchen, aufgrund von Kündigung eintretender Schäden.
- 8) Bei Änderungen des Verhandlungsvertrages durch die Vertragspartner informiert die AOK Hessen unverzüglich alle beigetretenen Leistungserbringer über den Inhalt der Änderungen. Dem Leistungserbringer steht in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Information zu. Die Sonderkündigung hat in schriftlicher Form per Einschreiben zu erfolgen.

#### **§ 14 Gerichtsstand**

Gerichtsstand für Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist - soweit gesetzlich zulässig - ausschließlich der Sitz der AOK Hessen.

#### **§ 15 Salvatorische Klausel**

- 1) Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Geltung dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien sind vielmehr einander verpflichtet, die unwirksame/undurchführbare Bestimmung oder den unwirksamen/undurchführbaren Bestandteil durch eine gesetzlich zulässige Regelung so zu ersetzen, wie es Sinn und Zweck dieses Vertrages entspricht. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

| \_\_\_\_\_  
Bad Homburg, den

\_\_\_\_\_ AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Leistungserbringer

ENTWURF

## Anlage 1 A

## Personelle Voraussetzungen

Eigenes Fachpersonal zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten. Hierbei werden folgende Qualifikationen vorausgesetzt:

- staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung
  
- und eine nachgewiesene Fachweiterbildung Stomatherapie an den in Deutschland bekannten Weiterbildungsstätten mit einem vom FgSKW (vor Oktober 2010 ECET und DVET) anerkannten Abschluss.

Weitere zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzte Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung

Der Vertragspartner stellt durch Personalentwicklungsmaßnahmen sicher, dass die Mindestanzahl von zwei Fachkräften mit der Fachweiterbildung Stomatherapie zu keinem Zeitpunkt unterschritten wird.

Die aufgeführten Personen werden jährlich fachspezifisch fortgebildet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Stomaversorgung, wie z. B.:

- Handhabung der Produkte,
- fachliche Informationsvermittlung,
- Prophylaxe,
- Versorgung von Problemstomata.

Weitere Fortbildungspunkte können z. B. Entlassmanagement, Standards, berufspolitische oder sozialrechtliche Themen sein. Die Fortbildung soll herstellerneutral erfolgen. Fortbildungsangebote des FgSKW -sollten hier verstärkt genutzt werden.

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOK Hessen vor Abschluss der Vereinbarung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der AOK Hessen auf Anforderung übersandt. Personelle Änderungen sind der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.

## Anlage 1 B

### Personelle Voraussetzungen

Eigenes Fachpersonal zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten. Hierbei werden folgende Qualifikationen vorausgesetzt:

- Staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder
- staatlich anerkannte Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung
  
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung.

Die eingesetzten Mitarbeiter müssen unmittelbar vor Vertragsbeginn mindestens ein Jahr im klinischen Bereich, in der Pflege oder in der Versorgung von Stomapatienten tätig gewesen sein.

Die aufgeführten Personen werden jährlich fachspezifisch fortgebildet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Stomaversorgung, wie z. B.:

- Handhabung der Produkte,
- fachliche Informationsvermittlung,
- Prophylaxe,
- Versorgung von Problemstomata.

Weitere Fortbildungspunkte können z. B. Entlassmanagement, Standards, berufspolitische oder sozialrechtliche Themen sein. Die Fortbildung soll herstellernerneutral erfolgen. Fortbildungsangebote der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde (FgSKW) sollten hier verstärkt genutzt werden.

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOK Hessen vor Abschluss der Vereinbarung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der AOK Hessen auf Anforderung übersandt. Personelle Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

## Anlage 2

### Qualitätssicherung

#### I. Präoperative Versorgung

Sofern möglich und vom Versicherten gewünscht, erfolgt die Begleitung des Versicherten zu Beginn des stationären Aufenthaltes und die Absprache mit der Klinik über die Aufklärung vor dem operativen Eingriff.

Mögliche Inhalte:

- Materialkunde
  - Aufklärung des Versicherten über mögliche Stomaversorgungsmaterialien
  - Möglichkeit, dass der Versicherte auf Wunsch vor dem operativen Eingriff eine Versorgung testen kann
- Ernährung
  - Information über eine eventuell notwendige Anpassung der Ernährung und des sich eventuell ändernden Stuhlverhaltens, z. B. in Bezug aufblähender Speisen
- Kontinenz
  - Information zur Erhaltung der Kontinenz bei temporären Stomaanlagen (z.B. Beckenbodentraining)
- Kosmetische Aspekte

Der Versicherte ist über kosmetische Aspekte, wie z. B. der Kleidungswahl im Allgemeinen oder jener beim Sport und Saunagängen, aufzuklären und unter anderem über sich ändernde Schlafgewohnheiten.
- Psychische Faktoren

Dem Versicherten soll, auf Wunsch, Kontakt zu einer ebenfalls betroffenen Person oder einem Mitglied einer Selbsthilfegruppe vermittelt werden, z. B. qualifizierter Besuchsdienst der „Deutschen Ilco“.
- Komplikationen

Der Versicherte wird über mögliche Komplikationen und ihre Vermeidung informiert.
- Dokumentation der einzelnen Positionen

## II. Postoperative Versorgung

### Hausbesuche

Auf Wunsch des Versicherten oder bei Bedarf erfolgen Beratungsbesuche im häuslichen Umfeld des Versicherten, insbesondere innerhalb der ersten sechs Monate nach der Stomaanlage.

### Wirtschaftlichkeit

Vermeiden von häuslichen Produktzentrallagern

Zur Entgegennahme von Versorgungsaufträgen hat der Vertragspartner von Montag bis Freitag von 08:00 – 17:00 Uhr sowie während seiner darüberhinausgehenden Geschäftszeiten eine telefonische Auftragsannahme sicherzustellen. Die Telefonnummer ist dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben.

## III. Die Richtlinien der Versorgung

Die Umsetzung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Stomaversorgung gemäß

- den Empfehlungen des MD,
- dem Leitbild der Dachverbände,
- den Selbsthilfegruppen

wird vorausgesetzt.



## Anlage 3

VersicherteninformationName, VornameGeburtsdatumKV-Nr.

Die Firma \_\_\_\_\_ stellt für Sie ab \_\_\_\_\_ die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen zur Stomatherapie sicher. Der Vertrag mit dem Leistungserbringer sieht vor, dass die Vergütung seiner Leistung in Form von Monatspauschalen erfolgt. Deshalb sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie:

- Alle Hilfsmittel und Verbandstoffe, die Sie in Zusammenhang mit Ihrem Stoma (künstlicher Darm- oder Blasenausgang) benötigen, sollen nur bei diesem Vertragspartner bezogen werden.
- Zur Versorgung mit Stomaartikeln akzeptiert die AOK Hessen ärztliche Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 6 Monaten.
- Bitte wenden Sie sich ausschließlich an diese Firma, wenn Lieferungen von Verbrauchsmaterial oder Zubehör sowie sonstige Service- und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Ihrer Stomaversorgung notwendig werden.
- Ein Leistungserbringerwechsel ist grundsätzlich erst nach Ablauf eines vollen Kalendermonats möglich. Hierzu ist dem Leistungserbringer bis zum 15. des laufenden Monats der Wechsel anzuzeigen. Dann kann der Wechsel zum 1. Des Folgemonats erfolgen. Werden innerhalb eines Versorgungszeitraumes mehrere Leistungserbringer von Ihnen zur Versorgung beauftragt, können die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten gehen.
- Informieren Sie bitte rechtzeitig bei einem Wechsel des Leistungserbringers Ihren bisherigen Leistungserbringer, damit Doppelversorgungen vermieden werden oder bitten Sie Ihren neuen Lieferanten dies zu tun.
- Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch notwendigen Stomaartikel unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet. Für Sie fallen abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten an. Bei unwirtschaftlichen Versorgungsleistungen (z. B. überzogene Mengenanforderungen oder Doppelversorgung durch Beauftragung mehrerer Leistungserbringer) gehen die Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Die gesetzliche Zuzahlung beträgt z.Zt. 10 € für den Monatsbedarf an Verbrauchshilfsmitteln, soweit Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind. Das bedeutet z.B., dass bei der Bestellung eines Quartalsbedarfs die Zuzahlung für drei Monate zu entrichten ist.
- Damit eine reibungslose Lieferung sichergestellt werden kann, informieren Sie bitte Ihren Leistungserbringer rechtzeitig über eine neue Lieferung von Stomaartikeln bzw. einen Wohnortwechsel.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder des  
gesetzlichen Betreuers

**Anlage 4 – Wahlrechtserklärung der Versicherten PG 29**

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab

\_\_\_\_\_ (Monat und Jahr)

über nachfolgend genannten Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie versorgt werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich von keinem weiteren Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie versorgt werde.

Name des Leistungserbringers:

\_\_\_\_\_

Name der/des Versicherten:

\_\_\_\_\_

Krankenversichertennummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Versicherten oder des/ der gesetzlichen Betreuers/in

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit stationären netzabhängigen Sauerstoffkonzentratoren nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).

**Anlage 5 A zur Versorgung mit Stomatherapeuten**

AC/TK: 19 06 XXX

Die folgend aufgeführten Pauschalen beinhalten alle nach diesem Vertrag für die Versorgung des Versicherten notwendigen Hilfsmittel, Zubehör- und Verbrauchsmaterial sowie Service- und Dienstleistungen.

Preis ab Versorgungsmonat Juli 2020

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Colostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaprodukte	XXX,00 €

Preis ab Versorgungsmonat Juli 2020

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Urostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaprodukte	XXX,X0 €

Preis ab Versorgungsmonat Juli 2020

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Ileostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaprodukte	XXX,00 €

## Anlage 5 B zur Versorgung ohne Stomatherapeuten

AC/TK: 19 06 XX

Die folgend aufgeführten Pauschalen beinhalten alle nach diesem Vertrag für die Versorgung des Versicherten notwendigen Hilfsmittel, Zubehör- und Verbrauchsmaterial sowie Service- und Dienstleistungen.

Preis ab Versorgungsmonat Juli 2020

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Colostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaproducte	XXX,00 €

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Urostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaproducte	XXX,00 €

Hilfsmittel-positionsnummer	Verwendungs-Kennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Preis zzgl. MwSt.
Ileostomie 29.00.26.XXXX	Erstpauschale 08 Folgepauschale 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaproducte	XXX,00 €

**Anlage 6 Mehrkostenerklärung**

Versorgender  
Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_

Versicherte/r:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher  
Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges.  
Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer:  
\_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit stationären netzabhängigen Sauerstoffkonzentratoren nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).

## Anlage 7 Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Stomaprodukten

Versorgender  
Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_

Versicherte/r:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher  
Vertreter

Datum der Beratung:

\_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen  
 telefonische Beratung  
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus,  
Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges.  
Vertreter/Bevollmächtigten -oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.



Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer:  
\_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer:  
\_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer:  
\_\_\_\_\_

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit stationären netzabhängigen Sauerstoffkonzentratoren nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).

## Anlage 8 Mengeneempfehlungen des MDS

Colostomie	Artikelbezeichnung	HMV Gruppe	Richtwerte in Stück/Monat/Patient
Plan, einteilig, geschlossen	Geschlossene Beutel mit Hautschutz	29.26.01.2	90
Gewölbt, einteilig, geschlossen	Geschlossene Beutel mit Hautschutz konvex	29.26.01.3	90
Plan, zweiteilig, geschlossen	Geschlossene Beutel für Basisplatte	29.26.01.0	90
	Basisplatte Größe 1	29.26.05.0	10
Gewölbt, zweiteilig, geschlossen	Geschlossene Beutel für Basisplatte	29.26.01.0	90
	Basisplatte Größe 1 konvex	29.26.06.0	10

Ileostomie	Artikelbezeichnung	HMV Gruppe	Richtwerte in Stück/Monat/Patient
Plan, einteilig, offen	Ausstreifbeutel mit Hautschutz	29.26.02.2	30
Gewölbt, einteilig, offen	Ausstreifbeutel mit Hautschutz konvex	29.26.02.3	30
Plan, zweiteilig, offen	Ausstreifbeutel für Basisplatte	29.26.02.0	30
	Basisplatte Größe 1	29.26.05.0	10
Gewölbt, zweiteilig, offen	Ausstreifbeutel für Basisplatte	29.26.02.0	30
	Basisplatte Größe 1 konvex	29.26.06.0	10

Urostomie	Artikelbezeichnung	HMV Gruppe	Richtwerte in Stück/Monat/Patient
Plan, einteilig, Uro	Urostomiebeutel mit Hautschutz	29.26.03.2	30
	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1	30
	Beinbeutel mit Ablauf, steril	15.25.06.3	30
Gewölbt, einteilig, Uro	Urostomiebeutel mit Hautschutz konvex	29.26.03.3	30
	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1	30
	Beinbeutel mit Ablauf, steril	15.25.06.3	30
Plan, zweiteilig, Uro	Urostomiebeutel für Basisplatte	29.26.03.0	30
	Basisplatte Größe 1	29.26.05.0	10
	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1	30
	Beinbeutel mit Ablauf, steril	15.25.06.3	30
Gewölbt, zweiteilig, Uro	Urostomiebeutel für Basisplatte	29.26.03.0	30
	Basisplatte Größe 1 konvex	29.26.06.0	10
	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1	30
	Beinbeutel mit Ablauf, steril	15.25.06.3	30

**Anlage 9 – Beitrittserklärung zum Vertrag über die Lieferung von Stomaprodukten zum  
01.07.2020**

**Beitrittsvereinbarung**

zur

**Vereinbarung über die Versorgung mit Stomaprodukten  
vom 01. XXXXXXXX 20XX**

zwischen der

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

und

Stempel des Leistungserbringers

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

Hiermit vereinbaren die AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen und der Leistungserbringer seinen Beitritt zur Vereinbarung über die Versorgung mit Stomaprodukten vom 01.XX.20XX

- Nach Anlage 5 A / Versorgung mit Stomatherapeuten AC/TK 19 06 XXX
- Nach Anlage 5 B / Versorgung ohne Stomatherapeuten AC/TK 19 06 XXX

zum \_\_\_\_\_.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Leistungserbringer die vollumfängliche Anerkennung der Vereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel AOK Hessen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Firmenstempel  
Leistungserbringer

IK - Nummer \_\_\_\_\_

ENTWURF