

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen**

zwischen

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch den Bereichsleiter Hilfsmittel Herrn Jürgen Mann

(im Folgenden „AOK PLUS“ genannt)

und dem

**Fachverband für Orthopädie- und Rehabilitations-Technik,
Sanitäts- und medizinischer Fachhandel Sachsen, Thüringen e. V.**

hier vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Albin Mayer

(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

in der Fassung des 1. Nachtrags vom 1. August 2011

Inhaltsübersicht

Teil I	Allgemeine Bestimmungen	
1.	Gegenstand der Allgemeinen Bestimmungen	3
2.	Geltungsbereich	3
3.	Voraussetzung zur Leistungserbringung	3
4.	Grundsätze der Leistungserbringung	4
5.	Grundsätze der Abgabe von Hilfsmitteln	5
6.	Umfang der Leistung	6
7.	Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren	6
8.	Instandhaltung und Instandsetzung	7
9.	Gesetzliche Zuzahlung	8
10.	Eigenanteil	9
11.	Aufzahlungen	9
12.	Gewährleistung	9
13.	Garantie	9
14.	Grundsätze der Vergütung	10
15.	Allgemeine Abrechnungsgrundsätze	10
16.	Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit	12
17.	Insolvenz	13
18.	Qualitätssicherung	13
19.	Datenschutz, Schweigepflicht	13
Teil II	Besondere Bestimmungen	
1.	Präambel	15
2.	Geltungsbereich	15
3.	Voraussetzung zur Leistungserbringung	16
4.	Grundsätze der Leistungserbringung	17
5.	Grundsätze der Abgabe von Hilfsmitteln	17
6.	Umfang der Leistung	18
7.	Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren	20
8.	Instandhaltung und Instandsetzung	20
9.	Gesetzliche Zuzahlung	20
10.	Eigenanteil	20
11.	Aufzahlungen	21
12.	Gewährleistung	21
13.	Garantie	21
14.	Grundsätze der Vergütung	21
15.	Allgemeine Abrechnungsgrundsätze	21
16.	Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit	22
17.	Insolvenz	22
18.	Qualitätssicherung	22
19.	Datenschutz, Schweigepflicht	22
20.	Formvereinbarung	22
21.	Salvatorische Klausel	22
22.	Verstöße gegen diese Bestimmungen	23
23.	Inkrafttreten, Dauer und Kündigung	24
Anlage 1	Produkte/Richtmengen/Vertragspreise	25
Anlage 2	Mehrbedarfsbegründung	29
Anlage 3	Nachweis zur Einweisung und Beratung	31
Anlage 4	Beitrittserklärung	33

Präambel

Änderungen und Ergänzungen im Rahmen des 1. Nachtrags sind Unterstreichungen gekennzeichnet. Bei Änderungen eines/r gesamten Paragraphen/Anlage ist nur die Überschrift unterstrichen. Streichungen sind nicht kenntlich gemacht, da sich diese Regelungen durch die Ergänzungen erübrigen.

Teil I

Allgemeine Bestimmungen

1. Gegenstand der Allgemeinen Bestimmungen

- 1.1. Die Allgemeinen Bestimmungen regeln die Grundsätze bei der Versorgung der Versicherten der AOK PLUS mit Hilfsmitteln einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen für den jeweiligen Einzelfall.
- 1.2. Darüber hinaus sind in den Allgemeinen Bestimmungen die Anforderungen an die grundsätzliche Eignung der Leistungserbringer, Vergütungs- und Abrechnungsgrundsätze sowie sonstige Bestimmungen zur Abgabe von Hilfsmitteln an die Versicherten der AOK PLUS festgelegt.

2. Geltungsbereich

- 2.1. Die Versorgung durch den Leistungserbringer erstreckt sich auf die Versicherten der AOK PLUS.
- 2.2. Die Regelungen der Allgemeinen Bestimmungen sind grundsätzlich bei allen Versorgungen zu beachten.

3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung

- 3.1. Leistungserbringer sind nur zur Abgabe von Hilfsmitteln befugt, wenn sie die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V erfüllen. Für die Beurteilung der Voraussetzungen nach Satz 1 gelten die „Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ gemäß § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- 3.2. Die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. der Allgemeinen Bestimmungen sind von jedem Leistungserbringer vor Abschluss eines Einzelvertrages nachzuweisen und während der gesamten Vertragslaufzeit sicherzustellen.
- 3.3. Die AOK PLUS geht von der Erfüllung der Voraussetzungen aus, wenn eine Bestätigung einer geeigneten Stelle nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V vorliegt. Die Bestätigung allein berechtigt nicht zur Leistungserbringung.

- 3.4. Sämtliche, die Eignung betreffende Umstände und Änderungen (z. B. Wechsel des fachlichen Leiters, Verlegung der Betriebsstätte) sind der AOK PLUS unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- 3.5. Die Ausführung der Leistung ist nur gestattet, wenn der Leistungserbringer sachlich, fachlich und räumlich dazu geeignet ist. Anderenfalls besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS.
- 3.6. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung über folgende angemessene Versicherungssummen je Versicherungsfall
- mind. 2.000.000 EUR bei Personenschäden und
 - mind. 500.000 EUR bei Sachschäden

abzuschließen und zu halten. Auf Verlangen der AOK PLUS ist das Bestehen dieser Betriebshaftpflichtversicherung nachzuweisen.

4. Grundsätze der Leistungserbringung

- 4.1. Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dabei ist sicherzustellen, dass handwerklich individuell zu fertigende Leistungen sowie Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen nur von Fachpersonal erbracht werden.
- 4.2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, unter Beachtung der Vorschriften der §§ 2, 12 SGB V und 4 Abs. 3, 29 Abs. 1 SGB XI die Versicherten qualitätsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich mit Hilfsmitteln zu versorgen.
- 4.3. Die Auswahl und ggf. die Anzahl der Hilfsmittel richtet sich nach dem medizinisch bzw. pflegerisch indizierten Bedarf. Bei der Auswahlentscheidung zur Versorgung der Hilfsmittel soll den Wünschen des Versicherten entsprochen werden, soweit diese das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten und angemessen sind.
- 4.4. Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nach den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V i. V. m. § 78 Abs. 2 SGB XI und unter Beachtung der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung.
- 4.5. Unabhängig von der Versorgungsform übernimmt der Leistungserbringer alle Verpflichtungen, die sich für die Versorgung mit Hilfsmitteln insbesondere aus dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibVO) sowie den weiterführenden Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung ergeben.
- 4.6. Hilfsmittel sind gegebenenfalls nach Maßgabe der Vorschriften des MPG zu kennzeichnen. Darüber hinaus sind Sonderanfertigungen dauerhaft und lesbar mit Angabe des Monats und des Jahres der Abgabe zu kennzeichnen.

- 4.7. Privatrechtliche Vereinbarungen zur Kostentragung durch den Versicherten sind nur zulässig:
- vor einer Entscheidung der AOK PLUS über die Kostenübernahme, nachdem der Versicherte über eine mögliche Ablehnung der Kosten aufgeklärt wurde und auf einer umgehenden Versorgung besteht,
 - nach erfolgter und dem Versicherten bekannt gewordener Ablehnung der Kostenübernahme durch die AOK PLUS.

Die Regelungen des § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V bleiben unberührt.

5. Grundsätze der Abgabe von Hilfsmitteln

- 5.1. Leistungen dürfen grundsätzlich nur auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden, die die AOK PLUS als Kostenträger ausweist. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar, sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- 5.2. In Ausnahmefällen ist eine Klinikempfehlung (Hilfsmittlempfehlung eines Krankenhausarztes) ausreichend, sofern das Hilfsmittel während einer stationären Behandlung aus medizinisch-therapeutischen Gründen erforderlich ist und nach Entlassung des Versicherten eine unverzügliche Versorgung im häuslichen Bereich sichergestellt werden muss und die empfohlenen Hilfsmittel nicht bereits mit der Vergütung der Krankenhausleistung abgegolten sind.
- 5.3. Der Leistungserbringer hat darauf hinzuwirken, dass die Verordnung bzw. Klinikempfehlung und Pflegehilfsmittel auf separaten vertragsärztlichen Verordnungen bzw. Klinikempfehlungen erfolgt.
- 5.4. Die Verordnung bzw. Klinikempfehlung muss jeweils zeitlich vor bzw. auf den Tag der Abgabe des Hilfsmittels datiert sein.
- 5.5. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung bzw. Klinikempfehlung aufgenommen, verliert diese ihre Gültigkeit. Wenn der Antrag auf Genehmigung innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK PLUS eingeht, gilt die Frist als gewahrt.
- 5.6. Vom Leistungserbringer vorgenommene oder veranlasste Änderungen oder Ergänzungen auf einer vertragsärztlichen Verordnung sind nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen.
- 5.7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Versicherten persönlich oder gegebenenfalls von einem Angehörigen bzw. einer betreuenden Person den Empfang der Leistungen unter Angabe des Datums bestätigen zu lassen. Liegt eine vertragsärztliche Verordnung vor, kann die Bestätigung auf der Rückseite erfolgen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig. Ohne Empfangsbestätigung (einschließlich Datum) kann keine Abrechnung erfolgen.

6. Umfang der Leistung

- 6.1. Die Leistungen haben der vertragsärztlichen Verordnung, der Klinikempfehlung bzw. dem genehmigten Kostenvoranschlag zu entsprechen.
- 6.2. Vor Anpassung und Abgabe eines Hilfsmittels ist der Versicherte und gegebenenfalls ein Angehöriger bzw. eine betreuende Person umfassend durch den Leistungserbringer zu beraten. Der Leistungserbringer hat in den bestimmungsgemäßen Gebrauch des abgegebenen Hilfsmittels insbesondere nach den spezifischen Herstellervorgaben einzuweisen. Sofern erforderlich, erfolgt die Versorgung des Versicherten mit verordneten Hilfsmitteln einschließlich der Beratung im Haushalt des Versicherten. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Mehraufwendungen werden grundsätzlich nicht vergütet.
- 6.3. Individuell angefertigte Maßartikel dürfen nur dann abgegeben werden, wenn die Versorgung nicht über ein Serien-/modulares Produkt (Konfektion oder Maßkonfektion) abgedeckt werden kann.
- 6.4. Die Ausführung der angenommenen Verordnung/Klinikempfehlung erfolgt bei Versorgung mit konfektionierten Hilfsmitteln grundsätzlich binnen vier Wochen und bei individuell hergestellten Hilfsmitteln bzw. Instandsetzungen binnen acht Wochen nach Auftragserteilung. Diese Fristen gelten nicht für Hilfsmittel, die der Versicherte aus medizinischen Gründen früher oder unverzüglich benötigt. Überschreitungen der Fristen sind vom Leistungserbringer zu begründen.
- 6.5. Werden individuell angefertigte Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, ist dieser vom Leistungserbringer dreimal schriftlich im Zeitraum von zwölf Wochen zur Abholung aufzufordern. Wird das Hilfsmittel dann nicht abgeholt, verbleibt es beim Leistungserbringer und ist auf Abruf drei Monate ab Rechnungslegung gegenüber der AOK PLUS bereitzuhalten. Die AOK PLUS behält sich vor, die Ursachen zu klären. Nicht erstattungsfähig ist der durch den Versicherten zu leistende Eigenanteil.

7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren

- 7.1. Die Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf grundsätzlich eines vorherigen Antrags auf Versorgung (Genehmigung) durch die AOK PLUS.
- 7.2. Abweichend von Ziffer 7.1. der Allgemeinen Bestimmungen entfällt die Genehmigungspflicht bei Hilfsmitteln, deren Abgabepreis je verordnetes Hilfsmittel 160,00 EUR (inkl. MwSt.) nicht überschreitet.
- 7.3. Maßnahmen zur Instandhaltung oder Instandsetzung nach Ziffer 8. der Allgemeinen Bestimmungen können bis zu einer Höhe von 250,00 EUR (inkl. MwSt.) ohne Genehmigung durch die AOK PLUS unter folgenden Voraussetzungen durchgeführt werden:
- Instandhaltungsmaßnahmen bei Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung des Versicherten,
 - Instandsetzungsmaßnahmen bei Vorliegen eines schriftlich dokumentierten, vom Versicherten erteilten Auftrages (Instandsetzungs-/Reparaturschein).

- 7.4. Die AOK PLUS kann jederzeit sowohl die Genehmigungsfreigrenzen als auch die Regelungen über die Genehmigungspflicht verändern. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer bzw. den Leistungserbringerverbänden oder -organisationen mitzuteilen. Wird der Vertrag mit Leistungserbringerverbänden oder -organisationen geschlossen, informieren diese ihre Mitglieder.
- 7.5. Vor einer Auftragserteilung in Form der Genehmigung durch die AOK PLUS ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten oder der AOK PLUS zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet.
- 7.6. Der Kostenvoranschlag hat mindestens folgende Angaben zu enthalten:
- Name, Vorname, Adresse und KV-Nummer des Versicherten,
 - Bezeichnung und Menge der/s Artikel/s,
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. bei noch nicht gelisteten Hilfsmitteln die 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer und wenn bekannt, die kassenspezifische Positionsnummer,
 - Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers,
 - gegebenenfalls Materialaufwand, Arbeitszeiten und Stundensätze und deren Erläuterungen,
 - gegebenenfalls Mietzeitraum bzw. Versorgungszeitraum,
 - gegebenenfalls abzusetzender Eigenanteil und gesetzliche Zuzahlung,
 - Nettopreis,
 - Mehrwertsteuer,
 - Bruttopreis,
 - Abrechnungscode/Tarifkennzeichen/Verwendungskennzeichen.
- 7.7. Zur Genehmigung sind die vertragsärztliche Verordnung grundsätzlich im Original und der Kostenvoranschlag bei der AOK PLUS vorzulegen. In Ausnahmefällen, insbesondere bei Dringlichkeit, kann der Kostenvoranschlag und die Verordnung auch per Telefax zur Genehmigung eingereicht werden. Die AOK PLUS prüft im Genehmigungsverfahren den Leistungsanspruch des Versicherten sowie Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung. Die AOK PLUS kann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für die Begutachtung heranziehen.
- 7.8. Kostenvoranschläge, auch in elektronischer Form, sind kostenlos durch den Leistungserbringer oder beauftragte Dritte zu erstellen. Anfragen der AOK PLUS zu verordneten Leistungen sind vom Leistungserbringer unentgeltlich, unverzüglich und vollständig zu beantworten.
- 7.9. Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der Verordnung besteht bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln erst ab Genehmigung (Auftragserteilung) durch die AOK PLUS.

8. Instandhaltung und Instandsetzung

- 8.1. Instandhaltungsmaßnahmen nach diesen Bestimmungen sind erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen und Wartungen, insbesondere nach Herstellervorgaben. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen.

- 8.2. Soweit der Leistungserbringer bei der Versorgung Eigentümer des Hilfsmittels bleibt und die Überlassung des Hilfsmittels in gebrauchsfähigem Zustand schuldet, können Kosten für die Instandhaltung und Instandsetzung nicht geltend gemacht werden.
- 8.3. Die Maßnahmen zur Instandhaltung und Instandsetzung müssen vom Leistungserbringer selbst durchgeführt werden, soweit dies ihm rechtlich und tatsächlich möglich ist.
- 8.4. Instandsetzungen erfolgen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V). Unwirtschaftlich ist eine Instandsetzung, wenn deren Kosten im Vergleich zu den Kosten einer Neuversorgung unverhältnismäßig sind. Regelmäßig ist dies der Fall, wenn die Instandsetzungskosten mehr als 60 v. H. der Kosten für eine Neuversorgung (inkl. MwSt.) betragen.
- 8.5. Die AOK PLUS ist berechtigt, die Erforderlichkeit der Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen bei Bedarf zu prüfen. Maßnahmen zur Instandhaltung können grundsätzlich nur nach den Vorgaben der MPBetreibVO vorgenommen werden, es sei denn, der Hersteller sieht kürzere Wartungsintervalle vor.
- 8.6. Bei Instandsetzungen ist der Instandsetzungs-/Reparaturschein vollständig auszufüllen und vom Leistungserbringer sowie vom Versicherten oder gegebenenfalls einem Angehörigen bzw. einer betreuenden Personen zu unterzeichnen und der Rechnung beizufügen.
- 8.7. Werden bei Instandsetzungen nach dem MPG gekennzeichnete Teile von Hilfsmitteln ersetzt, ist die Kennzeichnung zu übertragen.
- 8.8. Können Instandsetzungen nicht sofort ausgeführt werden, stellt der Leistungserbringer - soweit erforderlich - für die Dauer der Reparatur ein in der Funktion mindestens gleichwertiges Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand kostenlos zur Verfügung.

9. Gesetzliche Zuzahlung

- 9.1. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Leistungsinanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung zu informieren.
- 9.2. Die gesetzliche Zuzahlung ist gemäß den § 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V zum Zeitpunkt der Hilfsmittelabgabe vom Leistungserbringer einzuziehen. Ein vom Versicherten zu leistender Eigenanteil nach Ziffer 10 der Allgemeinen Bestimmungen ist vor der Berechnung der Zuzahlung abzuziehen.
- 9.3. Die gesetzliche Zuzahlung ist dem Versicherten kostenlos zu quittieren. Die Quittung soll die gesetzliche Zuzahlung für jedes Hilfsmittel separat ausweisen und hat folgende Mindestangaben zu enthalten:
 - Name, Vorname des Versicherten,
 - Benennung des Kostenträgers,
 - Bezeichnung des jeweiligen Hilfsmittels,
 - Zuzahlungsbetrag,
 - Zeitraum (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln),
 - Anzahl oder Abgabe-Einheit (z. B. „Paar“),

- Abgabepreis,
- Datum,
- Stempel und Unterschrift oder bei maschinell erstellten Quittungen Name und Anschrift des Leistungserbringers.

10. Eigenanteil

- 10.1. Der Leistungserbringer hat den Versicherten bei der Abgabe von Hilfsmitteln, die einen Gebrauchsgegenstand beinhalten oder ersetzen, vor Leistungsinanspruchnahme über den zu leistenden Eigenanteil zu informieren.
- 10.2. Der Eigenanteil ist nach den „Eigenanteils- und Zuschussempfehlungen bei Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Anhang II des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln vom 18. Dezember 2007 in der Fassung vom 2. Mai 2011) in der jeweils gültigen Fassung vom Leistungserbringer einzuziehen.

11. Aufzahlungen

- 11.1. Wählt der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Krankenkasse hinausgehen, hat er nach § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V die Mehrkosten (Aufzahlung) selbst zu tragen. Dies betrifft auch dadurch bedingte höhere Folgekosten, wie z. B. Zubehör, Folgeleistungen und Reparaturen.
- 11.2. Über die Höhe der Aufzahlung informiert der Leistungserbringer den Versicherten vor der Versorgung. Stimmt der Versicherte der Aufzahlung zu, sollte dies mittels Unterschrift des Versicherten dokumentiert werden.

12. Gewährleistung

- 12.1. Es gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Gewährleistungspflicht.
- 12.2. Soweit der Leistungserbringer bei Versorgung Eigentümer des Hilfsmittels bleibt und dem Versicherten das überlassene Hilfsmittel in einem der Zielsetzung der Verordnung/Klinikempfehlung folgenden gebrauchsfähigen Zustand zur Verfügung stellt, hat er dieses während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- 12.3. Entzieht sich der Leistungserbringer der Mängelfeststellung oder der Beseitigung des Mangels, ist die Verjährung so lange gehemmt.

13. Garantie

- 13.1. Soweit dem Leistungserbringer vom Hersteller eine Garantie gewährt wurde, ist die AOK PLUS im Garantiefall nicht zur Leistung verpflichtet.

- 13.2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK PLUS auf Anfrage über das Bestehen einer Garantie zu informieren und bei Bedarf die Garantieurkunde des Herstellers oder einen anderen Nachweis der Garantieübernahme durch den Hersteller vorzulegen.
- 13.3. Die Gewährleistungsrechte bleiben hiervon unberührt.

14. Grundsätze der Vergütung

- 14.1. Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst oder von geeignetem Fachpersonal laut diesem Vertrag erbracht wurden.
- 14.2. Alle im Zusammenhang mit der Abgabe des Hilfsmittels notwendigen Dienst- und Serviceleistungen einschließlich der im Zusammenhang mit der Beschaffung stehenden Aufwendungen sind mit der für das Hilfsmittel zu zahlenden Vergütung abgegolten. Insbesondere Telefon- und Portokosten können weder bei der AOK PLUS noch beim Versicherten geltend gemacht werden.
- 14.3. Soweit ein genehmigungspflichtiges Hilfsmittel abgegeben wird, richtet sich die Höhe der Vergütung nach dem genehmigten Kostenvoranschlag.
- 14.4. Sofern vom Versicherten eine gesetzliche Zuzahlung und/oder ein Eigenanteil zu leisten ist, verringert sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK PLUS um diesen Betrag (§ 33 Abs. 8 SGB V).
- 14.5. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK PLUS entsteht erst mit Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Des Weiteren gilt Ziffer 14.6. der Allgemeinen Bestimmungen.
- 14.6. Können Hilfsmittel wegen Nichtabholung (Ziffer 6.4. der Allgemeinen Bestimmungen) oder Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Leistungserbringer grundsätzlich kein Anspruch auf Vergütung. Der Leistungserbringer ist gegebenenfalls zur Rücknahme des Hilfsmittels verpflichtet. Ein Vergütungsanspruch besteht nur für Hilfsmittel oder die Teile von Hilfsmitteln, die individuell an den Versicherten angepasst bzw. für ihn gefertigt wurden. Voraussetzung für den Vergütungsanspruch ist, dass ein Leistungsanspruch des Versicherten bestand.

15. Allgemeine Abrechnungsgrundsätze

- 15.1. Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form einer Sammelrechnung.
- 15.2. Leistungen, die für unterschiedliche Kostenträger (Kranken-/Pflegeversicherung) erbracht werden, müssen mit getrennten Rechnungen und gegenüber dem jeweils zuständigen Kostenträger abgerechnet werden.
- 15.3. Für die Form und den Inhalt der Abrechnung gelten die Richtlinien und die Technischen Anlagen zum elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) gemäß § 302 Abs. 2 SGB V (erstmalig veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 112 vom 20. Juni 1996) in der jeweils geltenden Fassung i. V. m. § 105 Abs. 2 SGB XI. Insbesondere muss aus der

Abrechnung die 10stellige Hilfsmittelpositionsnummer hervorgehen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist darüber hinaus die Angabe des Leistungszeitraums erforderlich.

- 15.4. Die Abrechnung erfolgt zentral über die Datenannahmestellen der AOK PLUS unter da@dt.aok.de. Die Rechnungen sind bis auf Widerruf an die jeweils zutreffenden Adressen zu richten:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Thüringen
Datenannahme- und Verteilstelle (DAV)
Postfach 367
98503 Suhl

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Sachsen
Abteilung Anwendungsmanagement
und -support
01067 Dresden.

- 15.5. Ist die Datenübermittlung maschinell nicht verwertbar und hat der Leistungserbringer dies zu vertreten, stellt die AOK PLUS dem betroffenen Leistungserbringer die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten durch eine pauschale Kürzung in Rechnung (§ 303 Abs. 3 SGB V). Die Rechnung wird in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages gekürzt und der Leistungserbringer schriftlich darüber informiert. Die Aufbereitung der Papierrechnung durch den Leistungserbringer muss in diesen Fällen der Struktur eines DTA-Datensatzes entsprechen.

- 15.6. Als rechnungsbegründende Unterlagen sind grundsätzlich im Original einzureichen:

- vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung einschließlich Empfangsbestätigung des Versicherten oder gegebenenfalls des Angehörigen bzw. einer betreuenden Person,
- gegebenenfalls genehmigter Kostenvoranschlag,
- bei Instandsetzung: Instandsetzungs-/Reparaturschein, bei gegebenenfalls notwendiger Fremdreparatur die Rechnung des Herstellers
- bei individuell gefertigten und nicht abgeholten Hilfsmitteln (Ziffer 6.4. der Allgemeinen Bestimmungen) Kopie der Aufforderungsschreiben zur Abholung an den Versicherten.

- 15.7. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Ziffer 15.6. der Allgemeinen Bestimmungen sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung bei der jeweils zuständigen Stelle der AOK PLUS einzureichen:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Thüringen
Bereich Hilfsmittel
FB Rechnungsprüfung
Postfach 369
98503 Suhl

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Sachsen
Bereich Hilfsmittel
FB Rechnungsprüfung
04087 Leipzig.

- 15.8. Die Vergütung des Leistungserbringers wird 28 Tage nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen fällig. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

- 15.9. Zahlungen erfolgen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die AOK PLUS. Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die AOK PLUS die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer zurückgeben bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen.
- 15.10. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Dritten (z. B. Abrechnungsstelle, Insolvenzverwalter), so hat er die AOK PLUS schriftlich darüber zu informieren. Der AOK PLUS ist insbesondere der Name des Dritten sowie der Beginn und das Ende der Abrechnungsübertragung mitzuteilen. Weiterhin ist mitzuteilen, ob die Forderung an den Dritten als neuen Forderungsinhaber abgetreten ist oder der Dritte lediglich mit dem Forderungseinzug betraut ist, ohne selbst Forderungsinhaber zu sein. Die AOK PLUS kann abweichend von § 406 2. HS BGB trotz Kenntnis von der Abtretung gegenüber dem Dritten mit eigenen oder auf sie übergegangenen Forderungen (die gegenüber dem Leistungserbringer bestehen) aufrechnen, sofern der Dritte Forderungsinhaber ist. Eine entsprechende Aufrechnungserklärung wirkt dann auch gegenüber dem Leistungserbringer. Zahlungen der AOK PLUS an diesen Dritten haben schuldbefreiende Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem Dritten und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- 15.11. Das Ende der Abrechnungsübertragung und der Abtretung ist der AOK PLUS durch den Dritten schriftlich mitzuteilen. Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass mit dem der AOK PLUS mitgeteilten Ende der Abrechnungsübertragung keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung des der AOK PLUS gemeldeten Dritten mehr besteht. Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die AOK PLUS mit schuldbefreiender Wirkung an den Dritten.
- 15.12. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels nicht mehr geltend gemacht werden.
- 15.13. Stellt sich nach Begleichung der Rechnung heraus, dass die AOK PLUS nicht oder nur teilweise zur Zahlung verpflichtet war, kann sie die bereits geleistete Vergütung vom Leistungserbringer zurückfordern oder aufrechnen. Vom Leistungserbringer zurückgeforderte Beträge sind sofort fällig.

16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit

- 16.1. Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Information abzustellen. Werbemaßnahmen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK PLUS beziehen. Die Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.
- 16.2. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeitern mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, ist nicht zulässig.
- 16.3. Leistungserbringer dürfen Ärzte (Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen) bzw. deren Mitarbeiter nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versor-

gung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Ärzten erbracht werden.

- 16.4. Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen ist grundsätzlich unzulässig.
- 16.5. Es gelten die von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft der Bundes-/Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen) und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) im „Kodex Medizinprodukte“ in der jeweils geltenden Fassung verankerten Verhaltensregeln.
- 16.6. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 128 SGB V.

17. Insolvenz

- 17.1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK PLUS die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOK PLUS unverzüglich zu informieren.
- 17.2. Leistungserbringer, die als Eigentümer des Hilfsmittels die Versorgung auf Miet- oder Pauschalbasis durchführen, haben der AOK PLUS im Falle der Insolvenz die laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

18. Qualitätssicherung

- 18.1. Die AOK PLUS hat das Recht, die Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. der Allgemeinen Bestimmungen in den Betriebsstätten des Leistungserbringers während der Betriebs- und Geschäftszeiten zu überprüfen.
- 18.2. Die AOK PLUS ist berechtigt, insbesondere bei Verdacht auf Qualitätsmängel, die erbrachten und geschuldeten Leistungen sowie die Abläufe von Versorgungsvorgängen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Insbesondere kann sie für fachliche Prüfungen geeignetes Fachpersonal (z. B. den MDK, öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige) beauftragen.

19. Datenschutz, Schweigepflicht

- 19.1. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V und § 104 SGB XI genannten Zwecke zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden.

- 19.2. Die AOK PLUS, der Leistungserbringer bzw. der nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen mit der Abrechnung beauftragte Dritte verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der personenbezogenen Daten (SGB X, BDSG) zu beachten.
- 19.3. Der Leistungserbringer sowie der von ihm nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen mit der Abrechnung beauftragte Dritte unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen medizinischer Daten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der zur Leistung verpflichteten AOK PLUS und dem MDK, soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.
- 19.4. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit und die für sie maßgebenden Datenschutzbestimmungen schriftlich zu belehren und deren Einhaltung in geeigneter Weise sicherzustellen und zu überwachen.
- 19.5. Sofern die Rechnungslegung nach Ziffer 15.10. der Allgemeinen Bestimmungen einem Dritten übertragen werden soll, ist dieser durch den Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzrechts auszuwählen. Der Auftrag ist schriftlich zu erteilen, insbesondere sind entsprechend § 11 Satz 2 Nr. 1 bis 10 BDSG Regelungen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffen.
- 19.6. Der Leistungserbringer unterrichtet die AOK PLUS unverzüglich bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und/oder -nutzung oder bei gravierenden Störungen des Verarbeitungsablaufes.
- 19.7. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 35, 37 SGB I sowie der §§ 67 bis 85 a SGB X.

Teil II

Besondere Bestimmungen

1. Präambel

- 1.1. Die vorliegenden Besonderen Bestimmungen regeln die speziellen Erfordernisse für die Versorgung der Versicherten der AOK PLUS mit ableitenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V (nachfolgend Hilfsmittel genannt) einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- 1.2. Dieser Vertrag wird als Einzelvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringer geschlossen.
- 1.3. Mit Verbänden wird dieser Vertrag als Verbandsvertrag geschlossen.
- 1.4. Für Mitglieder der Verbände und sonstiger Zusammenschlüsse besteht die Möglichkeit, durch einen Beitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V einen gesondert kündbaren Einzelvertrag mit dem Inhalt des Verbandsvertrages zu schließen.
- 1.5. Andere Leistungserbringer, die nicht Mitglied dieser Verbände/Zusammenschlüsse sind und keinen Einzelvertrag nach Ziffer 1.2. der Besonderen Bestimmungen schließen, haben die Möglichkeit, durch einen Beitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V einen gesondert kündbaren Einzelvertrag mit dem Inhalt dieses Vertrages zu schließen.
- 1.6. Für einen Vertragsabschluss nach Ziffer 1.2. bis Ziffer 1.5. der Besonderen Bestimmungen ist Voraussetzung, dass die Leistungserbringer die fachlichen Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. der Besonderen Bestimmungen in Verbindung mit § 126 Abs. 1 S. 2, 3 SGB V vor Vertragsabschluss nachweisen.
- 1.7. Die Anlagen:

Anlage 1 – Produkte/Richtmengen/Preise,
Anlage 2 – Mehrbedarfsbegründung,
Anlage 3 – Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten

sind Bestandteil dieses Vertrages.

2. Geltungsbereich

Sollten zwischen den Allgemeinen und den Besonderen Bestimmungen Widersprüche bestehen, gehen die Besonderen Bestimmungen den Allgemeinen Bestimmungen vor.

3. Voraussetzungen zur Leistungserbringung

3.1. Versorgung mit Dauerkathetern bzw. Urinalkondomen

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung von Versicherten mit Dauerkathetern oder Urinalkondomen setzt der Leistungserbringer zur persönlichen hilfsmittelbezogenen Beratung nur Mitarbeiter/innen ein, die jeweils eine der folgenden Qualifikationen erfüllen:

- a) staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in mit ausreichenden Kenntnissen und Fertigkeiten zur Versorgung von Patienten mit ableitenden Inkontinenzhilfen.
- b) Medizinprodukteberater mit jeweils mindestens zweijähriger berufspraktischer Erfahrung nach Abschluss der Weiterbildung in der Anwendung von ableitenden Inkontinenzhilfen (Erst- und Folgeversorgungen) und spezieller Fort- und Weiterbildung in der Inkontinenzversorgung und -therapie sowie ausreichenden Kenntnisse und Fertigkeiten zur Versorgung von Patienten mit ableitenden Inkontinenzhilfen.

3.2. Versorgung mit Einmalkathetern zum intermittierenden Selbst- oder Fremdkatheterismus (ISK) sowie mit Dauerkathetern bzw. Urinalkondomen

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung von Versicherten mit Einmalkathetern zum ISK sowie mit Dauerkathetern bzw. Urinalkondomen setzt der Leistungserbringer zur persönlichen hilfsmittelbezogenen Beratung nur Mitarbeiter/innen ein, die jeweils eine der folgenden Qualifikationen erfüllen:

- a) staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in mit Weiterbildung als Pflegeexperte/in Stoma, Inkontinenz, Wunde mit einem vom DVET (Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.) anerkannten Abschluss,
- b) staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in und mit jeweils mindestens zweijähriger berufspraktischer Erfahrung nach Abschluss der Ausbildung in der Anwendung von ableitenden Inkontinenzhilfen (Erst- und Folgeversorgungen) und einer jährlichen umfassenden Weiterbildung auf dem Gebiet der Inkontinenzversorgung und -therapie.

3.3. Die jeweiligen Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. und 3.2. der Besonderen Bestimmungen sind für mindestens zwei Mitarbeiter/innen in Vollzeitbeschäftigung¹ vor Vertragsbeginn mit folgenden Unterlagen nachzuweisen:

- Kopien der aktuellen Arbeitsverträge² oder bestätigte Anstellungsnachweise³,
- Kopien der Berufsabschlusszeugnisse und Zertifikate (MPG-Berater, Pflegeexperte),

¹ Minimum 30 Wochenarbeitsstunden.

² Der Nachweis der beruflichen Praxis sowie der Anstellung beim Leistungserbringer sollte durch Arbeitsverträge erfolgen, in denen aus Datenschutzgründen die nicht relevanten Inhalte (z. B. Höhe des Arbeitslohnes, Urlaubsanspruch) geschwärzt sind.

³ Die Anstellungsnachweise müssen mindestens Angaben zum Beginn der Tätigkeit, der beruflichen Praxis und zur vereinbarten Wochenarbeitszeit enthalten.

- mindestens ein aktuelles Weiterbildungs-/Schulungszertifikate zur Versorgung mit Produkten zur ableitenden Inkontinenzversorgung (nicht älter als ein Jahr, bezogen auf den Vertragsbeginn).
- 3.4. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit der Versorgung betrauten Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse ihres Arbeitsgebietes zu halten. Auf Nachfragen sind der AOK PLUS die entsprechenden Nachweise vorzulegen.
- 3.5. Der Leistungserbringer hat die fachlichen Voraussetzungen (Ziffern 3.1. bis 3.2. der Besonderen Bestimmungen) für die gesamte Vertragslaufzeit sicherzustellen. Personelle Änderungen, welche die Sicherstellung der fachlichen Voraussetzungen nach Ziffer 3.1. bis 3.2. der Besonderen Bestimmungen in Frage stellen, sind der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. In Absprache mit der AOK PLUS ist eine zeitnahe Wiederherstellung der fachlichen Voraussetzungen zu gewährleisten.
- 3.6. Um eine ordnungsgemäße Lagerung und Abgabe der Hilfsmittel zu ermöglichen, verfügt der Leistungserbringer über ausreichende und geeignete Räumlichkeiten, die mindestens die räumlichen und sachlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 erfüllen.

4. Grundsätze der Leistungserbringung

- 4.1. Der Leistungserbringer versorgt den Versicherten entsprechend den Vorgaben der vertragsärztlichen Verordnungen bzw. Klinikempfehlung gemäß Ziffer 5.2. der Allgemeinen Bestimmungen mit Hilfsmitteln.
- 4.2. Bei der Auswahlentscheidung zur Versorgung der verordneten Hilfsmittel ist die bisherige Versorgung zu berücksichtigen.
- 4.3. Bei der Versorgung sind die in Anlage 1 aufgeführten Mengenrichtwerte zu berücksichtigen. Der individuelle Verbrauch des einzelnen Versicherten kann davon abweichen. Sollte es bei Versorgungsmaßnahmen aus medizinisch indizierten Gründen zu einer Überschreitung der angegebenen Richtwerte kommen, ist der Mehrbedarf auf der Verordnung bzw. auf der Anlage 2 (Mehrbedarfsbegründung) nachvollziehbar zu begründen. Bei diesen Versorgungsmaßnahmen bedarf es einer vorherigen Genehmigung durch die AOK PLUS.
- 4.4. In Abhängigkeit seines Leistungsspektrums darf der Leistungserbringer keine Versorgung ablehnen.

5. Grundsätze der Abgabe von Hilfsmitteln

- 5.1. Die Verordnung gilt grundsätzlich für den vom Arzt angegebenen Versorgungszeitraum, jedoch maximal für drei Monate.
- 5.2. Der Leistungserbringer hat darauf hinzuwirken, dass der Arzt den Versorgungszeitraum auf der ärztlichen Verordnung angibt. Sofern der Arzt den Versorgungszeitraum

nicht oder nur unvollständig anführt, ist dieser beim Arzt zu erfragen, auf der Rückseite der Verordnung zu ergänzen und vom Leistungserbringer abzuzeichnen. Der Versorgungszeitraum sollte volle Kalendermonate umfassen.

6. Umfang der Leistung

- 6.1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Sicherstellung der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 1 genannten Inkontinenzhilfen und der damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dabei sind die AWMF-Leitlinien zur Harndrainage und zum intermittierenden Katheterismus (Nr. 029/007 und 043/043) entsprechend zu beachten.
- 6.2. Allgemeine Dienst- und Serviceleistungen
 - 6.2.1. Der Leistungserbringer stellt im Rahmen der Versorgung die regelmäßige Beratung, Einweisung, Schulung und Betreuung des Versicherten/des Pflegepersonals sicher. Hierbei ist dem individuellen Krankheitsbild des Versicherten sowie dem Beratungsbedarf der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung zu tragen.
 - 6.2.2. Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine gleichgeschlechtliche persönliche Beratung, ist diesem Wunsch Folge zu leisten.
 - 6.2.3. Treten während der Versorgung gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung auf oder bestehen Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer Versorgung nach diesem Vertrag, so informiert der Leistungserbringer den behandelnden Arzt unverzüglich.
 - 6.2.4. Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr sicher. Dem Versicherten oder dessen Betreuungs- bzw. Pflegeperson wird die Servicenummer durch den Leistungserbringer bekannt gegeben.
- 6.3. Besondere Dienst- und Serviceleistungen für Versicherte mit folgenden Versorgungsformen: Urinalkondom, Einmalkatheter zum ISK, Nierenfistelkatheter, Pouch
 - 6.3.1. Zur qualifizierten Versorgung von Versicherten mit Einmalkathetern zum ISK gehört mindestens ein Hausbesuch. Die hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt mit dem Einverständnis des Versicherten. Der erste Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Versicherten erfolgt unmittelbar mit Beginn der Versorgung. Die Häufigkeit der weiteren Besuche richtet sich nach dem Krankheitsbild und dem medizinischen Bedarf des Versicherten. Pro Kalenderjahr sind jedoch mindestens zwei Hausbesuche durchzuführen. Alternativ dazu kann jeweils auch eine telefonische Beratung erfolgen. Die Leistungsinhalte der Beratungsbesuche/-gespräche umfassen insbesondere:
 - Gespräch zur weiteren Versorgung mit dem Versicherten und ggf. mit der Betreuungs- bzw. Pflegepersonen,
 - Schulung des Versicherten und ggf. der Betreuungs- bzw. Pflegepersonen im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte sowie zu Pflege- und Hygienemaßnahmen,
 - Anleitung zur eigenständigen Versorgung,
 - Dokumentation von Komplikationen.

- 6.3.2. Im Rahmen der Erstversorgung bzw. bei Leistungserbringerwechsel ist die Anlage 3 (Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten) auszufüllen. Die Versicherten oder die Betreuungs- bzw. Pflegepersonen sind über die darin genannten leistungsrechtlichen Modalitäten zu informieren.
- 6.3.3. Folgeberatungen können, je nach dem Erfordernis des Einzelfalles, auch telefonisch vorgenommen werden. Dabei ist den Wünschen des Versicherten Rechnung zu tragen.
- 6.3.4. Der Leistungserbringer erstellt und pflegt während der gesamten Versorgungszeit eine Patientendokumentation. Diese verbleibt beim Leistungserbringer.
- 6.4. Lieferung der Hilfsmittel
- 6.4.1. Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der AOK PLUS erfolgt per Lieferung frei Haus in neutraler Verpackung. Erfüllungsort ist die vom Versicherten angegebene Anschrift. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Produkte sowie zum Versorgungszeitraum enthält. Für die Lieferung der Hilfsmittel kann der Leistungserbringer auch ein Versandunternehmen beauftragen.
- 6.4.2. Es ist nicht statthaft, dem Versicherten unangemessene Großhandelspackungen zur Verfügung zu stellen.
- 6.4.3. Nach Entlassung aus dem stationären Bereich bzw. nach Vorlage der ärztlichen Verordnung erfolgt eine taggleiche/unverzögliche Bereitstellung/Lieferung aller benötigten Hilfsmittel zum sofortigen Einsatz. Die Lieferungen sollen rechtzeitig, jedoch maximal vier Wochen vor Beginn des Versorgungszeitraumes erfolgen.
- 6.4.4. Der Leistungserbringer haftet für die Übergabe der Hilfsmittel an den Versicherten. Sind die Produkte nachweislich nicht zum Versicherten gelangt, gewährleistet der Leistungserbringer eine kostenfreie Nachlieferung bzw. ist die AOK PLUS gemäß Ziffer 15.13. der Allgemeinen Bestimmungen zur Rückforderung/Aufrechnung der Zahlung berechtigt.
- 6.4.5. Als Empfangsnachweis des Hilfsmittels durch den Versicherten kann auch der bestätigte Lieferschein gelten.
- 6.4.6. Die AOK PLUS akzeptiert als Empfangsnachweis der Hilfsmittel auch die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Abliefernachweises oder gleichwertiger Daten des beauftragten Versandunternehmens. Diese sind dann jeweils versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (txt-Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der Leistungserbringer ist dann verpflichtet, die Aufbewahrung des elektronischen Abliefernachweises bzw. den Zugriff auf die entsprechenden Daten mindestens zwölf Monate sicherzustellen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit Datum des Rechnungseinganges. Zur Durchführung stichprobenartiger Prüfungen sind der AOK PLUS die Lieferunterlagen (Kopie Abliefernachweis und Lieferschein oder Empfangsbestätigung des Versicherten) innerhalb von sieben Arbeitstagen nach Anforderung in digitalisierter Form per E-Mail zur Verfügung zu stellen. Die damit verbundenen Kosten trägt der Leistungserbringer. Werden diese Lieferunterlagen nicht vorgelegt, ist die AOK PLUS zur Absetzung dieser Forderung berechtigt.

6.5. Die Abholung und Entsorgung von nicht benötigten Hilfsmitteln ist nicht gesondert abrechnungsfähig.

6.6. Besonderheiten der Versorgung

6.6.1. Eine Vergütung suprapubischer Katheter nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen. Wird der Versicherte vom Arzt mit suprapubischen Kathetern versorgt, ist die Abgabe dieser Katheter Bestandteil der ärztlichen Behandlung und über Sachkosten bzw. Sprechstundenbedarf abzurechnen.

6.6.2. Erfolgt die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen im Zusammenhang mit einer Urostomaversorgung, sind die Inkontinenzhilfen im Rahmen der Stomaversorgung bereitzustellen und nicht gesondert abrechenbar.

7. Genehmigungspflicht/Genehmigungsverfahren

7.1. Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen verzichtet die AOK PLUS grundsätzlich bis auf Widerruf auf die Genehmigung der Versorgungen mit ableitenden Inkontinenzhilfen.

7.2. Abweichend davon unterliegen alle Versorgungen oberhalb der vertraglich vereinbarten monatlichen Versorgungsmengen gemäß Anlage 1 des Vertrages der Genehmigungspflicht.

7.3. Soweit ein Mehrbedarf besteht, ist dieser auf der Verordnung bzw. dem Formblatt „Mehrbedarfsbegründung“ (Anlage 2 des Vertrages) nachvollziehbar zu begründen. Diese Erläuterung ist mit dem Antrag auf Genehmigung der Versorgung bei der AOK PLUS einzureichen. Im Falle eines Leistungserbringerwechsels hat der neue Leistungserbringer erneut einen Antrag auf Genehmigung zu stellen.

7.4. Bei medizinisch indizierten Dauerversorgungen oberhalb der Regelversorgungsmenge kann die AOK PLUS im Ausnahmefall die Versorgung auch für einen längeren Zeitraum genehmigen. Die Versorgungssituation des Versicherten ist regelmäßig durch den Leistungserbringer zu prüfen. Sollte es zu einer weiteren Mengenausweitung kommen, ist eine neue Genehmigung bei der AOK PLUS einzuholen.

8. Instandhaltung und Instandsetzung

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

9. Gesetzliche Zuzahlung

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

10. Eigenanteil

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

11. Aufzahlungen

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

12. Gewährleistung

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

13. Garantie

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

14. Grundsätze der Vergütung

- 14.1. Die Vergütung der Leistungen im Sinne dieses Vertrages erfolgt je Versorgungsfall für jeden anspruchsberechtigten Versicherten gemäß der Anlage 1.
- 14.2. Mit der Vergütung sind alle mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden Kosten abgegolten.
- 14.3. Im Falle des Wechsels der Leistungserbringer sind diese verpflichtet, den Zeitpunkt des Wechsels untereinander sowie mit dem Versicherten abzustimmen. Die Anlage 3 ist nochmals von dem neuen Leistungserbringer auszufüllen und als rechnungsbe gründende Unterlage der ersten Abrechnung für den Versicherten beizufügen. Im Bemerkungsfeld dieser Anlage 3 ist der Zeitpunkt des Leistungserbringerwechsels anzugeben. Wurde ein Versicherter im gleichen Zeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, kann nur der bisher versorgende Leistungserbringer die bereits gelieferten Hilfsmittel zur Abrechnung bringen.

15. Spezielle Abrechnungsgrundsätze

- 15.1. Bei der Abrechnung nach dieser Vereinbarung sind ergänzend anzugeben:
 - Abrechnungscode (AC) 19,
 - Tarifikennzeichen (TK) 13F25 für Sachsen⁴ und 16F25 für Thüringen⁴,
 - Hilfsmittel-Positionsnummer,
 - Kennzeichen Hilfsmittel
 - 00 – Neulieferung
 - 04 – Nachlieferung, nur anzugeben, wenn das gleiche Hilfsmittel versorgt wird,
 - ggf. Sendungsverfolgungsnummer (txt-Segment auf der Positionsebene EHI),
 - Versorgungszeitraum,
 - ggf. Genehmigungskennzeichen, Datum der Genehmigung.

⁴ Das Unterscheidungsmerkmal ist die Kassenummer auf der ärztlichen Verordnung (für Sachsen: 7299005; für Thüringen: 5998018).

15.2. Als rechnungsbegründende Unterlagen sind im Original einzureichen:

- vertragsärztliche Verordnung bzw. Klinikempfehlung,
- Empfangsbestätigung/Lieferschein bzw. Sendungsverfolgungsnummer,
- bei Abrechnungen oberhalb der Regelversorgungsmenge entsprechend Ziffer 4.3. der Besonderen Bestimmungen genehmigter Kostenvoranschlag und Genehmigungsschreiben.
- Anlage 3 (Nachweis der Einweisung und Beratung des Versicherten) für Versorgungen nach Ziffer 6.3. der Besonderen Bestimmungen bei Abrechnung der Erstversorgung bzw. nach Leistungserbringerwechsel.

16. Wettbewerb/Unzulässige Zusammenarbeit

Gemäß den Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V (Hilfsmittelabgabe über Depots) vom 31. März 2009 können Ballonkatheter im Einzelfall im Rahmen der Notfallversorgung vom Depotverbot ausgenommen sein.

17. Insolvenz

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

18. Qualitätssicherung

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

19. Datenschutz, Schweigepflicht

Es gelten die Allgemeinen Bestimmungen.

20. Formvereinbarung

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern erfolgen. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126 a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

21. Salvatorische Klausel

- 21.1. Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, gelten die übrigen Teile des Vertrages weiter.
- 21.2. Die Vertragspartner sind einander verpflichtet, unwirksame oder undurchführbare Bestimmungen oder Bestandteile durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen.

21.3. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

22. Verstöße gegen diese Bestimmungen

22.1. Verstößt ein Leistungserbringer gegen Vertragspflichten oder fügt er der AOK PLUS in sonstiger Weise Schaden zu, so kann die AOK PLUS unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit den Leistungserbringer verwarnen, abmahnen, eine Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder den Leistungserbringer bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.

22.2. Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße insbesondere gegen die Regelungen der Ziffern 16.2. und 16.3. der Allgemeinen Bestimmungen kann der zweijährige Ausschluss von der Versorgung der Versicherten erfolgen.

22.3. Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:

- Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
- Forderung bzw. Annahme zusätzlicher Entgelte vom Versicherten entgegen den Regelungen der Ziffern 4.7. und 11. der Allgemeinen Bestimmungen,
- Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden (§ 128 Abs. 1 SGB V),
- Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 2 SGB V),
- Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden (§ 128 Abs. 2 S. 2 SGB V),
- Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen,
- Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung gefährden,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen gemäß Ziffer 18. der Allgemeinen Bestimmungen,
- sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages.

22.4. Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die AOK PLUS dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme.

22.5. Die AOK PLUS kann bei vorsätzlichem, grob fahrlässigem oder wiederholt fahrlässigem Verstoß die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000,00 EUR fordern.

22.6. Unabhängig von den Maßnahmen nach den Ziffern 22.1., 22.2. und 22.5. der Besonderen Bestimmungen ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurück zu erstatten. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt der AOK PLUS unbenommen.

- 22.7. Stellt sich in Folge der Prüfung nach Ziffer 18. der Allgemeinen Bestimmungen heraus, dass die AOK PLUS berechtigt ist, Schadenersatz oder sonstige Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer geltend zu machen, trägt dieser die Prüfkosten. Anderenfalls trägt die AOK PLUS die Prüfkosten.

23. Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

- 23.1. Dieser Vertrag tritt in der Fassung des 1. Nachtrags am 1. August 2011 in Kraft und ändert den bestehenden Vertrag über die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen vom 1. September 2010. Er kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden.
- 23.2. Der Vertrag gilt für alle Versorgungen ab dem Verordnungsdatum 1. August 2011.
- 23.3. Das Recht zur außerordentlichen (auch fristlosen) Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
- der Vertrag gemäß § 71 Abs. 4 SGB V von der Aufsichtsbehörde beanstandet wird und erhebliche/wesentliche Mängel festgestellt werden, die eine Fortführung des Vertrages unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben nicht zulassen,
 - die rechtlichen Rahmenbedingungen sich so verändert haben, dass eine Anpassung und Fortentwicklung dieses Vertrages nicht möglich ist,
 - die Vertragspartner schwerwiegende Vertragsverstöße begehen. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages den anderen Vertragspartnern nicht mehr zumutbar ist.
- 23.4. Die Anlagen können unabhängig von diesem Vertrag mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals gekündigt werden. Diese Teilkündigung berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht.
- 23.5. Kündigungen bedürfen stets der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126 a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

Leipzig,

Dresden,

Fachverband für Orthopädie- und Rehabilitations-Technik Sachsen, Thüringen e. V.
Albin Mayer

AOK PLUS
Jürgen Mann

Anlage 1 – Produkte/Richtmengen/Vertragspreise

		Versorgungsmengen in Stück/Monat (Richtwert)	Preis netto	MwSt. V=19%, e=7%	Preis brutto	Hilfsmittelkennzeichen 00-Neulieferung 04-Nachlieferung
Position	Bezeichnung					
15.25.04.	Externe Urinableiter					
15.25.04.1	Urinableiter für Frauen	30	10,00 €	v	11,90 €	00 / 04
15.25.04.2	Urinableiter für Männer	30	10,00 €	v	11,90 €	00 / 04
15.25.04.3	Urinableiter für Kinder	30	1,40 €	v	1,67 €	00 / 04
15.25.04.4	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig	30	0,65 €	v	0,77 €	00 / 04
15.25.04.5	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt	30	1,99 €	v	2,37 €	00 / 04
15.25.04.6	Urinal-Kondome/Rolltrichter, aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig	30	1,57 €	v	1,87 €	00 / 04
15.25.04.7	Urinal-Kondome/Rolltrichter, aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt	30	2,13 €	v	2,53 €	00 / 04
15.25.04.8	Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform	30	1,25 €	v	1,49 €	00 / 04
15.25.05.	Urin-Beinbeutel					
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	30	2,23 €	v	2,65 €	00 / 04
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril	30	3,25 €	v	3,87 €	00 / 04
15.25.05.4	Kinderbeinbeutel, steril	60	3,90 €	v	4,64 €	00 / 04
15.25.05.5	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	30	2,40 €	v	2,86 €	00 / 04
15.25.05.6	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril	30	3,13 €	v	3,72 €	00 / 04
15.25.05.7	Beinbeutel mit Entlüftung	4	9,70 €	v	11,54 €	00 / 04
15.25.06.	Urin-Bettbeutel					
15.25.06.0	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	30	0,37 €	v	0,44 €	00 / 04
15.25.06.1	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	30	0,92 €	v	1,10 €	00 / 04
15.25.06.2	Bettbeutel ohne Ablauf, steril	30	0,73 €	v	0,87 €	00 / 04
15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	30	1,94 €	v	2,31 €	00 / 04
15.25.07.	Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme					
15.25.07.0	Bettbeutel mit Tropfkammer	5	8,77 €	v	10,44 €	00 / 04
15.25.07.1	Kombinierte Bett- und Beinbeutel mit Tropfkammer	5	5,52 €	v	6,57 €	00 / 04
15.25.08.	Auffangbeutel für Dauergebrauch					
15.25.08.0	Urinbeutel für Dauergebrauch	1 pro Jahr	60,50 €	v	72,00 €	00 / 04

		Versorgungsmengen in Stück/Monat (Richtwert)	Preis netto	MWSt. v=19%, e=7%	Preis brutto	Hilfsmittelkennzeichen 00-Neulieferung 04-Nachlieferung
15.25.09.	Sonstige Urinauffangbeutel					
15.25.09.0	Sonstige Urinauffangbeutel	30	3,71 €	v	4,41 €	00 / 04
15.25.10.	Stuhlauffangbeutel					
15.25.10.0	Beutel mit Klebefläche	30	8,94 €	v	10,64 €	00 / 04
15.25.12.	Urinalbandagen					
15.25.12.0	Urinalbandagen	2 pro Jahr	117,10 €	v	139,35 €	00 / 04
15.25.12.1	Urinalsysteme zur Langzeitanwendung	Kostenvoranschlag				00 / 04
15.25.14.	Einmalkatheter für ISK					
Mischversorgungen mit Hilfsmitteln dieser Produktuntergruppe sind zulässig. Insgesamt sind max. 180 Einmalkatheter pro Monat abrechenbar.						
15.25.14.4	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig inkl. Gleitmittel (15.99.99.1002)	180	1,76 €	v	2,09 €	00 / 04
15.25.14.5	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	180	2,55 €	v	3,03 €	00 / 04
15.25.14.6	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig	180	2,01 €	v	2,39 €	00 / 04
15.25.14.7	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	180	2,61 €	v	3,11 €	00 / 04
15.25.14.8	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	90	4,63 €	v	5,51 €	00 / 04
15.25.14.9	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	90	4,66 €	v	5,54 €	00 / 04
15.25.15.	<u>Ballonkatheter (inkl. Spritze zum Blocken 15.99.99.0006)</u>					
15.25.15.1122	Vivisoft Ballonkatheter	2	16,09 €	v	19,15 €	00 / 04
15.25.15.3	Ballonspülkatheter	2	21,75 €	v	25,88 €	00 / 04
15.25.15.5	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzzeitige Versorgung	7	4,16 €	v	4,95 €	00 / 04
15.25.15.6	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung	1 bis 2	15,66 €	v	18,64 €	00 / 04
15.25.16.	Katheterverschlüsse					
Abrechenbar sind max. 20 € (brutto) im Quartal in dieser Produktuntergruppe.						
15.25.16.0	Katheterventile		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.25.16.0	Katheterverschlüsse		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.25.17.	Analtampons					
15.25.17.0	Analtampons	90	3,35 €	v	3,99 €	00 / 04

		Versorgungsmengen in Stück/Monat (Richtwert)	Preis netto	MWSt. v=19%, e=7%	Preis brutto	Hilfsmittelkennzeichen 00-Neulieferung 04-Nachlieferung
15.25.21.	Intravaginale Kontinenztherapiesysteme					
15.25.21.2	Vaginaltampons	150	3,38 €	v	4,02 €	00 / 04
15.99.99.	Abrechnungspositionen					
15.99.99.0001	Abrechnungsposition für Ersatzteile		AEP + 10 %	v	AEP + 10 % + MwSt	00 / 04
15.99.99.0002	Abrechnungsposition für Verschleißteile		AEP + 10 %	v	AEP + 10 % + MwSt	00 / 04
15.99.99.0003	Abrechnungsposition für Ausstattungsdetails		AEP + 10 %	v	AEP + 10 % + MwSt	00 / 04
15.99.99.0004	Abrechnungsposition für Spiegel für Frauen zur ISK	einmalig	26,50 €	v	31,54 €	00 / 04
15.99.99.0006	Abrechnungsposition für Spritzen zum Blocken von Ballonkathetern	enthalten in Position 15.25.15.XXXX (nicht gesondert abrechenbar)				
Abrechenbar sind insgesamt maximal 50,00 € (brutto) im Quartal für die Positionen 15.99.99.0007 bis 15.99.99.0010.						
15.99.99.0007	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, Einmalgebrauch		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.99.99.0008	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, wiederverwendbar		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.99.99.0009	Abrechnungsposition für Halterungen/Taschen für Urinbeutel		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.99.99.0010	Abrechnungsposition für Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel		AEP	v	AEP+ MwSt	00 / 04
15.99.99.0011	Abrechnungsposition für Beinspreize zum ISK (Befestigung am Oberschenkel)	einmalig	50,42 €	v	60,00 €	00 / 04
15.99.99.1001	Abrechnungsposition für Hautkleber für Urinalkondome/Rolltrichter	monatlich	27,52 €	v	32,75 €	00 / 04
15.99.99.1002	Abrechnungsposition für Gleitmittel zur ISK	enthalten in Position 15.25.14.4XXX (nicht gesondert abrechenbar)				

Anlage 2 - Mehrbedarfsbegründung⁵

(vom Leistungserbringer und/oder gegebenenfalls Arzt auszufüllen)

Name/Vorname:			
Geb.-Datum:		Vers.-Nummer:	
Leistungserbringer:			
letztes persönliches Beratungsgespräch am:			
Beratung durch:		Telefon:	
beantragte Hilfsmittel:		Monatsmenge:	
Fachliche Begründung des Mehrbedarfes:			
Welche alternativen Versorgungen wurden wann und mit welchem Erfolg getestet?			
Gegebenfalls Quellenangabe (z. B. Leitlinien oder RKI Veröffentlichungen) die den Mehrbedarf begründen:			

Name/ Stempel

Datum

Unterschrift

⁵ Betriebsinternes, mindestens inhaltsgleiches Formular kann verwendet werden.

Anlage 3 - Nachweis zur Einweisung und Beratung⁶

(vom Leistungserbringer auszufüllen)

Versichertenbezogene Daten

Datum:	
Name/Vorname:	
Geb.-Datum:	
Vers.-Nr.:	
Kontaktdaten:	
Adresse:	

<input type="checkbox"/>	Erstgespräch	Datum:
	mit <input type="checkbox"/> Versicherten <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegepersonal	
<input type="checkbox"/>	Beratung bei der Auswahl der weiteren Versorgung	
<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt	
<input type="checkbox"/>	Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung	
<input type="checkbox"/>	Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte	
	Schulung mit <input type="checkbox"/> Versicherten <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegepersonal	
<input type="checkbox"/>	Folgeversorgung im Zusammenhang mit einem Leistungserbringerwechsel	
Lieferdatum:		

⁶ Betriebsinternes, mindestens inhaltsgleiches Formular kann verwendet werden.

Informationen für den Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person

Sehr geehrte Damen und Herren,
die AOK PLUS hat mit Ihrem Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag geschlossen.
Der Wechsel zu einem anderen Lieferanten ist möglich. Der Versorgungswechsel ist rechtzeitig mit dem bisherigen Lieferanten abzustimmen. Ansonsten können Mehrkosten für Sie entstehen.
Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihr Leistungserbringer unter folgender

Service-Tel.-Nr.:

gern zur Verfügung.

Erklärung des Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person

Durch meine Unterschrift bestätige ich,

- dass ich in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen wurde,
- dass mir die Servicenummer des Leistungserbringers bekannt ist, an die ich mich bei Fragen zur Versorgung bzw. bei auftretenden Komplikationen wenden kann.

Ein Exemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 4 - Beitrittserklärung

Beitritt

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zum

Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen zwischen der AOK PLUS und dem Fachverband Orthopädie- und Rehabilitations-Technik Sachsen, Thüringen e. V.

Hiermit tritt die

Name der Firma:

Geschäftsführer/in:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Institutions-KZ:

dem oben genannten Vertrag in der jeweils geltenden Fassung bei.

1. Ich bin/Wir sind umfassend über die Inhalte des o. g. Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir/uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkenne/n ich/wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichte/n mich/uns zu deren Einhaltung. Mit dem Beitritt kommt mit mir/uns ein gesondert zu kündigender Einzelvertrag mit dem Inhalt des o. g. Vertrages zustande.
2. Mir/Uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam wird und bleibt, wenn ich/wir die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen aus § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie der vertraglichen Voraussetzungen gegenüber der AOK PLUS nachgewiesen habe/n und weiterhin sicherstelle/n.
3. Sofern spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages nicht meine/unsere Zustimmung erhalten, informiere/n ich/wir darüber die AOK PLUS mit einer Frist von einem Monat nach Bekanntgabe durch die AOK PLUS. Meine/Unsere Beitrittserklärung erlischt mit dieser Mitteilung, ohne dass es einer Kündigung/eines Widerrufs bedarf.
4. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir die gesetzlichen Anforderungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V und vertraglichen Voraussetzungen erfülle/n. Die geforderten Nachweise füge/n ich/wir dieser Beitrittserklärung bei.
5. Ich/Wir erkläre/n, dass die gemachten Angaben richtig sind und ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass die AOK PLUS die Angaben überprüft.

Datum

Leistungserbringer

Der Vertragsbeitritt wird zum bestätigt. Bitte verwenden Sie den Abrechnungscode **19** und die entsprechenden Tarifkennzeichen:

13F25 für Sachsen

16F25 für Thüringen

13F26 für Sachsen

16F26 für Thüringen

} Versorgung mit Einmalkatheter zum ISK ausgeschlossen

Datum

AOK PLUS