
Vertrag

**über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

- Vertragsnummer: -1X 07 D 06-

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Str. 273
30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda**

(im Folgenden: AOKN)

und

**Name
Straße
PLZ Ort**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten der AOKN mit nicht wiederverwendbaren, aufsaugenden Inkontinenzartikeln und der damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung

Anlage 1: Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards

Anlage 2: Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Anlage 3: Versicherteninformation

Anlage 4: Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOKN und den Leistungserbringer.
- (2) Andere Leistungserbringer, welche die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen, können diesem Vertrag beitreten. Der Beitritt ist gegenüber der AOKN zu erklären.
- (3) Der Vertrag umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten.

§ 3 Voraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist die Erfüllung der Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 SGB V. Der Leistungserbringer hat die Vorgaben der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, zu erfüllen. Hierzu ist es ausreichend, wenn der Leistungserbringer die Bestätigung der Voraussetzungen durch eine geeignete Stelle gemäß §126 Abs. 1a SGB V vorweisen kann (Präqualifizierung).
- (2) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus die Vorgaben und Voraussetzungen nach Anlage 1 zu erfüllen.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen nach Abs. (1) und (2) für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung während des gesamten Vertragszeitraums sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nach Vertragsabschluss nicht mehr erfüllt sein, hat der Leistungserbringer die AOKN unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (4) Die AOKN ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4 Anspruchsvoraussetzungen

- (1) Eine Kostenübernahme durch die AOKN kommt in Betracht, wenn nach vertragsärztlicher Verordnung der Einsatz der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel

- medizinisch notwendig ist und
 - im Einzelfall erforderlich ist und
 - den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.
- (2) Kosten für Inkontinenzartikel werden in Anlehnung an das Hilfsmittelverzeichnis gemäß §139 SGB V dann nicht übernommen, wenn diese ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn aufgrund des körperlichen und geistigen Zustandes dauernde Bettlägerigkeit vorliegt und Inkontinenzartikel allein aus hygienischen oder pflegerischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommen. An dieser Beurteilung ändert sich auch dadurch nichts, dass bei dauernd bettlägerigen pflegebedürftigen Personen die Bettunterlagen oder sonstigen in Frage kommenden Artikel naturgemäß häufiger als üblich gewechselt werden müssen.
- (3) Eine Leistungspflicht besteht entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß §139 SGB V in jedem Fall nur dann, wenn mindestens eine mittelgradige Harn- und/oder Stuhlinkontinenz (100 ml in vier Stunden) vorliegt.

§ 5 Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Versorgung ist an den Bedürfnissen des Versicherten auszurichten, sie muss ausreichend und zweckmäßig sein. Dies gilt auch für vorübergehende Mehr- und Andersbedarfe (z.B. aufgrund Krankheit). Die Wahl des zweckmäßigen Hilfsmittels und des Leistungsumfanges orientiert sich grundsätzlich an der vertragsärztlichen Verordnung. Bei der Produktauswahl ist der physische und psychische Gesamtzustand des Versicherten zu berücksichtigen. Die Qualität hat in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen, um der Behinderung und/oder Erkrankung des Versicherten voll gerecht zu werden. Sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V).
- (2) Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung im Sinne von Anlage 1 Pkt. 2 Abs. 3 sind mit dem verordnenden Arzt abzustimmen und von diesem auf der Verordnung entsprechend zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.
- (3) Vom Leistungserbringer werden ausschließlich Hilfsmittel verwendet, die im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen sind oder deren Aufnahme beantragt wurde. Bei noch nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln ist der AOKN eine schriftliche Begründung für die Versorgung vorzulegen sowie auf Verlangen der AOKN ein Nachweis zu erbringen, dass die Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis beantragt worden ist.
- (4) Eine Leistung und/oder Abrechnung zu Lasten der AOKN kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in Anlage 1 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (5) Die AOKN verzichtet auf eine Genehmigung. Die AOKN kann den Genehmigungsverzicht widerrufen.
- (6) Der Leistungserbringer hat nach Eingang der ärztlichen Verordnung unverzüglich eine Versorgung vorzunehmen, sofern hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Der Leistungserbringer liefert die erforderlichen Hilfsmittel unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer.

- (7) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (8) Versicherte sind im Rahmen von Beratungsgesprächen nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen.

§ 6 Beratung und Versorgung des Versicherten

- (1) Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien (HilfsMR), des Medizinproduktegesetzes (MPG), des Hilfsmittelverzeichnisses nach §139 SGB V und die in der Anlage 1 definierten Produktstandards.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten und/oder deren Betreuungspersonen umfassend zu beraten sowie in die Handhabung der Hilfsmittel einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Wohnung, Krankenhaus) durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (vgl. Anlage 1).
- (3) Der Leistungserbringer führt zur Feststellung des Versorgungsbedarfes eine umfassende Beratung durch. Hierbei muss insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungsperson Rechnung getragen werden. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt die Beratung vor Ort, sofern im Rahmen einer telefonischen Beratung keine Abhilfe geschaffen werden kann (z.B. mehrfache erfolglose Bemusterung oder Auftreten von Komplikationen).
- (4) Auf Wunsch bzw. bei Bedarf erhalten die Versicherten durch den Leistungserbringer Testprodukte. Diese Testprodukte sind eine Auswahl diverser Inkontinenzhilfsmittel (mindestens 2 Alternativen).
- (5) Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt in neutraler Verpackung an die vom Versicherten angegebene Lieferadresse. Die Lieferung deckt grundsätzlich einen Monatsbedarf ab. Hier von kann nach Vereinbarung mit dem Versicherten abgewichen werden. Insbesondere, wenn die räumlichen Lagermöglichkeiten des Versicherten eine monatliche Belieferung nicht zulassen, hat diese in einem kürzeren Rhythmus zu erfolgen. Es ist nicht statthaft, dem Versicherten unangemessene Großhandelspackungen zur Verfügung zu stellen. Eine lückenlose Versorgung ist sicherzustellen, d. h. rechtzeitig vor Ablauf des letzten Versorgungszeitraumes hat die nächste Lieferung zu erfolgen.
- (6) Die Versorgung des Versicherten ist unverzüglich nach Eingang der vertragsärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer zu beginnen. Insbesondere bei einer Erst- oder Neuversorgung des Versicherten ist darauf zu achten, dass in der Zeit von der Abgabe der vertragsärztlichen Verordnung bis zum Zeitpunkt des endgültigen Versorgungs-/Lieferbeginns der Versicherte grundsätzlich keine Eigenleistung im Übergangszeitraum zu erbringen hat (ggf. notwendige Lieferung von Produkten parallel zur Bemusterung).
- (7) Die Lieferung erfolgt frei Haus und hat bis mindestens hinter die Wohnungstür des Versicherten zu erfolgen.
- (8) Das Eigentum an den Hilfsmitteln geht mit der Abgabe an den Versicherten über.
- (9) Besteht eine differenzierte Auffassung über die Art der Versorgung zwischen Versichertem und Leistungserbringer, so ist der Leistungserbringer zunächst verpflichtet, die Unstimmigkeiten im Zuge eines Gesprächs mit dem verordnendem Arzt auszuräumen.

- (10) Kann auch nach Rücksprache mit dem verordnendem Arzt gemäß Abs. 9 keine Einigung in Bezug auf die Art der Versorgung hergestellt werden, ist eine Zweitmeinung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die AOKN einzuholen. Der Leistungserbringer hat die AOKN unter Beifügung der notwendigen Unterlagen (vertragsärztliche Verordnung, Versorgungsvorschlag, Differenz zur durch den Versicherten angestrebten Versorgung usw.) über eine notwendige Beurteilung durch den MDK zu informieren. Die Beurteilung des MDK akzeptieren die Vertragsparteien als Entscheidung. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für den Fall, dass der Leistungserbringer während einer bereits durch ihn laufenden Versorgung eine Umstellung z. B. auf ein anderes Produkt oder eine andere Menge vornehmen will.
- (11) Bis zu einer Entscheidung des MDK gemäß Abs. 10 erfolgt die Belieferung auf Basis der vertragsärztlichen Verordnung. Dies gilt in Verbindung mit Abs. 9 auch für den Fall, dass der Leistungserbringer während einer bereits durch ihn laufenden Versorgung eine Umstellung z. B. auf ein anderes Produkt oder eine andere Menge vornehmen will.
- (12) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten eine Versicherteninformation nach Anlage 3 aus. Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer durch Unterschrift auf dem Dokument, die Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben. Ein Exemplar der Versicherteninformation nach Anlage 3 verbleibt beim Versicherten. Die unterschriebene Versicherteninformation verbleibt beim Leistungserbringer und ist auf Verlangen der AOKN umgehend einzureichen. Wird die Versicherteninformation nicht unterschrieben, gehen hieraus entstehende Mehrkosten zu Lasten des Leistungserbringers. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Leistungserbringern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten entstehen, geht dies nicht zu Lasten der AOKN. In diesem Falle vergütet die AOKN die Leistung ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer, welcher zuerst die Abrechnung eingereicht hat.
- (13) Der Leistungserbringer weist den Versicherten mit der Versicherteninformation nach Anlage 3 insbesondere darauf hin, dass ein Wechsel des Leistungserbringers ausschließlich zu Beginn eines Kalendermonats erfolgen kann.
- (14) Nach dem Leistungserbringerwechsel beim Versicherten vorhandene Hilfsmittel gehen in das Eigentum des bisherigen Leistungserbringers über. Der AOK Niedersachsen entstehen keine Kosten für die Rücksendung der Hilfsmittel.

§ 7 Haftung und Verzug

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Der Leistungserbringer trägt die Beweislast dafür, dass der Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der AOKN für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.
- (3) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. 1 schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Hierfür

hat der Leistungserbringer mindestens folgende Versicherungssummen je Versicherungsfall abgeschlossen:

- 2.000.000 EURO Personenschäden
 - 1.000.000 EURO Sachschäden
 - 100.000 EURO Vermögensschäden
- (4) Bei Überschreitung eines zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten vereinbarten Liefertermins gerät der Leistungserbringer in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Dies ist ebenfalls der Fall, sofern der Vertragspartner eine Erstversorgung nicht entsprechend der Regelungen zu § 6 Abs. 5 sicherstellt oder eine lückenlose Folgeversorgung nach § 6 Abs. 6 nicht sicherstellt (z. B. wenn diese aufgrund der Nichtsicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit eintritt). In diesen Fällen ist die AOKN berechtigt, die Versorgung des Versicherten für den Verzugszeitraum einem Dritten zu übertragen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt.
- (5) Sofern die gelieferten Hilfsmittel in Menge und/oder Art bzw. Qualität nicht den medizinisch notwendigen Bedarf des Versicherten gemäß § 5 Abs. 1 decken oder eine Belieferung des Versicherten nicht erfolgt ist und der AOKN oder dem Versicherten hierdurch Kosten entstehen, sind diese vom Leistungserbringer zu tragen. Die AOKN behält sich eine Aufrechnung nach §9 Abs. 11 vor.

§ 8 Leistungserbringung und Vergütung

- (1) Die zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachlichen Versorgung mit den im Einzelfall medizinisch notwendigen aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Nebenleistungen. Hierzu zählen insbesondere die in der Anlage 1 genannten Leistungen.
- (2) Die Vergütung der Versorgungspauschalen richtet sich nach der Anlage 2. Die in der Anlage 2 vereinbarten Preise gelten im Sinne von Höchstpreisen.
- (3) Ein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht erstmalig ab dem Monat, in dem die Lieferung der Hilfsmittel beim Versicherten eingeht und die Versorgung sichergestellt ist. Sofern in einem Monat nur eine Beratung bzw. Bemusterung erfolgt, jedoch noch keine Lieferung zur Sicherstellung der Versorgung, entsteht kein Vergütungsanspruch für diesen Monat.
- (4) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ruht in Monaten, in denen im gesamten Monat kein Verbrauch der Hilfsmittel durch den Versicherten erfolgt (z.B. durch Krankenhausaufenthalt).
- (5) Der Vergütungsanspruch endet am letzten Tag des Kalendermonats, in dem die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim erfolgt, der Versicherte verstirbt oder die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln entfällt.
- (6) Mit der Versorgungspauschale nach Abs. (2) ist der in dieser Vereinbarung und in der dazugehörigen Anlage 1 beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

- (7) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Zeitpunkt der Hilfsmittelabgabe für jeden Versorgungsmonat unabhängig von erfolgten Lieferungen vom Vertragspartner einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (8) Verlangt der Versicherte neben der bewilligten Leistung eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und weiteren Nebenkosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 4 zu dokumentieren und der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 9 Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Der Leistungserbringer rechnet alle erbrachten Versorgungsleistungen eines Versorgungszeitraums in einer Gesamtrechnung gegenüber der AOKN ab. Die Leistung ist mit dem 1. Tag der Leistungserbringung im jeweiligen Versorgungszeitraum abrechenbar, wenn mindestens an einem Tag eine Leistung erbracht wurde. Der Vergütungsanspruch entfällt bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten über einen vollen Versorgungszeitraum. Wird der AOKN dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Kalendermonat erfolgen.
- (3) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOKN bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOKN innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOKN scheidet allerdings aus, soweit die AOKN berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. 9 oder eine Aufrechnungslage nach Abs. 10 oder 11 gegeben war.
- (4) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach §302 SGB V abzurechnen.
- (5) Die Abrechnung ist mit einer ärztlichen Verordnung für längstens 12 Monate möglich. Werden für einen Verordnungszeitraum mehrere Abrechnungen vorgenommen, ist im ersten Abrechnungsmonat die Verordnung im Original beizufügen. In den Folgemonaten ist der Abrechnung eine Kopie der ärztlichen Verordnung für den laufenden Verordnungszeitraum beizufügen.
- (6) Für jede Auslieferung eines Hilfsmittels ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind der AOKN auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer ausreichend. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbe-

stätigungen für Lieferungen durch Lieferdienste für 2 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOK Niedersachsen vorgelegt werden kann. Die AOK Niedersachsen ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Empfangsbestätigungen für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.

- (7) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Unabhängig davon sind der jeweilige Versorgungszeitraum und das Hilfsmittelkennzeichen gemäß Anlage 2 im Abrechnungsdatensatz anzugeben. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Leistungserbringergruppenschlüssel für diesen Vertrag lautet **1X 07 D 06**. Werden die Daten der AOKN vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOKN nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (8) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 2 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (9) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOKN eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOKN ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOKN vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.
- (10) Die AOKN ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOKN nimmt Kürzungen der Rechnungen insbesondere immer dann vor, soweit:
 - die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
 - die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
 - kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOKN bestand (z.B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z.B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
 - die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOKN nicht vorgelegt wurden,
 - die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
 - ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
 - andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
 - der Leistungserbringer neben der vertraglich vereinbarten Pauschale Produkte abgerechnet hat, die mit der vereinbarten Pauschale abgegolten waren,
 - der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
 - Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,

- eine Leistung ordnungsgemäß abgerechnet wurde, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruhte. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt hat, die eine ärztliche Verordnung zur Folge hatten, die eine nicht notwendige Leistung betrifft,
- die fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 und 2 nicht erfüllt wurden,
- Hilfsmittel mit Qualitätsmängeln abgegeben wurden,
- Zuzahlungen zu Vertragsleistungen durch den Versicherten gefordert bzw. angenommen wurden, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
- Aufträge angenommen wurden und an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile weitergegeben wurden (Vermittlung),
- der Leistungserbringer wiederholt mit der Erbringung seiner Leistung in Verzug geraten ist,
- bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOKN, so gilt diese als anerkannt.

- (11) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOKN ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOKN nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOKN oder anderen Landes-AOKs gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOKN ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOKN aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen.
- (12) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOKN mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.

§ 10 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und Behandlungen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Kran-

kenkassen (MDK) und der AOKN, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOKN erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der AOKN auf Verlangen vorzuzeigen.

§ 11 Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln oder Versorgungspauschalen motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 12). Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die AOKN unaufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) zu informieren.
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOKN beziehen.

§ 12 Vertrags- und Gesetzesverstöße sowie Vertragsmaßnahmen

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOKN nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR je Fall verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die AOKN den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung bestimmter Produktgruppen ausschließen und die Versorgungsberechtigung nach §126 SGB V widerrufen oder die Versorgungsberechtigung einer anderen Landes-AOK nicht mehr gegen sich gelten lassen.
- (3) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. (1) und (2) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
 - Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 126 Abs. 2 SGB V.

- Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
- Die Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen. Ausgenommen bleibt die Annahme von Zuzahlungen nach § 8(8) bei Versichertenwünschen für artgleiche Hilfsmittel, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen.
- Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.

Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Krankenhäusern gem. § 128 Abs. 1 SGB V,
 - die Beteiligung von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln oder die Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln entgegen §128 Abs. 2 SGB V
 - die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. (1) und (2) ist der AOKN der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOKN zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 9(10) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2017 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt erstmals mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln zu versorgende Versicherte. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.07.2018, schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.
- (2) Für die separate Kündigung der Anlagen gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (3) Kündigungen und Änderungen nach Abs. (1) und (2) bedürfen der Schriftform.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

Hannover,

Ort,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Name

Leistungsbeschreibung, Qualitäts- und Versorgungsstandards

Für eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln nach Anlage 2 ist während der gesamten Vertragslaufzeit die nachfolgend genannte Leistungsbeschreibung zu erfüllen. Dies gilt auch für die nachfolgend aufgeführten Qualitäts- und Versorgungsstandards. Das Hilfsmittelverzeichnis sowie die gesetzlichen Vorschriften sind in der jeweils geltenden Fassung zu beachten und umzusetzen.

Die Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln hat insbesondere mit dem Ziel der Vermittlung von Selbsthilfekompetenz, Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen sowie der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu erfolgen.

1 Personelle Anforderungen

1.1 Mitarbeiterqualifikation

Der Leistungserbringer beschäftigt in ausreichender Anzahl Mitarbeiter, die mindestens eine der folgenden Qualifikationen erfüllen, um die in 3.2 aufgeführten Beratungen qualifiziert durchführen zu können:

- a) Ausbildung als staatlich geprüfte/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder als staatlich geprüfte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder als staatlich geprüfte/r Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildungszeit und mindestens dreijähriger berufspraktischer Erfahrungszeit

oder

- b) Mitarbeiter/in mit abgeschlossener Fortbildung zum Medizinprodukteberater Inkontinenzartikel und mindestens dreijähriger berufspraktischer Erfahrungszeit im Bereich der Versorgung mit Inkontinenzartikeln.

1.2 Fortbildung und Einarbeitung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

Alle unter 1.1 a) und b) genannten Personen werden mindestens jährlich fachspezifisch fort- und weitergebildet.

1.3 Qualifikationsnachweise

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOKN auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

2 Produktanforderungen

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte, haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOKN zu erbringen. Entsprechend der medizinischen Notwendigkeit erfolgt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln gemäß Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnisses.

Die Art der Verwendung und die Verwendungsdauer der Hilfsmittel richtet sich nach den Herstellerhinweisen.

Die Auswahl zur wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten nach der 10-stelligen Positionsnummer orientiert sich grundsätzlich an der vertragsärztlichen Verordnung. Der Positivbewertung des Versicherten nach erfolgter Bemusterung (vgl. § 6(4)) ist Vorzug zu geben, es sei denn, es sprechen medizinische Gründe dagegen. Dem physischen und psychischen Gesamtzustand des Versicherten ist Rechnung zu tragen. Sofern die Auswahl zur wirtschaftlichen Versorgung nicht der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und kein Einvernehmen mit dem Versicherten erzielt werden kann, sind Abweichungen von der Verordnung mit dem verordnenden Arzt abzustimmen und von diesem auf der Verordnung entsprechend zu dokumentieren.

Der Leistungserbringer deckt das gesamte Spektrum der aufsaugenden Inkontinenzversorgung ab. Ist dies nicht der Fall gehen hieraus entstehende Mehrkosten (z.B. durch Fremdbeschaffung benötigter Produkte) zu Lasten des Leistungserbringers.

3 Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

3.1 Grundsätze

Der Leistungserbringer hat die Beratung, Betreuung und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln in der Häuslichkeit sicherzustellen. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung zu tragen.

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

Zur Entgegennahme der Aufträge hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag, von 8.00 bis 17.00 Uhr und während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen.

Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben.

3.2 Beratungsgespräche

- (1) Zu Beginn jeder Versorgung mit Inkontinenzartikeln erfolgt durch den Leistungserbringer ein Beratungsgespräch zur Bedarfsermittlung. Soll bei Anschlussversorgungen eine Produktumstellung erfolgen, hat der Leistungserbringer vorab ein persönliches Beratungsgespräch mit einem Mitarbeiter nach Nr. 1.1 und eine Bemusterung sicherzustellen. Auf Wunsch des Versicherten oder bei Komplikationen erfolgt die Beratung vor Ort, sofern im Rahmen einer telefonischen Beratung keine Abhilfe geschaffen werden kann (z.B. mehrfache erfolglose Bemusterung).
- (2) Der Leistungserbringer nimmt im Anschluss an die Nachkontrolle nach Buchstabe b) mindestens einmal jährlich ein telefonisches und/oder persönliches Beratungsgespräch zur Überprüfung und ggf. Anpassung der Versorgung vor.
- (3) Darüber hinaus gehende telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.

Die Auswahl des Hilfsmittels erfolgt auf Wunsch des Versicherten in persönlicher und/oder telefonischer Beratung durch entsprechendes Fachpersonal. Im Rahmen dieses Beratungsgesprächs hat der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten zu ermitteln. Die Beratung ist kostenfrei. Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine gleichgeschlechtliche Beratung, ist diese zu ermöglichen. Sofern der Versicherte keine Beratung wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar festzuhalten. Die Beratung ist zu dokumentieren.

ren zu lassen. Die Dokumentation verbleibt beim Leistungserbringer und ist bei Bedarf der AOKN zur Verfügung zustellen.

Zu den unter Abschnitt (1) bis (4) genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die unter Nr. 1.1 a) bis b) genannten Mitarbeiter einzusetzen. Bei persönlichen Beratungsgesprächen in der Häuslichkeit, Komplikationen und Versorgungsumstellungen sind ausschließlich die unter Nr. 1.1 a) genannten Mitarbeiter einzusetzen.

3.3 Beratung/Einweisung, Schulung und Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer führt mit dem Versicherten/Betreuungsperson/Pflegepersonal ein Beratungs- und Informationsgespräch über die Auswahl und Anwendung der Inkontinenzartikel, um den Versicherten/Betreuungsperson/Pflegepersonal in die Lage zu versetzen, die Inkontinenzartikel im alltäglichen Gebrauch einzusetzen. Die Beratung erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:
 - Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Bemusterung
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
 - Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf
 - Anleitung des Versicherten/Angehörigen/Pflegepersonals zur eigenständigen Inkontinenzartikelversorgung
 - Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel.
 - Der Versicherte erhält im Zuge der Beratung ein Exemplar der Versicherteninformation gemäß Anlage 3 zum Verbleib ausgehändigt. Den Empfang der Versicherteninformation bestätigt der Versicherte durch Unterschrift auf einem weiteren Exemplar der Versicherteninformation gemäß Anlage 3.
- (2) Der Leistungserbringer hat im Rahmen des Beratungsgespräches nach (1) den medizinisch notwendigen Bedarf an Hilfsmitteln zur Inkontinenzversorgung für den laufenden Versorgungszeitraum individuell zu ermitteln und frei Haus zu liefern. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet. Die Lieferung ist in neutraler Verpackung vorzunehmen. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- (3) Der Leistungserbringer stellt die laufende Nachlieferung mit Inkontinenzartikeln in jedem Versorgungszeitraum frei Haus sicher. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt in neutraler Verpackung an die vom Versicherten angegebene Lieferadresse. Die Lieferung deckt grundsätzlich einen Monatsbedarf ab. Hiervon kann nach Rücksprache mit dem Versicherten abgewichen werden. Insbesondere, wenn die räumlichen Lagermöglichkeiten des Versicherten eine monatliche Belieferung nicht zulassen, hat diese in einem kürzeren Rhythmus zu erfolgen. Es ist nicht statthaft, dem Versicherten unangemessene Großhandelspackungen zur Verfügung zu stellen. Eine lückenlose Versorgung ist sicherzustellen.
- (4) Die Beratungsgespräche sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren. Die Protokolle der Beratungsgespräche sind der AOKN auf Anforderung vorzulegen.

- (5) Der Leistungserbringer stellt darüber hinaus eine laufende Dokumentation mit Art und Anzahl der gelieferten Inkontinenzprodukte im Rahmen einer Patientendokumentation sicher. Die Patientendokumentation ist der AOKN auf Anforderung vorzulegen.
- (6) Der Leistungserbringer stellt für telefonische Kontakte eine Hotline zur Verfügung, die von Montag bis Freitag, von 8.00 bis 17.00 Uhr, und während seiner darüber hinaus gehenden Geschäftszeiten für Versicherte der AOKN erreichbar ist. Ausgenommen von den Telefonkosten des Versicherten dürfen dem Versicherten und/oder der AOKN hierfür keine Kosten berechnet werden.

Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Mit der Versorgungspauschale sind sämtliche mit der Versorgung des Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln zusammenhängenden Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere

- Lieferung von aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln (Produktgruppe 15)
- Sicherstellung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
- Dokumentation, Aufklärung und Beratung nach den Maßgaben der Anlage 1
- Anpassung der Hilfsmittel am Versicherten
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anlieferung der Hilfsmittel bis hinter die Wohnungstür
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen
- Telefonische Erreichbarkeit nach den Regelungen der Anlage 1

| Abrechnungs- Positions- nummer | Hilfsmittel- Kenn- zeichen | Bezeichnung | Mehrwert- steuersatz | Versorgungspauschale in EUR zzgl. MwSt.* |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|--|
| 15.00.00.1030 | 08/09 | Monatspauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel | 1 | 17,56 € |
| 15.00.00.1031 | 08/09 | Nachberechnung gesetzliche Zuzahlung gemäß §61 SGB V | 1 | 1,76 € |

* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

Versorgungszeitraum:

Die Versorgungspauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Verordnungszeitraum:

Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich einer vertragsärztlichen Verordnung, um abrechenbar zu sein (vgl. § 5(4)). Hiervon abweichend sind die Verordnungen für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln 12 Monate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden 11 Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar, sofern die Voraussetzungen des § 9(2) erfüllt sind.

Inhalte der Versorgungspauschale:

Die Versorgungspauschalen beinhalten neben den eigentlichen Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 alle im Einzelfall erforderlichen Zubehörteile, Zurüstungen, und Ersatzteile sowie notwendige Reparaturen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich der verbrauchten Verbrauchsmaterials Zubehör- und Ersatzteile auf das Maß des medizinisch Notwendigen hinzuweisen. Verbraucht der Versicherte mehr als das medizinisch Notwendige, trägt die AOKN nicht die hierdurch entstandenen Mehrkosten. Vielmehr kann der Leistungserbringer dem Versicherten die hierdurch entstandenen Mehrkosten in Rechnung stellen. Dabei muss der Leistungserbringer sicherstellen, dass der Versicherte vorher vom Leistungserbringer ggf. unter Einbindung der AOKN ausführlich über das Maß des medizinisch Notwendigen beraten worden ist, der Versicherte schriftlich über die Kostenpflichtigkeit vor Abgabe der Hilfsmittel durch den Leistungserbringer informiert worden ist und die Leistung ausdrücklich vom Versicherten gefordert worden ist. § 8(8) gilt entsprechend.

Kinderversorgungen sind grundsätzlich ebenfalls im Rahmen der o.g. Versorgungspauschale vorzunehmen. Sofern keine Versorgung mit Produkten, die im Hilfsmittelverzeichnis gemäß §139 SGB V gelistet sind, möglich ist, erfolgt eine Regelung im Einzelfall, § 127 Abs. 3 SGB V.

Sofern aus medizinischen Gründen eine Versorgung mit sog. Pants oder Hilfsmitteln mit atmungsaktivem Material notwendig ist, ist diese im Rahmen der Versorgungspauschale sicherzustellen. Bestandteil der Versorgungspauschale ist ebenfalls die Versorgung mit Übergrößen, wenn eine Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten medizinisch nicht ausreichend ist.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Monats, erstmalig zum 31.07.2018 schriftlich gekündigt werden.

Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

Die Firma _____

stellt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher. Hierfür erhält der Leistungserbringer von der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen eine monatliche Vergütung in Form einer Pauschale.

Sämtliche benötigten Hilfsmittel aus dem Bereich der aufsaugenden Inkontinenzartikel sind daher durch diese Firma zu beziehen. Die o.g. Firma ist über einen Wechsel des Wohnortes, insbesondere bei Umzug in ein Pflegeheim oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren.

Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von entsprechenden Produkten beauftragt, sind die hierdurch entstehenden Mehrkosten von mir zu tragen.

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist jeweils nur zum Beginn eines Kalendermonats möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich von dem Wechsel zu informieren.

Hat die bisherige Firma eine Belieferung für mehrere Kalendermonate vorgenommen und es erfolgt ein Wechsel der Lieferfirma, so sind der bisherigen Firma die vorhandenen Restbestände auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die entstehenden Kosten hierfür übernehme ich.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.

2. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von monatlich _____, _____ € trage ich.

3. Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung von
 - höheren Mengen als medizinisch notwendig

 - medizinisch nicht benötigten Produkten, nämlich

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten