

AC/TK: 11 01 512 (Apotheken)
AC/TK: 15 01 512 (Sanitätshäuser)
AC/TK: 19 01 512 (Sonstige Lieferanten)

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
zur Versorgung von Tracheotomierten und
Laryngektomierten mit Hilfsmitteln**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg
Heilbronner Straße 184
70191 Stuttgart**

- im folgenden AOK bzw. AOK Baden-Württemberg genannt -

und

**Firma
Straße Nr.
PLZ Ort**

- im folgenden Leistungserbringer genannt -

in der Fassung des 1. Nachtrags vom 01.01.2010

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Genehmigungsverfahren	5
§ 6 Erbringung der Leistungen	5
§ 7 Vergütungsregelung	6
§ 8 Grundsätze der Rechnungslegung	6
§ 9 Ausschlussfrist	8
§ 10 Qualitätssicherung	8
§ 11 Vertragsverstöße	8
§ 12 Datenschutz/Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen	9
§ 13 Haftung und Sicherstellung	10
§ 14 Übergangsregelung	10
§ 15 In-Kraft-Treten und Kündigung	11
§ 16 Schlussbestimmungen	11
Anlage 01: Qualitäts- und Versorgungsstandards	13
Anlage 02: Leistungsbeschreibung	17
Anlage 03: Preisvereinbarung	18
Anlage 04: Aufnahme- und Verlaufsprotokoll	18
Anlage 05: Dokumentation und Nachweis über die Schulung und Einweisung	19
Anlage 06: Checkliste Leistungsvoraussetzungen	22

Präambel

Änderungen und Ergänzungen im Rahmen des 1. Nachtrages sind durch Unterstreichen 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.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit den in der Anlage 02 aufgeführten Hilfsmitteln einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen auf Basis einer Vergütung mit versorgungsbezogenen Monatspauschalen. Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichen) entsprechen. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses sind zu beachten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für die AOK Baden-Württemberg und den Leistungserbringer.
- (2) Es gilt der Vertrag einschließlich seiner Anlagen 01 - 06, etwaiger Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung.

Die Verwendung der Anlagen 04-06 dienen zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen Leistungserbringer und der AOK Baden-Württemberg. Sie können in ihrem Layout, von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein.

- (3) Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse sowie deren Mitglieder bzw. andere Leistungserbringer, die nicht Mitglied dieser Verbände/sonstigen Zusammenschlüsse sind, haben die Möglichkeit diesem Vertrag beim jeweils zuständigen CompetenceCenter Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg (CC Hilfsmittel) zu gleichen Bedingungen beizutreten. Für etwaige Filialbetriebe der Leistungserbringer ist der Beitritt jeweils gesondert zu diesem Vertrag zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden und gelten nach diesem Vertrag als Leistungserbringer.

Die aktuell gültigen Adressen der CC Hilfsmittel können im AOK-Gesundheitspartnerportal unter: www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittelanbieter/ rechnungsadressaten eingesehen werden.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

- (1) Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung setzt der Leistungserbringer mindestens zwei¹⁾ Mitarbeiter ein, die jeweils die folgenden oder gleichwertige Qualifikationen erfüllen:
 - staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in mit jeweils mindestens zweijähriger berufspraktischer Erfahrung nach Abschluss der Ausbildung in der Anwendung von Hilfsmitteln zur Tracheostomaversorgung und entsprechender aktueller spezieller Fort- und Weiterbildung bzw. Schulung.
- (2) Die weiteren vom Leistungserbringer zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzten Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

¹⁾ in Vollzeitbeschäftigung mit mindestens 30 Wochenarbeitsstunden

- staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildung und ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten zur Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet die Einhaltung der einschlägigen rechtlichen Anforderungen (insbesondere MPG) durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System. Dieses muss durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft abgenommen werden. Die Zertifizierung kann nach den Normen DIN EN ISO 13485 oder DIN EN ISO 13488 jeweils in Verbindung mit DIN EN ISO 9001 erfolgen. Eine Kopie des jeweils aktuell gültigen Zertifikats ist vorzulegen.
 - (4) Vor Vertragsbeginn sind vom Leistungserbringer die Anlage 06 (Checkliste Leistungsvoraussetzungen) und die Kopien der darin geforderten Nachweise dem zuständigen CC Hilfsmittel einzureichen.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung der Versicherten erfolgt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten der AOK nach gleichen Grundsätzen.
- (2) Der Leistungserbringer hält das Medizinproduktegesetz (MPG), die Medizinprodukte-Betreiberverordnung und alle für die Hilfsmittelabgabe zu beachtenden Rechtsvorschriften ein. Der Leistungserbringer gewährleistet eine unverzügliche, bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten.
- (3) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der an die Anspruchsberechtigten nach diesem Vertrag abzugebenden Geräte. Er ist Betreiber im Sinne des MPG.
- (4) Der Leistungserbringer hält sich bei der Erbringung aller Leistungen im Rahmen dieses Vertrages an die Qualitätsvereinbarung gemäß Anlage 01, die wesentlicher Vertragsbestandteil für die Qualität der Erbringung der Leistungen ist.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen sicherzustellen. Das umfasst insbesondere die Sicherstellung der Versorgung Anspruchsberechtigter gemäß der in der Anlage 02 definierten Leistungsbeschreibung.
- (6) Die AOK kann jederzeit, gegebenenfalls auch auf Anregung des Leistungserbringers, die Versorgung und den Versorgungsumfang überprüfen oder durch den MDK gemäß § 275 SGB V überprüfen lassen.
- (7) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag keine Geldleistungen, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (8) Vergütungen von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte oder stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieser Vereinbarung.
- (9) In Abhängigkeit seines Leistungsspektrums darf der Leistungserbringer keine Versorgung ablehnen.
- (10) Die Versorgung mit Hilfsmitteln setzt grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung voraus.
- (11) Für die Erstversorgung ist eine vertragsärztliche Verordnung bzw. Hilfsmittlempfehlung durch den Arzt eines Krankenhauses erforderlich. Diese gilt auch für den folgenden Kalendermonat.

Für die Versorgung des dritten Kalendermonats nach Anlage des Tracheostomas ist erneut

eine Originalverordnung vorzulegen. Diese gilt maximal für 6 Monate. Für alle weiteren Versorgungsmonate ist eine Originalverordnung dann mindestens alle 6 Monate jeweils im Januar bzw. Juli eines jeden Jahres einzureichen.

§ 5 Genehmigungsverfahren

- (1) Die Erstversorgung bedarf der vorherigen Genehmigung und Auftragserteilung durch die AOK, es sei denn, sie hat ganz oder teilweise auf das Genehmigungsverfahren verzichtet. Der Leistungserbringer hat hierzu für alle ihm vorliegenden ärztlichen Originalverordnungen einen kostenlosen Kostenvoranschlag zu erstellen, der mindestens die folgenden Angaben enthält:
 - a. Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen der abgebenden Filiale, Name, Anschrift etc.)
 - b. Angaben zum Versicherten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Mitgliedsnummer etc.)
 - c. Ärztliche Verordnung (gemäß der nach § 87 SGB V vereinbarten Verordnungsblätter) inkl. Indikation und Versorgungszeitraum
 - d. Pauschale

Änderungen und Ergänzungen der ärztlichen Verordnung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

- (2) Die erteilte Genehmigung gilt bis auf Widerruf für alle Folgeversorgungen.
- (3) Außer in den Fällen, in denen die AOK auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet hat, besteht ein Anspruch auf Vergütung erst ab dem Zeitpunkt der Genehmigung. Für den Fall, dass eine Erstversorgung am Wochenende stattfinden muss, kann die Versorgung auch ohne vorherige Genehmigung erfolgen. Die Genehmigung ist jedoch am folgenden Werktag umgehend nachzuholen.
- (4) Abweichend von den Abs. 1-3 verzichtet die AOK Baden-Württemberg bis auf Widerruf auf die Genehmigung aller Versorgungsanträge. Der Widerruf wird zwei Monate vorher schriftlich beim Leistungserbringer angezeigt.

§ 6 Erbringung der Leistungen

- (1) Art und Umfang der Leistungen werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen bestimmt. Die Leistung umfasst sämtliche, im Einzelfall medizinisch notwendigen Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien, Zubehör- und Ersatzteile. Daneben sind alle Dienst- und Serviceleistungen, insbesondere Anlieferung, Beratung, Betreuung, Montage, Einstellung, Erprobung, Wartung/STK, Reparatur (einschließlich der Ersatzgeräte), Abholung, Ersatzbeschaffung oder Umversorgung sowie die in den Anlagen definierten Beratungspflichten gegenüber dem Versicherten in der Monatspauschale enthalten. Darüber hinaus sind die Inhalte der Qualitätsvereinbarung gemäß Anlage 01 einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die von ihm versorgten Versicherten im ersten Beratungsgespräch sowie nach einem Leistungserbringerwechsel gemäß dem Inhalt der Anlage 05 persönlich zu informieren.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Versorgung während des gesamten Versorgungszeitraums sach- und fachgerecht sicherzustellen. Können notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden, hat der Leistungserbringer – soweit erforderlich – für die Dauer der Reparaturzeit ein vergleichbares Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung zu stellen oder das Hilfsmittel auszutauschen. Die Kosten sind mit der Pauschale abgegolten.

- (4) Bei Verlust des Hilfsmittels oder bei Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit entstehen, ist der Leistungserbringer gegenüber dem Verursacher bzw. dem gesetzlichen Vertreter berechtigt, Ersatzansprüche geltend zu machen. Die AOK ist vor der Geltendmachung derartiger Ansprüche zu informieren.

§ 7 Vergütungsregelung

- (1) Die Vergütung erfolgt entsprechend der jeweiligen Versorgung in Form einer Pauschale je Kalendermonat. Bei der Erstversorgung ist der Tag der Leistungsabgabe, dokumentiert durch die Empfangsbestätigung des Versicherten, maßgebend.
- (2) Die Vergütung der Leistung richtet sich nach den Preisvereinbarungen in der Anlage 03. Der AOK entstehen zusätzlich keine weiteren Kosten, auch dem Versicherten entstehen neben der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Kosten. Alle Preise im Rahmen dieses Vertrages sind Bruttopreise inkl. der jeweils geltenden Umsatzsteuer; bei Änderung des Umsatzsteuersatzes werden die Vertragspreise automatisch angepasst.
- (3) Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten (nach Anlage des Tracheostomas) werden 2 Monatspauschalen vergütet, auch wenn der leistungsrechtliche Anspruch kürzer bestehen sollte. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während dieser Zeit den Leistungserbringer oder die Krankenkasse wechselt. In diese Fällen ist eine Monatspauschale zurückzuerstatten, wenn der zweite Kalendermonat noch nicht angebrochen ist.
- (4) Auf Wunsch des Versicherten kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus höchstens im Rahmen eines dreimonatigen Turnus abweichen. Davon unberührt bleiben die Abrechnungsregelungen und die Regelungen über die gesetzliche Zuzahlung. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel sowie zum Versorgungszeitraum enthält.
- (5) Sofern der Versicherte für jeweils einen vollen Kalendermonat z.B. aufgrund eines stationären Aufenthalts nicht im Rahmen dieses Vertrages versorgt werden muss, erlischt der Vergütungsanspruch für diese(n) Monat(e).
- (6) Der Vergütungsanspruch endet mit dem Kalendermonat, in dem die Versorgung (Wegfall der medizinischen Notwendigkeit oder Ende der Versicherung) endet.
- (7) Sollten Festbeträge gemäß § 36 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 2 SGB V unterhalb der vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechenden vertraglich vereinbarten Preise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Der Festbetrag gemäß § 36 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 2 SGB V gilt dann ab in Kraft treten an Stelle des vereinbarten Vertragspreises als Vertragspreis.
- (8) Im Falle des Wechsels der Leistungserbringer sind diese verpflichtet, den Zeitpunkt des Wechsels untereinander sowie mit dem Versicherten abzustimmen. Die Anlage 05 ist nochmals von dem neuen Leistungserbringer auszufüllen und als rechnungsbegründende Unterlage der ersten Abrechnung für den Versicherten beizufügen. Im Bemerkungsfeld dieser Anlage 05 ist der Zeitpunkt des Leistungserbringerwechsels anzugeben. Wurde ein Versicherter im gleichen Zeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, kann nur der bisher versorgende Leistungserbringer die Pauschale beanspruchen, ein Vergütungsanspruch für den übernehmenden Versorger besteht nicht.

§ 8 Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Das Datum der Verordnung muss jeweils vor oder im angegebenen Versorgungszeitraum liegen.
- (3) Aufgrund der Angaben auf der ärztlichen Verordnung muss eine eindeutige Zuordnung zu den im Rahmen dieses Vertrages geregelten indikationsbezogenen Pauschalen möglich sein. Zusätzlich ist der Versorgungszeitraum anzugeben.
- (4) Die Abrechnung erfolgt jeweils gegenüber dem zuständigen CC Hilfsmittel.

Mit der Rechnung ist der Lieferschein samt Originalempfangsbestätigung des Versicherten oder eines von ihm Bevollmächtigten und eine Kopie der Genehmigung/Auftragserteilung vorzulegen, sofern nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet wurde. Erfolgte die Versorgung auf dem Versandweg, ist ein Nachweis des Paketdienstes/Versandunternehmens (z.B. Paket-/Sendungsverfolgungsnummer bzw. die Nummer des Abliefernachweises) ausreichend. Sollte die Lieferung der Verbrauchshilfsmittel die Versorgung für mehr als einen Kalendermonat sicherstellen, reicht der Leistungserbringer im ersten Kalendermonat den Lieferschein und die Empfangsbestätigung im Original ein und für die Abrechnung von Folgemonaten eine Kopie des Lieferscheins und die jeweilige Empfangsbestätigung unter Angabe der Art und des Zeitraumes, für den die Lieferung gilt.

Der ersten Abrechnung des Versorgungszeitraumes ist die Original-Verordnung einzureichen. Für die erste Folgeversorgungsabrechnung gilt die Original-Verordnung bis für maximal 6 weitere Monate. Danach ist jeden Januar bzw. Juli eine Original-Verordnung für die weiteren Folgeversorgungen beizufügen.

Die Anlage 05 ist bei der Abrechnung der ersten Pauschale bzw. einmalig bei Leistungserbringerwechsel Bestandteil der rechnungsbegründenden Unterlagen.

- (5) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Bei Zahlung innerhalb von zehn Tagen nach Rechnungseingang gewährt der Leistungserbringer ein Skonto in Höhe von 2 %.
- (6) Sollte die AOK mit der Zahlung in Verzug geraten, verzichtet der Leistungserbringer zunächst auf die Geltendmachung von Ansprüchen wegen dieses Verzuges, wie z. B. Verzugszinsen oder Verzugsschaden. Verzug entsteht erst mit gesonderter Mahnung nach Fälligkeit.
- (7) Überträgt der Leistungserbringer die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle, hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Beginn und das Ende des Abrechnungszeitraumes und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind der AOK mitzuteilen. Weiterhin ist mitzuteilen, ob die Forderung an die Abrechnungsstelle als neue Forderungsinhaberin abgetreten ist oder die Abrechnungsstelle lediglich mit dem Forderungseinzug betraut ist, ohne selbst Forderungsinhaberin zu sein. Es ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuld-befreiender Wirkung erfolgen. Die befreiende Wirkung tritt aber auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Fällige Forderungen, die der AOK gegenüber dem Leistungserbringer zustehen, können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Das Ende der Vollmacht/Rückabtretung ist durch die Abrechnungsstelle bzw. den sonstigen Forderungsinhaber der AOK schriftlich mitzuteilen. Bis zum Eingang der Mitteilung ist die AOK berechtigt, eingehende Rechnungen mit schuld-befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle zu begleichen.
- (8) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Rechnungsprüfstelle der AOK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben bzw. die beanstandeten Positionen absetzen. Die Zahlungsfrist wird dadurch gehemmt.

- (9) Die in der Anlage 03 genannten Kennzeichen Hilfsmittel und die Versorgungszeiträume sind anzugeben. Sofern der Aufforderung der jeweiligen AOK zur maschinellen Abrechnung durch den Leistungserbringer nicht nachgekommen wird und daher eine manuelle Nach Erfassung der Abrechnungsdaten erforderlich ist, erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (10) 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 AOK ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOK nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOK ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOK auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354a HGB).

§ 9 Ausschlussfrist

- (1) Der Zahlungsanspruch des Leistungserbringers unterliegt einer Verjährungsfrist von drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Versorgung erfolgte.
- (2) Rückforderungen wegen unerlaubter Handlung, falscher Rechnungslegung bzw. nicht vertragskonformer Leistung sind sofort fällig.
- (3) Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung innerhalb von drei Jahren heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern oder aufrechnen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 10 Qualitätssicherung

- (1) Zur Versorgung der Versicherten der AOK im Rahmen dieses Vertrages haben die Vertragsparteien die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß Anlage 01 dieses Vertrages vereinbart.
- (2) Die Vertragsparteien werden die Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen des medizinischen Fortschritts und der Ergebnisse der Qualitätsberichte im gegenseitigen Einvernehmen bei Bedarf anpassen.

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Bei dem Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Leistungserbringer angehört. Im Verlauf des Anhörungsverfahrens legt die Krankenkasse alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten kommen nach Anhörung des Leistungserbringers insbesondere folgende Maßnahmen in Betracht:
1. Verwarnung
 2. Vertragsstrafe
 3. fristlose Kündigung
 4. Ausschluss des Leistungserbringers von der Versorgung der Versicherten für die Dauer von bis zu zwei Jahren.

- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000 EUR festgesetzt werden. Darüber hinaus ist eine fristlose Kündigung des Vertrages möglich. Schwerwiegende Vertragsverstöße sind z.B.
- (a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 - (b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - (c) Manipulation von Abrechnungsdaten,
 - (d) die Ablehnung der Leistungserbringung für einen Versicherten der AOK,
 - (e) eine Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und/oder therapeutische Zielsetzung der Verordnung gefährden,
 - (f) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen,
 - (g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz,
 - (h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - (i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die personellen Standards,
 - (j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Produktstandards der Anlage 01,
 - (k) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Dokumentationspflichten der Anlage 01.
 - (l) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die in Notfällen benötigt werden (§ 128 Abs. 1 SGB V)
 - (m) Gewährung von Entgelt, sonstiger wirtschaftlicher Vorteile oder die Zahlung einer Vergütung nach § 128 Abs. 2 SGB V

Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen gegen Abs. 2 Buchstabe l) oder m) kommt insbesondere die Maßnahme nach Abs.1 Ziffer 4) in Betracht.

Unabhängig von den Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen

§ 12 Datenschutz/Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werden den Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
- (3) Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
- (4) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vereinbarungsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
- (6) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.

- (7) Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z.B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten an die AOK zurückzugeben.

§ 13 Haftung und Sicherstellung

- (1) Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden entsprechend der jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Der Leistungserbringer hat zur Erfüllung der Vorgaben nach Abs. 1 eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abzuschließen und zu halten. Auf Verlangen ist das Bestehen der Versicherung der AOK nachzuweisen.
- (3) Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, der AOK gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der AOK unverzüglich anzuzeigen.

§ 14 Übergangsregelung

- (1) Vor dem 1. Januar 2010 begonnene Kinderversorgungen (Versicherte, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) werden grundsätzlich - in Abhängigkeit des letzten Lieferzeitraums - innerhalb eines Monats nach In-Kraft-Treten des Vertrages in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt und können als Folgeversorgung abgerechnet werden.
- (2) Die bereits vor dem 1. Januar 2010 begonnenen Versorgungen von Versicherten nach Vollendung des 12. Lebensjahres werden ab 1. Januar 2010 als Folgeversorgung gemäß Anlage 03 vergütet. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Leistungserbringer Versicherte versorgt, die zuvor von anderen Leistungserbringern versorgt wurden.
- (3) Geräte, die von der Pauschale gemäß Anlage 03 dieses Vertrages umfasst sind und die Eigentum der AOK Baden-Württemberg sind sowie sich zum Vertragsbeginn bei versorgten Versicherten befinden, sind vom Leistungserbringer im Wert von 50,00 EUR je Gerät zu kaufen.

Davon ausgenommen sind die so genannten einfachen Inhaliergeräte der Produktart 14.24.01.0 sowie die so genannten Kombinationsgeräte (Absauggeräte mit Inhalator - Produktuntergruppen 01.24.03 und 01.24.04). Diese verbleiben bis zum Ende der Versorgung im Eigentum der AOK und gehen zum Zeitpunkt der Abholung kostenlos ins Eigentum des Leistungserbringers über. Der AOK Baden-Württemberg dürfen für diese laufenden Versorgungsfälle mit den AOK eigenen Geräten keine Kosten (insbesondere für die Funktionserhaltung und Abholung) in Rechnung gestellt werden.

Zu Vertragsbeginn und sofern auf Grund des bisherigen Vertragsverhältnisses noch keine Eigentumsübertragung stattgefunden hat, übersendet der Leistungserbringer an das zuständige CC Hilfsmittel aufgeschlüsselt in einer Liste alle relevanten Versicherten- und Gerätedaten (insbesondere Inventarnummer der AOK Baden-Württemberg, aktueller Verwender (KV-Nr.) und Hilfsmittel-Positionsnummer). Die Abwicklung der Eigentumsübertragung an den Leistungserbringer wird durch das zuständige CC Hilfsmittel durchgeführt und sollte 6 Monate nach Vertragsbeginn erfolgt sein.

- (4) Der Leistungserbringer erklärt sich durch Unterzeichnung dieses Vertrages ausdrücklich mit der Eigentumsübertragung einverstanden. Sofern erforderlich, tritt die AOK Baden-Württemberg ihren Anspruch auf Herausgabe der Hilfsmittel an den Leistungserbringer ab. Die Eigentumsübertragung erfolgt unter Ausschluss jeglicher Gewährleistung. Einen Anspruch auf die Vergütung von Kosten für Reparaturen, Instandsetzungen, ggf. Rückholung und ggf. Wiederaufbereitung der übereigneten Geräte sowie deren Entsorgung besteht für den Leistungserbringer nicht

- (5) Leistungserbringer, die erstmalig ab dem 1. Januar 2010 Vertragspartner der AOK für diese Versorgungen werden, haben für alle Versorgungen nach diesem Vertrag der jeweils ersten Abrechnung die Anlage 05 beizufügen.
- (6) Für die Kinderversorgungen (Versicherte die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) gilt Abs. 3 zur Eigentumsübertragung der AOK Geräte entsprechend.

§ 15 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt in der Fassung des 1. Nachtrags am 01.01.2010 in Kraft und ändert den bestehenden Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zur Versorgung von Tracheotomierte und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln einschließlich der Anlagen.
- (2) Dieser Vertrag gilt für alle Versorgungen ab dem 1. Januar 2010.
- (3) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 71 Abs. 2 SGB V. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.
- (4) Die Krankenkasse ist berechtigt, bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei schwerwiegenden Verletzungen dieser Vereinbarung entsprechend den Bestimmungen des § 11 Abs. 2, das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu beenden.
- (5) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Quartals, frühestens zum 31. Dezember 2011 gekündigt werden.

§ 16 Schlussbestimmungen

- (1) Falls einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sind oder unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertragsinhaltes nicht berührt. Rechtsunwirksame Bestimmungen sollen, soweit irgend möglich, durch wirksame Bestimmungen ersetzt werden, die auf anderem Wege zum gleichen oder ähnlichen oder nächstgelegenen Ergebnis führen. Entsprechend soll verfahren werden, wenn sich bei Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.
- (2) Sämtliche Anlagen zu diesem Vertrag sind Bestandteil des Vertrages.
- (3) Mündliche Abreden zu diesem Vertrag bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. 127 Abs. 3 BGB wahrt die Schriftform nicht.
- (4) Dieser Vertrag ersetzt alle vorhergehenden Verträge zwischen den Vertragsparteien zur Versorgung tracheotomierter und laryngektomierter Versicherter mit Hilfsmitteln.

xxx, den

Stuttgart, den

Leistungserbringer

Dr. Christopher Hermann
Stv. Vorsitzender des Vorstandes
AOK Baden-Württemberg

Name, Vorname; Funktion
des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers

Anlage 01: Qualitäts- und Versorgungsstandards

Hilfsmittelbezogene Beratung

Eine hilfsmittelbezogene Beratung durch den Leistungserbringer erfolgt:

- postoperativ bzw.
- während des stationären Aufenthalts,
- im Rahmen des Überleitungsmanagements.

Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich

Die hilfsmittelbezogene Beratung und Erstversorgung erfolgt postoperativ oder im Rahmen des Überleitungsmanagements in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung einschließlich der Wochenend- und Feiertage erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma durch eine Frei-Haus-Lieferung.

Die ersten 3 Monate nach Anlage des Tracheostomas werden als besonders beratungsintensive Zeit angesehen, da Veränderungen und Komplikationen auftreten können und sich die hilfsmittelbezogene Versorgung verändert. Für diesen Zeitraum verpflichtet sich der Leistungspartner, die Versicherten der AOK je nach Anforderung des Versicherten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt so oft wie angefordert zu beraten und zu versorgen.

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung finden mindestens 4 Beratungsbesuche innerhalb der ersten 3 Monate nach Anlage des Tracheostomas und nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Sofern der Betroffene nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden die Beratungsbesuche auf die pflegenden Angehörigen und/oder den beteiligten Pflegedienst bzw. das Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen übertragen. Bei Bedarf oder auf Anforderung des Versicherten, pflegender Angehöriger oder des pflegerischen Fachpersonals finden weitere Beratungsbesuche auch nach Ablauf der ersten 3 Monate statt.

1. Personelle Standards

Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer nur Mitarbeiter ein, die mindestens die Qualifikationen und Fortbildungen nach § 3 Abs. 1 und 2 dieses Vertrages erfüllen.

Alle Mitarbeiter werden ständig fort- und weitergebildet:

- Sie erhalten jährlich fachspezifische Fortbildungen.
- Neue Mitarbeiter erhalten ein vom Leistungserbringer vorzuhaltendes Einarbeitungskonzept.
- Die ersten Beratungen und Schulungen durch die neue Pflegefachkraft (mit dem Patienten/mit einem Angehörigen/von Pflegefachkräften im ambulanten Pflegedienst/von Pflegefachkräften im vollstationären Bereich) sind unter Beteiligung der anlernenden Pflegefachkraft durchzuführen und zu dokumentieren.
- Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der AOK auf Anforderung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden der AOK auf Anforderung mittels Kopien übersandt.
- Auf Anforderung ist eine Namensliste mit Führung des Kürzels und der Unterschrift sowie ein Anstellungsnachweis einzureichen. Personelle Änderungen sind der AOK unverzüglich mitzuteilen.

2. Produktstandards

- 2.1. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG entsprechen (CE-Zertifizierung). Die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards sind zu beachten.
- 2.2. Die Art und Verwendungsdauer richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Dabei sind - unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten - soweit vorhanden, wiederverwendbare Produkte gegenüber Einmalprodukten vorzuziehen.
- 2.3. Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf der Versicherten erbracht werden. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung der Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (z .B. Hautunverträglichkeit) dagegen.

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Zu den unter Abschnitt 3.1 bis 3.2 genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die nach § 3 Abs. 1 und 2 qualifizierten und examinierten Mitarbeiter einzusetzen. Die reine Produktnachlieferung kann durch Medizinprodukteberater bzw. auf dem Postweg erfolgen, sofern der Versorgungsfall dies zulässt.

Im ambulanten Bereich bzw. in der vollstationären Versorgung erfolgt die hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung für das gesamte dort tätige Pflegefachpersonal.

3.1 Postoperativ / im Rahmen des Entlassungsmanagements / am Tag der Entlassung in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Pflegebereich

A. Dokumentation

1. Anlage einer Patientendokumentation.
2. Dokumentation im Rahmen eines Aufnahme- und Verlaufsprotokolls, welches mindestens die Inhalte der Anlage 04 abbildet.
3. Dokumentation der hilfsmittelbezogenen Beratungen, die mindestens die Inhalte der Anlage 05 abbildet.

B. Aufklärung

4. Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen/des weiterbetreuenden Pflegepersonals zur zukünftigen Versorgungssituation.
5. Begleitung der Patientenüberleitung in den häuslichen, ambulanten Bereich oder vollstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt.
6. Terminvereinbarung zur Schulung des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte.
7. Übergabe eines Versorgungsleitfadens für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Produkte.
8. Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf.

C. Beratung und Versorgung

9. Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Bemusterung.
10. Frühestmögliche Versorgung mit der endgültigen Kanüle.
11. Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen.
12. Anleitung des Patienten/Angehörigen/Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung des Tracheostomas.

13. Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß ärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder durch den Krankenhausarzt.
14. Verfügbarkeit der Ersatzkanüle.

3.2 Weitere hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung zur Versorgung im ambulanten Bereich / in voll- bzw. teilstationären Pflegebereichen

Es erfolgen mindestens 4 Beratungsbesuche in der beratungsintensiven Phase der ersten drei Monate nach der Krankenhausentlassung sowie weitere Besuche nach Bedarf mit den folgenden Leistungsinhalten:

A. Dokumentation

1. Dokumentation im Rahmen eines Verlaufs- bzw. Schulungsprotokolls, welches mindestens die Inhalte der Anlage 04 abbildet.
2. Terminvereinbarung für Folgeberatung.

B. Schulung, Beratung und Versorgung

3. Wiederholung bzw. Einweisung und Schulung des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste/voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte.
4. Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma.
 - a. Die „richtige“ Inhalation.
 - b. Die „richtige“ Absaugung.
 - c. Der „richtige“ Kanülenwechsel.
 - d. Die „richtige“ Reinigung der Kanüle.
5. Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf.
6. Kontrolle zur Erkennung von Komplikationen.
7. Bei festgestellten Komplikationen werden diese dokumentiert, der behandelnde Arzt wird davon unverzüglich informiert.
8. Produktlieferung

3.3 Weitere Serviceleistungen

1. Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. Anpassung auf Anforderung des Versicherten/Angehörigen bzw. des Pflegepersonals (ambulant/vollstationär) nach Rücksprache mit dem betreuenden Vertragsarzt bzw. Krankenhausarzt.
2. Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur Ersteinweisung nicht anwesend waren, im Einverständnis mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereiches/ambulanten Pflegedienstes.
3. Telefonische Beratungshotline für Versicherte, Angehörige, ambulante Pflegedienste/vollstationäre Pflegeeinrichtungen.
4. Lieferung der Produkte frei Haus.
5. 24 Stunden Rufbereitschaft (nicht über Anrufbeantworter), sicherzustellen durch das examinierte und/oder technisches Personal an sieben Tagen pro Woche. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle wie z. B. den Ausfall von medizintechnischen Geräten (z. B. Absauggerät usw.) und ggf. auch bei Komplikationen am Tracheostoma, wenn der Versicherte nicht von einem Pflegedienst betreut wird. Die Rufbereitschaft ist mit einer Reaktionszeit von einer Stunde hinterlegt, in der Maßnahmen zur Beseitigung des Problems eingeleitet sein müssen. Für die Rufbereitschaft ist nur eine Notdienstnummer anzugeben.
6. Grundsätzlich hat die Lieferung angeforderter Hilfsmittel am übernächsten Werktag zu erfolgen.

4. Qualitätsbericht/Qualitätskontrolle auf Anforderung

Für die AOK ist auf Anforderung ein umfassender Qualitätsbericht rückwirkend für das vergangene Kalenderjahr mit folgenden Angaben zu erstellen:

1. Anzahl versorgter Versicherter pro Monat/Quartal/Jahr.
2. Durchschnittliche Verbrauchswerte pro Versicherten nach Einzelproduktaufstellung pro Monat/Quartal/Jahr.
3. Verhältnis/Anzahl tracheotomierter (tracheotomierter + beatmeter)/laryngektomierter/wachkoma-tracheotomiert/versorgte Versicherte pro Jahr

Weitere Inhalte des Qualitätsberichts können individuell zwischen der AOK und dem Leistungserbringer vereinbart werden.

Gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V legt der Leistungserbringer dem von der AOK benannten MDK auf Anforderung die versichertenbezogene Aufnahme- und Verlaufsdokumentation vor. Dies gilt insbesondere für die Anlage 04, die nur an den MDK, nicht aber an die AOK weitergeleitet werden darf.

Anlage 02: Leistungsbeschreibung

Die Monatspauschale vergütet insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers:

1. Alle Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien, die zur Entlassung des Anspruchsberechtigten aus dem stationären Bereich und zur weiteren Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - stationäres und/oder mobiles Absauggerät
 - stationäres und/oder mobiles Inhaliergerät
 - (Ultraschall-)Vernebler und Befeuchter inkl. ggf. benötigtes Sterilwasser.
 - Kanülen, auch in Sonder- und Maßanfertigungen
 - Zubehör für Kanülen (z.B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder etc.)
 - Filter (-kassetten)
 - Cuffdruckmesser
 - Trachealspreizer
 - Pflasterversorgung
 - Sprechhilfen
 - Shuntventile
 - Stomabutton
 - Absaugkatheter
 - künstliche Nasen, HME-Filter
 - Trachealkompressen
 - Mullkompressen
 - Kanülenreinigungsbürsten
 - Pflege- und Reinigungsmittel
 - Handschuhe
2. alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen,
3. die Erfüllung aller in der Anlage 01 definierten Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards,
4. die Durchführung der technischen Kontrollen, Reparaturen und Wartungen sowie ggf. Ersatzversorgung,
5. die Wartung und Reparatur der Geräte, ggf. Ersatzversorgung,
6. die Kosten für Auslieferung, Abholung, Verschrottung und Aussonderung der Geräte.

Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich. Für diese Patienten umfasst die Pauschale die Leistungen bis einschließlich der Trachealkanüle inklusive der künstlichen Nasen und HME-Filter. Gänsegurgeln bzw. Faltenschläuche und Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte sowie Inhalationsgeräte, die in den Beatmungskreislauf integriert werden dürfen, sind von der Pauschale ausgenommen.

Anlage 03: Preisvereinbarung

Jede Pauschale ist mit einem einzelnen Teildatensatz unter Angabe des Versorgungszeitraumes anzuliefern. Dabei ist die Angabe des Abrechnungscode/Tarifkennzeichens sowohl auf der Rechnung als auch ggf. auf dem Kostenvoranschlag zwingend erforderlich. Es ist ebenfalls darauf zu achten, dass die „Kennzeichen Hilfsmittel“ jeweils korrekt angegeben werden.

Erstversorgung (Patienten nach Vollendung des 12. Lebensjahres)

Erstpauschale (umfasst 1.-2. Kalendermonat)	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (AOK-spezif.)	Bruttopreis	Zuzahlung
Tracheostoma unbeatmet	08	12.50.99.0001	800 EUR	20 EUR
Tracheostoma beatmet	08	12.50.99.0002	1000 EUR	20 EUR
Laryngektomie	08	12.50.99.0003	800 EUR	20 EUR
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	08	12.00.99.0005	1000 EUR	20 EUR

Folgeversorgung ab dem 3. Kalendermonat (Patienten nach Vollendung des 12. Lebensjahres)

Pauschale	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (AOK-spezif.)	Bruttopreis/ Monat	Zuzahlung/ Monat
Tracheostoma unbeatmet	09	12.50.99.0001	400 EUR	10 EUR
Tracheostoma beatmet	09	12.50.99.0002	500 EUR	10 EUR
Laryngektomie	09	12.50.99.0003	400 EUR	10 EUR
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	09	12.00.99.0005	500 EUR	10 EUR

Erstversorgung – Kinder (Patienten bis Vollendung des 12. Lebensjahres)

Erstpauschale (umfasst 1.-2. Kalendermonat)	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (AOK-spezif.)	Bruttopreis
Tracheostoma unbeatmet	08	12.00.99.0001	1200 EUR
Tracheostoma beatmet	08	12.00.99.0002	1400 EUR
Laryngektomie	08	12.00.99.0003	1200 EUR
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	08	12.00.99.0004	1400 EUR

Folgeversorgung ab dem 3. Kalendermonat – Kinder (Patienten bis Vollendung des 12. Lebensjahres)

Pauschale	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer (AOK-spezif.)	Bruttopreis/ Monat
Tracheostoma unbeatmet	09	12.00.99.0001	600 EUR
Tracheostoma beatmet	09	12.00.99.0002	700 EUR
Laryngektomie	09	12.00.99.0003	600 EUR
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	09	12.00.99.0004	700 EUR

Anlage 04: Aufnahme- und Verlaufsprotokoll

Strukturdaten

Datum:		KH:	Erstgespräch post op.	<input type="checkbox"/>
Name:			i. R. d. Entlassung	<input type="checkbox"/>
Vorname:			Tag der Entlassung	
Geb. Datum:			Beratungsgespräch	
Vers.-Nr.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Folgeberatung	
Kontaktdaten:			Tel.:	
Adresse:				
Folgetermin:	am:	um:	mit: <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegeperson	

Versorgungssituation

<input type="checkbox"/> eigene Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit + amb. PD	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung
<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> immobil
Pflege des Tracheostomas	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> ambulanter PD <input type="checkbox"/> Pflege vollstationär
Kanülenwechsel	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Arzt
Reinigung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege
Absaugung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege
Inhalation	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflege

Parameter zur Versorgungsart

Versorgungsart:	<input type="checkbox"/> tracheotomiert	<input type="checkbox"/> laryngektomiert
Kehlkopf	<input type="checkbox"/> erhalten	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> entfernt
Atmung	<input type="checkbox"/> 24 h Beatmung	<input type="checkbox"/> temporär <input type="checkbox"/> Spontanatmung
Stimmprothese	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hersteller: _____ HMNr. _____
Wechselfrequenz		sonstiges _____
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> immobil
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt wach	<input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Koma
Sekretion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> temporär erhöht <input type="checkbox"/> permanent erhöht
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> nässend
	<input type="checkbox"/> mazerierend	<input type="checkbox"/> ulcerierend <input type="checkbox"/> Granulombildung
	<input type="checkbox"/> Fistelbildung	<input type="checkbox"/> Stenosenbildung
Kanüle	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Cuff	<input type="checkbox"/> ohne Cuff <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung
	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Silikon	<input type="checkbox"/> Silber <input type="checkbox"/> gesiebt
	<input type="checkbox"/> Innenkanüle (IK) <input type="checkbox"/> ohne IK	<input type="checkbox"/> überlange Kanüle <input type="checkbox"/> ungesiebt
Wechselfrequenz		sonstiges _____
Nachweis multiresistenter Keime	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Art <input type="checkbox"/> nein
Mykosen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Art <input type="checkbox"/> nein
Information des behandelnden Arztes bei Komplikation erfolgt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum:	Unterschrift examiniertes Fachpersonal:	

Anlage 05: Dokumentation und Nachweis über die Schulung und Einweisung

Strukturdaten

Datum:		KH: <input type="checkbox"/>	Einweisung post op.	<input type="checkbox"/>
Name:			Einweisung i. R. d. Entlassung	<input type="checkbox"/>
Vorname:			Einweisung am Tag der Entlassung	<input type="checkbox"/>
Geb. Datum:			Beratungsgespräch	Folgegespräch
Vers.-Nr.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Einweisung bei	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter PD	<input type="checkbox"/> Angehörige
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		

Gerätepark	Stimmbildung				
	Absauggerät	Inhalationsgerät	Sprechventil	Shuntventil	elektronische Sprechhilfe
Aufbau	<input type="checkbox"/>				
Betrieb	<input type="checkbox"/>				
Gebrauch	<input type="checkbox"/>				
Reinigung+ Pflege	<input type="checkbox"/>				
Wechsel von Komponenten	<input type="checkbox"/>				
Notfall-Service-nummer hinterlegt	<input type="checkbox"/>				

Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma	Kanüle	Tracheostoma
Handhabung der Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung und Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege und Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einweisung zur Verwendung des Duscheschutzes	<input type="checkbox"/>
Information über das Verhalten bei Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>
Information über Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>

Ausgabe firmeneigener Handlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Nachschulungstermin für Pflegefachpersonal	<input type="checkbox"/> nächster Termin am
--	---

Bestätigung der Einweisung durch	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter PD	<input type="checkbox"/> Angehörige
	<input type="checkbox"/> Pflegekräfte in vollstationärer Einrichtung		
Datum:	Unterschrift examiniertes Fachpersonal:		

Die/der umseitig genannte Versicherte wurde von unten benanntem Hilfsmittellieferanten heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

- Alle Hilfsmittel, die Sie im Zusammenhang mit Ihrem Tracheostoma (Luftröhrenschnitt) benötigen, dürfen nur von dem unten benanntem Hilfsmittellieferanten bezogen werden.
- Dies gilt für sämtliche Hilfsmittel im Bereich Tracheostoma. Im Falle einer Geräteversorgung schließt dies auch alle damit im Zusammenhang stehenden Servicedienste ein.
- Die Geräte sind Eigentum des unten benannten Hilfsmittellieferanten und dadurch nur von ihm servicetechnisch zu betreuen.
- Der Wechsel zu einem anderen Hilfsmittellieferanten ist möglich. Dabei ist der Lieferturnus der Verbrauchsartikel und der mögliche Gerätewechsel zu berücksichtigen. Der Versorgerwechsel ist rechtzeitig mit dem bisherigen Hilfsmittellieferanten abzustimmen. Bitte beachten Sie, dass andernfalls Mehrkosten für Sie entstehen können.
- Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihre AOK gern zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an das zuständige Hilfsmittelteam. Ihre Geschäftsstelle ist Ihnen dabei gern behilflich.

Zusätzliche Bemerkungen:

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/Betreuer

Daten Ihres Hilfsmittellieferanten:

(Name des Leistungserbringers)

(Service-Telefon-Nr.)

(Straße/Hausnummer)

(Postleitzahl/Ort)

Beratungsgespräch wurde geführt von:
Unterschrift sowie Vorname und Name

Anlage 06: Checkliste Leistungsvoraussetzungen

Bitte Daten eintragen bzw. entsprechend ankreuzen!

_____ (Name und ggf. Rechtsform des Leistungserbringers)	_____ (Telefon/Fax)
_____ (Straße/Hausnummer)	_____ (E-Mail)
_____ (Postleitzahl/Ort)	_____ (Institutionskennzeichen)
_____ (Name des Geschäftsführers/Inhabers)	

Fachpersonal gemäß § 3 Abs. 1:

1) Name: _____ Vorname: _____

Ausübung der Tätigkeit im Unternehmen seit: _____ Wochenarbeitszeit: _____ Std.

Kopien des Berufsabschlusszeugnisses/Schulungszertifikate sind beigelegt

2) Name: _____ Vorname: _____

Ausübung der Tätigkeit im Unternehmen seit: _____ Wochenarbeitszeit: _____ Std.

Kopien des Berufsabschlusszeugnisses/Schulungszertifikate sind beigelegt

DIN EN ISO-Zertifizierung:

- DIN EN ISO 9001 i.V.m. DIN EN ISO 13485
- DIN EN ISO 9001 i.V.m. DIN EN ISO 13488

Kopie des Zertifikates ist beigelegt

Eignungsnachweis der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V¹

- Zulassung gemäß § 126 SGB V a.F.
- Sonstiger Nachweis (ab dem 01.04.2007)

Kopie des Eignungsnachweises ist beigelegt

Weitere Voraussetzungen

- Telefonnummer der 24-Stunden-Rufbereitschaft: _____
- Fachpersonal gemäß § 3 Abs. 2
- Betriebshaftpflichtversicherung gemäß § 13 Abs. 1

Ort, Datum/Unterschrift /Stempel

¹ Muss nicht beigelegt werden, wenn Nachweis dem zuständigen CC Hilfsmittel schon vorliegt bzw. die AOK Baden-Württemberg die Eignung schon bestätigt hat.