

# Vertrag

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

**Vertragsnummer: 1504250**

zwischen der

**AOK Bremen/Bremerhaven**

(im Folgenden: AOK)

und

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

(im Folgenden: Leistungserbringer)

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Tracheotomierten und/oder Laryngektomierten mit den in der Anlage 2 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 Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichen) entsprechen. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses sind zu beachten.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK und den Leistungserbringer.
- (2) Der Vertrag umfasst die Versorgung aller AOK Versicherten und betreuten Anspruchsberechtigten.

## **§ 3 Leistungsvoraussetzungen**

- (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) Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer nur Mitarbeiter ein, die mindestens die Qualifikation „staatlich anerkannte Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/-in“ mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung sowie Schulung auf die eingesetzten Produkte erfüllen.
- (3) Zusätzlich ist für die unter Absatz 2 genannten Mitarbeiter, eine „Fortbildung“ zum Medizinprodukteberater für Hilfsmittel zur Tracheostomaversorgung nachzuweisen. Alle aufgeführten Personen werden ständig fort- und weitergebildet. Die Ausführungen in Anlage 1 sind zu beachten.
- (4) Der Leistungserbringer stellt die Erfüllung der personellen Standards während der gesamten Vertragslaufzeit sicher. Auf Anforderung der AOK reicht der Leistungserbringer die Anstellungs-, Ausbildungs- und Produktschulungsnachweise des Fachpersonals in Kopie ein.

## **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Die Versorgung der Versicherten erfolgt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Der Leistungserbringer hält das MPG, die Medizinproduktebetriebsverordnung 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 1, 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 2 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 anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieser Vereinbarung.
- (9) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Eine Abweisung von Versicherten der AOK insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist nicht gestattet.

## **§ 5 Genehmigungsverfahren**

- (1) Der Leistungserbringer hat für die Erstversorgung der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Dies gilt auch, wenn sich die der Monatspauschale nach Anlage 3 zugrunde liegende Diagnose verändert, so dass nach den Regelungen der Anlage 3 eine andere als die bisherige Monatspauschale abgerechnet werden soll. Bei Versorgungsleistungen nach § 14 bedarf es ebenfalls einer vorherigen Genehmigung vor der erstmaligen Abrechnung der Vergütung nach Anlage 3. Der Leistungserbringer hat hierzu für alle ihm vorliegenden ärztlichen Originalverordnungen einen kostenlosen Kostenvoranschlag zu erstellen, der mindestens die folgenden Angaben enthält:
  - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen der abgebenden Filiale, Name, Anschrift etc.)
  - Angaben zum Versicherten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Mitgliedsnummer etc.)
  - Ärztliche Verordnung (gemäß der nach § 87 SGB V vereinbarten Verordnungsblätter) inkl. Diagnose und Versorgungszeitraum
  - Netto- und Bruttopreis

Änderungen und Ergänzungen der ärztlichen Verordnung sind durch den Arzt mit Datum und Stempel erneut abzuzeichnen.

- (2) Der Leistungserbringer hat nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung unverzüglich eine Versorgung vorzunehmen, sofern hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Wird das Hilfsmittel ohne vorherige Genehmigung an den Versicherten ausgeliefert und stellt die AOK bei der nachträglichen Prüfung des Kostenvoranschlages fest, dass die Versorgung nicht medizinisch notwendig ist, werden von der AOK keine Kosten übernommen. Dies gilt nicht für den Zeitraum zwischen Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten und Kostenablehnung durch die AOK.
- (3) Die AOK verzichtet bei der Folgeversorgung auf eine Genehmigung. Die AOK kann den Genehmigungsverzicht widerrufen.
- (4) Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOK ist nicht abrechnungsfähig, soweit in diesem Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.

## **§ 6 Erbringung der Leistung**

- (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 1 einzuhalten.
- (2) 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.
- (3) 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 Vergütung**

- (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 3. 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 Preise automatisch angepasst. Die in der Anlage 3 vereinbarten Preise sind Höchstpreise.
- (3) Ändert sich die der Monatspauschale nach Anlage 3 zugrunde liegende Diagnose und ändert sich hierdurch die Zuordnung zur bisher genehmigten Monatspauschale nach den

Regelungen der Anlage 3, kann die geänderte Versorgungspauschale im darauffolgenden Monat erstmalig abrechnet werden. Wird die Änderung der für die Zuordnung zugrunde liegenden Diagnose erst nachträglich bekannt, kann dies nachträglich, erfolgen, jedoch längstens für die letzten drei Monate nach Bekannt werden.

- (4) Endet der leistungsrechtliche Anspruch bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten (nach Stomaanlage) im ersten Versorgungsmonat, werden zwei Monatspauschalen vergütet. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während dieser Zeit den Leistungserbringer oder die Krankenkasse wechselt.
- (5) Auf Wunsch des Versicherten kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus abweichen; davon unberührt bleiben die Abrechnungsregelungen und die Regelungen über die gesetzliche Zuzahlung.
- (6) 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).
- (7) Der Vergütungsanspruch endet mit dem Kalendermonat, in dem die Versorgung (Wegfall der medizinischen Notwendigkeit oder Ende der Versicherung) endet.
- (8) Sollten Festbeträge gemäß § 36 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 2 SGB V unterhalb der vereinbarten Höchstpreise 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 Preises als Höchstpreis.

## **§ 8 Qualitätssicherung**

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

## **§ 9 Abrechnung**

- (1) Der Leistungserbringer kann gegenüber der AOK die Vergütung seiner vertraglichen Leistungen im jeweiligen Folgemonat abrechnen, nach dem der Anspruch auf die Versorgungspauschale entstanden ist. Der Leistungserbringer übermittelt der AOK einmal monatlich eine Gesamtrechnung.
- (2) Der Anspruch auf die Folgeversorgungspauschale entsteht jeweils zu Beginn des (ggf. erneuten) Genehmigungszeitraumes.
- (3) Die Original-Verordnungsblätter sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert zur Verfügung zu stellen.

- (4) Für die Abrechnungen des Leistungserbringers gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach §§ 302 ff. SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Der Leistungserbringer rechnet die Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber der AOK mit folgender Stelle ab:  
  
*AOK Bremen / Bremerhaven  
Ambulante Versorgung  
Abrechnung Hilfsmittel  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen*
- (6) Mit der Gesamtrechnung sind der AOK die rechnungsbegründenden Unterlagen jeweils im Original vorzulegen, soweit diese der AOK nicht bereits vorliegen, im einzelnen für die Abrechnung:
  - die vertragsärztliche Verordnung,
  - die Erklärung des Versicherten (Anlage 6)
- (7) Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Rechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (8) Die Zahlung der AOK erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Rechnungsunterlagen. Abrechnungen, die vorstehende Anforderungen nicht erfüllen, hemmen die Zahlungsfrist. Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in Anlage 2 vereinbarten Preise, erhält der Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurück.
- (9) Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Zahlungsauftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Bei Zahlung innerhalb von 14 Tagen erfolgt ein Abzug von zwei Prozent Skonto.
- (10) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 2 vereinbarten Preise kann die AOK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung unabhängig von der erfolgten Genehmigung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (11) Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer abschließenden Prüfung. Die AOK ist berechtigt, die Abrechnungen sachlich und rechnerisch zu prüfen. Dabei festgestellte Beanstandungen können innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Diese Frist gilt nicht bei Vertragsverstößen und unerlaubten Handlungen des Leistungserbringers.
- (12) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer zentralen Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen.
- (13) Der Leistungserbringer hat für diesen Fall außerdem schriftlich zu erklären, dass Zahlungen der AOK an die Abrechnungsstelle gegenüber dem Leistungserbringer schuldbefreiend wirken. Dies gilt so lange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOK eingegangen ist.

- (14) Die AOK ist berechtigt, eigene, fällige Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers aufzurechnen. Fällige Forderungen können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Die Übertragung der Abrechnung auf eine Abrechnungsstelle ist ausgeschlossen, wenn hiermit die Aufrechnung verhindert wird.

## **§ 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, Behandlungen und persönliche Verhältnisse der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter und die sonstigen von ihm beauftragten Personen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu informieren und zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der AOK auf Verlangen vorzuzeigen.
- (4) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter oder sonstigen beauftragten Personen reicht über das Vertragsende hinaus.

## **§ 11 Werbung**

- (1) Der Leistungserbringer darf Ärzte oder Versicherte nicht zur Stellung von Leistungsanträgen motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Entgelt oder andere Vorteile des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die AOK unaufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) zu informieren.
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung werden hiervon nicht berührt.
- (3) Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Informationen abzustellen, insbesondere darf nicht mit der Leistungspflicht der AOK geworben werden.

## **§ 12 Vertrags- und Gesetzesverstöße sowie Vertragsmaßnahmen**

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 10.000 EUR verlangen.

- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen.
- (3) Als grobe Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
  - a) Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
  - b) Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
  - c) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen.
  - d) Qualitätsmängel der Hilfsmittel, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können und durch den Leistungserbringer verschuldet sind.
  - e) Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
  - f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen; ausgenommen sind Notfallversorgungen.
  - g) Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden.
- (4) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.
- (5) Die AOK kann ohne Vorankündigung Maßnahmen zur Abrechnungsprüfung vor Ort einleiten. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (6) Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße wird der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.
- (7) Kann der Leistungserbringer aufgrund ihm zuzurechnender Umstände, wie z. B. Liefer-schwierigkeiten oder anderweitige Umstände, eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten nicht gewähren und wird dadurch die Versorgung von Versicherten beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die AOK berechtigt einen anderen Vertragspartner mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Die aufgrund dieser Ersatzversorgung entstehenden Kosten hat der Leistungserbringer der AOK zu erstatten.

### **§ 13 Haftung und Sicherstellung**

- (1) Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOK oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der AOK 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 schuldhafte 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- und Sachschäden (10.000.000 EUR) sowie Vermögensschäden (100.000 EUR) ab.
- (4) 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**

Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK auf Basis anderer Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln versorgt, werden diese Fälle nach der Genehmigung nach § 5 Abs. 1 Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Vertragsschluss in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt.

### **§ 15 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2001 in Kraft und gilt für alle Versorgungen ab diesem Zeitpunkt. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 01.01.2001, schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.
- (2) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOK, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 2 durch den Leistungserbringer betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos.
- (3) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.

### **§ 16 Salvatorische Klausel**

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

Bremen, den 18.12.2013

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

Name Leistungserbringer

Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung

- Anlage 1:** Qualitäts- und Versorgungsstandards
- Anlage 2:** Leistungsbeschreibung
- Anlage 3:** Preisvereinbarung Tracheostoma
- Anlage 4:** Aufnahme- und Verlaufsprotokoll
- Anlage 5:** Dokumentation und Nachweis über die Schulung und Einweisung
- Anlage 6:** Allgemeine Patienteninformation

## **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 drei Monate nach Anlage des Tracheostomas werden als besonders beratungssensitive 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 vier Beratungsbesuche innerhalb der ersten drei 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 drei Monate statt.

### **1. Personelle Standards**

Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer in den ersten drei Monaten nur Mitarbeiter ein, die mindestens die Qualifikationen und Fortbildungen nach § 3 Abs. 1, 2 und 3 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, 2 und 3 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
4. Dokumentation der allgemeinen Patienteninformation, die mindestens die Inhalte der Anlage 06 abbildet

#### **B. Aufklärung**

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

#### **C. Beratung und Versorgung**

10. Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Bemusterung
11. Frühestmögliche Versorgung mit der endgültigen Kanüle

12. Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
13. Anleitung des Patienten/Angehörigen/Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung des Tracheostomas
14. Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß ärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder durch den ermächtigten Krankenhausarzt
15. Verfügbarkeit der Ersatzkanüle

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

Es erfolgen mindestens vier Beratungsbesuche in der beratungsintensiven Phase der ersten drei Monate nach der Krankenhausentlassung sowie weitere Betreuungsbesuche 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 / Angehöriger bzw. des Pflegepersonals (ambulant/vollstationär) nach Rücksprache mit dem betreuenden Vertragsarzt bzw. ermächtigten 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 technische Personal an sieben Tagen pro Woche. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle wie z. B. beim 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. 24 Stunden Reaktionszeit für Nachlieferungen

#### **4. Qualitätsbericht/Qualitätskontrolle auf Anforderung**

Für die AOK ist ein umfassender Qualitätsbericht auf Anforderung 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 der versorgten Versicherten pro Jahr nach den vereinbarten Indikationsgruppen: Tracheotomierte/ Tracheotomierte + Beatmete/ Laryngektomierte/ Wachkomapatienten/ Kinderversorgungen

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

## **Leistungsbeschreibung**

Die Monatspauschale für tracheotomierte und laryngektomierte Patienten 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
  - Ultraschallvernebler
  - 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
  - Trachealkompressen
  - Mullkompressen
  - Kanülenreinigungsbürsten
  - Pflege- und Reinigungsmittel
  - Handschuhe
2. alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen
3. die Erfüllung aller in der Anlage 1 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. Die Pauschale umfasst die Leistungen bis einschließlich der Trachealkanüle.

**Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

**Preisvereinbarung Tracheostoma**

Abrechnungs- Positions- nummer	Hilfsmittel- Kenn- zeichen	Bezeichnung der Kalendermonatspauschale	Höchst- preis inkl. MwSt.*	Zuzah- lung
12.00.00.0010	08/09	Tracheotomierte	340,00 €	10,00 €
12.00.00.0011	08/09	Tracheotomierte beatmet	400,00 €	10,00 €
12.00.00.0012	08/09	Wachkomapatienten	580,00 €	10,00 €
12.00.00.0013	08/09	Laryngektomierte	315,00 €	10,00 €
12.00.00.0014	08/09	Aufschlag für Kinderversorgungen	225,00 €	-

\* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

**1.1 Tracheotomierte**

Die Versorgungspauschale „Tracheotomierte“ gilt für alle Tracheotomierten, soweit die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale nach Nr. 1.2 oder 1.3 nicht erfüllt sind.

**1.2 Tracheotomierte beatmet**

Die Versorgungspauschale „Tracheotomierte beatmet“ gilt für alle Tracheotomierten, die beatmet werden, soweit die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale nach Nr. 1.3 nicht erfüllt sind.

**1.3 Wachkomapatienten**

Die Versorgungspauschale „Wachkomapatienten“ kann für alle Tracheotomierten abgerechnet werden, soweit die Diagnose „Wachkoma“ gegeben ist. Wird der Versicherte gleichzeitig beatmet, erfolgt eine Zuordnung zur Versorgungspauschale „Wachkomapatienten“.

**1.4 Laryngektomierte**

Die Versorgungspauschale „Laryngektomierte“ gilt für alle laryngektomierten Versicherten.

**1.5 Kinderversorgungen**

Bei der Versorgung eines Kindes kann neben den Versorgungspauschalen nach Nr. 12.00.00.0001 bis 12.00.00.0013 der nach Nr. 12.00.00.0014 vereinbarte Betrag zusätzlich abgerechnet werden. Kinderversorgungen in diesem Sinne sind Versorgung von Kindern bis zum 12. Lebensjahr.

**Änderungen bei der Zuordnung zur Versorgungspauschale**

Ändert sich die der Zuordnung zur Versorgungspauschale nach Nr. 2 zugrunde liegende Diagnose, kann vom Leistungserbringer die sich hierdurch geänderte, neue Versorgungspauschale nach den Regelungen des § 7 Abs. 3 abgerechnet werden.

Vor der erstmaligen Abrechnung der geänderten Versorgungspauschale ist eine Genehmigung nach § 5 Abs. 1 erforderlich.

**Abrechnung**

Jede Versorgungspauschale ist mit einem einzelnen Teildatensatz mit Angabe des Versorgungszeitraums anzuliefern. Bei der Abrechnung ist der Leistungserbringergruppenschlüssel **1504250** und das Verwendungskennzeichen 08 (Vergütungspauschale) bzw. 09 (Folgevergütungspauschale ab dem 2. Kalendermonat) zu verwenden.

Diese Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten gilt vom 01.01.2001 und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 01.01.2001 gekündigt werden.

Bremen, den 18.12.2013

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

Name Leistungserbringer

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

**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	
Adresse:			Tel.:	
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
Wachkoma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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 5 zum Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

**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:		

**Anlage 6 zum Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

**Allgemeine Patienteninformation**

*Vom Leistungserbringer auszufüllen*

Die Firma \_\_\_\_\_ stellt für folgenden Versicherten die Versorgung mit Hilfsmitteln für die Versorgung von Tracheotomierten und/oder Laryngektomierten sicher:

Name	
Vorname	
Geb. Datum	
KV-Nummer	

*Vom Versicherten auszufüllen*

**Ich wurde von der Firma \_\_\_\_\_ heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:**

- Die o.g. Firma stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln für mein Tracheostoma (Luftröhrenschnitt) einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher.
- Alle Hilfsmittel, die ich im Zusammenhang mit meinem Tracheostoma benötige, dürfen nur von ihm bezogen werden.
- Es ist ausschließlich die o.g. Firma unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Lieferungen von Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden.
- Wird eine andere Lieferfirma von mir ohne vorherige Zustimmung der AOK Bremen/Bremerhaven eingeschaltet oder mit der Lieferung von entsprechenden Produkten beauftragt, sind die hierdurch entstehenden Mehrkosten von mir zu tragen.
- Die o.g. Firma ist über einen Wohnort- oder Kassenwechsel unverzüglich zu informieren.

**Geräteversorgungen (z.B. Inhaliergeräte, Sekretabsauggeräte, Sprechhilfen) bleiben im Eigentum der o.g. Firma. Ich verpflichte mich:**

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten