

**4. Übergangsvereinbarung
zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 15
zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung
(AC/TK 19 21 515)**

zwischen der

**AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
Kopenhagener Straße 1
44269 Dortmund**

und

XXX

3. Übergangsvereinbarung zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 15 zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung (AC/TK 19 21 515)

1. Leistungserbringer sind aktuell bei der Sicherstellung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen mit unvorhersehbar stark gestiegenen Kosten konfrontiert. Dieser Umstand tangiert die geltende Preisvereinbarung. Die erhöhten Aufwendungen resultieren insbesondere aus einem Anstieg der Rohstoff- und Einkaufspreise. Zur Kompensation vereinbaren der Vertragspartner und die AOK NordWest einen temporären Preiszuschlag für die Abrechnung der Vertragspreise für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen.
2. Die vertraglichen Regelungen bleiben ansonsten unberührt.
3. Die Übergangsvereinbarung gilt für erbrachte Versorgungsleistungen für aufsaugende Inkontinenzhilfen im Zeitraum vom 01.02.2024 bis 31.03.2024.
4. Die Anlage 2 des Vertrages wird befristet für den Zeitraum vom 01.02.2024 bis zum 31.03.2024 durch die hier beigefügte Anlage 1 ersetzt.
5. Die AOK NordWest lässt die Übergangsvereinbarung für alle beigetretenen Leistungserbringer gegen sich gelten.
6. Die Übergangsvereinbarung endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sie kann von den beiden Vertragsparteien verlängert werden, sollten die Umstände, die eine Preissteigerung bzw. einen Preiszuschlag rechtfertigen, weiter vorliegen. Hierzu werden zeitnah Gespräche vor Ablauf der Laufzeit der Vereinbarung aufgenommen.

Ort, Datum

Ort, Datum

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

XXX

3. Übergangsvereinbarung zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 15 zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung (AC/TK 19 21 515)

Anlage 1 – Preisvereinbarung

Vertragsschlüssel: 19 21 515

Hilfsmittelpositionsnummer	Beschreibung	Monatspauschale (Nettobetrag)	Verwendungskennzeichen
15.00.25.0200	Pauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel im häuslichen Bereich	11,89 EUR	08/09
15.00.25.0299*	Temporärer Preisaufschlag für Inkontinenzhilfen im häuslichen Bereich	2,61 EUR	08/09
15.99.99.2001	Pauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 43 a SGB XI i. V. mit § 71 Abs. 4 SGB XI)	21,85 EUR	08/09
15.00.99.9992*	Temporärer Preisaufschlag für Inkontinenzhilfen in stationären Pflegeeinrichtungen	1,82 EUR	08/09
15.00.25.0300	Pauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel in stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 43 a SGB XI i. V. mit § 71 Abs. 4 SGB XI)	21,85 EUR	08/09
15.00.25.0399*	Temporärer Preisaufschlag für Inkontinenzhilfen in stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	8,15 EUR	08/09

*Hilfsmittelnummer nur in Kombination mit der jeweiligen Haupt-Hilfsmittelnummer abrechenbar.