

**Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung mit
Hilfsmitteln der PG 15 zur aufsaugenden
Inkontinenzversorgung vom 01.02.2022**

- Nachtrag vom 01.04.2024 -

zwischen

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

- nachfolgend AOK NW genannt -

und

xxx

- nachfolgend Vertragspartner genannt -

AC/TK: 19 21 515

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	4
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung.....	4
§ 5 Genehmigung/Kostenvoranschlag.....	6
§ 6 Art und Umfang der Leistung/Versorgungsqualität	7
§ 7 Qualitätssicherung.....	8
§ 8 Haftung/Gewährleistung/Insolvenz	9
§ 9 Vergütung/Abrechnung	10
§ 10 Zusammenarbeit mit Dritten.....	12
§ 11 Werbung	12
§ 12 Vertragserfüllung, Rechts- und Vertragsverstöße.....	13
§ 13 Inkrafttreten/Kündigung	13
§ 14 Schlussbestimmung/Salvatorische Klausel	14
Anlage 1 – Qualitäts- und Dienstleistungsstandards.....	15
Anlage 2 – Preisvereinbarung.....	19
Anlage 3 – Beratungsdokumentation (Muster).....	20
Anlage 4 – Mehrkostenerklärung (Muster).....	22

Anmerkung:

Lediglich zur besseren Lesbarkeit des Vertrages wurde die männliche Form gewählt. Soweit erforderlich, sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag ergänzt den bestehenden Rahmenvertrag nach § 127 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V [alt: § 127 Abs. 2 SGB V] über die Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Regelungen des Rahmenvertrages in der jeweils gültigen Fassung gelten auch für die Hilfsmittelversorgungen, die sich aus diesem Vertrag ergeben. Sollte dieser Vertrag vom Rahmenvertrag abweichende Regelungen enthalten, kommen vorrangig die Regelungen dieses Vertrages in Bezug auf die hier vereinbarten Hilfsmittel zur Anwendung.
- (2) Dieser Vertrag regelt die qualitätsgesicherte, mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten der AOK NW mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen auf Basis einer Vergütung mit Monatspauschalen.
- (3) Der Vertrag gilt für alle Versorgungen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen, die der Vertragspartner bei Versicherten der AOK NW sowohl im häuslichen Bereich als auch in stationären Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI und § 43a SGB XI i.V. mit § 71 Abs. 4 SGB XI durchführt. Dies gilt sowohl für laufende als auch für neue Versorgungsfälle.
- (4) Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages:

Anlage 1 Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2 Preisvereinbarung
Anlage 3 Beratungsdokumentation
Anlage 4 Mehrkostenerklärung

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für
 1. die vertragsschließenden Parteien laut Rubrum.
 2. Vertragspartner, die als Mitglieder von Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Vertragspartnern bzw. vergleichbaren Organisationsformen (nachfolgend Verbände genannt) diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind und die Voraussetzungen nach § 3 des Vertrages erfüllen. Die bloße Mitgliedschaft im Verband führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Der Vertragsbeitritt ist gegenüber dem Verband zu erklären. Dieser stellt der AOK NW zu Vertragsbeginn mit einer Frist von 4 Wochen und jeweils bei Veränderungen unverzüglich eine aktuelle Liste der am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung. Diese ist in datenschutzgerechter elektronischer Form (Excel-Format) per E-Mail an die AOK NW zu senden.

3. Vertragspartner, die Mitglieder von Verbänden sind und eigenständig diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind.
 4. Vertragspartner, die nicht Mitglieder von Verbänden sind und diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind.
- (2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen für Versicherte der AOK NW im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3

Leistungsvoraussetzungen

- (1) Die Voraussetzungen nach § 2 des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht entsprechend § 2 Abs. 2 des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK NW. Bereits gezahlte Mehrkosten des Versicherten sind durch den Vertragspartner an den Versicherten zu erstatten.
- (2) Der Vertragspartner erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK NW im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1.
- (3) Die AOK NW hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben auf Grundlage der Regelung des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln (vgl. § 8). Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Vertragspartners sind mit den in der Anlage 2 vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Vertragspartner versorgt die Versicherten der AOK NW entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip.
- (2) Der notwendige Bedarf ist auf Grundlage der ärztlichen Verordnung individuell festzustellen und zu liefern. Die Auswahl des konkreten Produktes zur notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung des Versicherten obliegt dem Leistungserbringer.

- (3) Hält der verordnende Arzt ein spezielles Produkt (10-Steller) nach ausreichender medizinischer Begründung für erforderlich, ist dieses im Rahmen der Regelungen dieses Vertrages durch den Vertragspartner abzugeben.
- (4) Der Versicherte erhält die individuell medizinisch notwendigen aufsaugenden Inkontinenzhilfen in ausreichender Anzahl und Qualität. Dies gilt unabhängig davon, ob die Kosten dieser individuell notwendigen Versorgung die Höhe der vereinbarten Monatspauschale übersteigen oder darunterliegen (Mischkalkulation).
- (5) Vom Vertragspartner dürfen keine Versorgungsleistungen ohne wichtigen Grund abgelehnt werden. Eine Risikoselektion ist ausgeschlossen.
- (6) Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Vertragspartner liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind. Nicht gelistete Hilfsmittel können nicht abgegeben werden.
- (7) Kinder vom vollendeten dritten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr können auch mit geeigneten Produkten, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind, mehrkostenfrei versorgt werden (z.B. Kinderwindeln/-windelhosen), wenn dadurch eine kindgerechtere und zufriedenstellendere Versorgung erreicht werden kann. Dabei sind die medizinischen und persönlichen Bedürfnisse der Kinder und deren Angehöriger besonders zu beachten. Soll ein nicht gelistetes Produkt zum Einsatz kommen, führt der Vertragspartner gleichzeitig einen geeigneten Nachweis darüber, dass dieses Produkt den gelisteten Produkten gegenüber gleichwertig oder gleichartig ist und stellt dieses auf Anforderung der AOK NW zur Verfügung. Die AOK NW behält sich vor, den Einsatz der Produkte abzulehnen, soweit der Nachweis zur Gleichwertigkeit oder Gleichartigkeit nicht eindeutig geführt ist. In diesem Fall hat der Vertragspartner die Versorgung mit einem gelisteten Hilfsmittel durchzuführen.
- (8) Der Vertragspartner trifft die Produktauswahl auf Grundlage der Beratung innerhalb der 7-stelligen Produktart, welche im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V unter gelistet ist.
- (9) Der jeweils gültige Stand des Hilfsmittelverzeichnisses durch den GKV-Spitzenverbandes findet Anwendung. Der Vertragspartner hat sich über den aktuellen Stand des Hilfsmittelverzeichnisses laufend informiert zu halten. Erforderliche Versorgungsanpassungen sind unverzüglich umzusetzen.
- (10) Die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ist durch eine ärztliche Verordnung („Muster 16“) gemäß Hilfsmittel-Richtlinie nachzuweisen. Anerkannt werden auch Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes sowie von Reha-Kliniken und Hilfsmittlempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung. In diesen Fällen reicht eine formlose Bescheinigung aus.
- (11) Der Vertragspartner hat sicherzustellen, dass ärztliche Verordnungen vollständig ausgefüllt und schlüssig sind (gesicherte Diagnose, Art des notwendigen Produktes, Gültigkeitszeitraum). Sofern ärztliche Verordnungen

nicht nachvollziehbar sind und Änderungen der Versorgung zur Folge haben, hat der Vertragspartner Rücksprache mit dem Verordner zu halten. Eine neue Verordnung oder die vom Arzt veränderte Verordnung ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen. Änderungen sind vom Arzt entsprechend mit Datum, Unterschrift und Stempel zu kennzeichnen.

- (12) Sofern ein Vertragsarzt die dauerhafte Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Inkontinenzhilfen bescheinigt, beträgt der Versorgungszeitraum maximal 12 Monate. Versorgungsleistungen über diesen Zeitraum hinaus, bedürfen einer erneuten ärztlichen Verordnung. Liegt zum Zeitpunkt des Vertragsnachtrages ab dem 01.04.2024 bereits eine gültige Verordnung vor, so verlängert sich die Gültigkeit der Verordnung um weitere 6 Monate. Der Gültigkeitszeitraum von insgesamt 12 Monaten ab Ausstellungsdatum der Verordnung ist hierbei vorrangig zu beachten.
- (13) Der Vertragspartner verpflichtet sich, den Versicherten rechtzeitig, mindestens jedoch vier Wochen vor Ablauf des ärztlich verordneten Versorgungszeitraumes, darauf hinzuweisen, dass eine erneute Verordnung Voraussetzung für eine weitere Belieferung ist.
- (14) Die gleichzeitige Versorgung mit aufsaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln kommt in der Regel nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer Stuhl- und Harninkontinenz in Betracht.

§ 5

Genehmigung/Kostenvoranschlag

- (1) Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen bedarf keiner vorherigen Genehmigung der AOK NW.
- (2) Der Verzicht auf die Genehmigung kann von der AOK NW widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK NW kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Vertragspartner mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerungen oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
- (3) Rückfragen der AOK NW beantwortet der Vertragspartner in der Regel innerhalb von 3 Arbeitstagen; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Anfragen des Vertragspartners beantwortet die AOK NW in der Regel innerhalb von 3 Arbeitstagen.
- (4) Die AOK NW kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Auslieferung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst (MD) nach § 275 SGB V prüfen lassen. Der Vertragspartner stellt dafür die für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen dem MD unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.

§ 6

Art und Umfang der Leistung/Versorgungsqualität

- (1) Der Vertragspartner berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Versicherten der AOK NW entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit qualitativ hochwertigen aufsaugenden Inkontinenzhilfen zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 12 und 70 SGB V einzuhalten. Der Versicherte ist entsprechend § 127 Abs. 1 SGB V mit geeigneten mehrkostenfreien Hilfsmitteln zu versorgen. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Vertragspartner gegenüber dem Versicherten nicht abgewertet werden. Dies gilt insbesondere beim Einsatz von Informationsmaterialien für Versicherte.
- (2) Versicherte der AOK NW haben die freie Wahl unter den Vertragspartnern der AOK NW.
- (3) Ein Hilfsmittel mit Mehrkosten kann im Einzelfall und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V abgegeben werden. Wählt der Versicherte kein mehrkostenfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, kann der Vertragspartner dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. § 3 Abs. 12 des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln gilt.
- (4) Die Beratung des Versicherten und die Mehrkostenhöhe sowie die Gründe, aus denen sich der Versicherte gegen eine mehrkostenfreie Versorgung entschieden hat, sind in der Mehrkostenerklärung (Anlage 4) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die zwei mehrkostenfreien Produkte, die dem Versicherten angeboten wurden, sind ebenfalls schriftlich festzuhalten. Die vom Vertragspartner genutzte Mehrkostenerklärung muss mindestens den vorgegebenen Inhalten der Anlage 4 entsprechen.
- (5) Die Mehrkostenerklärung bewahrt der Vertragspartner gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK NW auf Anforderung unverzüglich zur Verfügung. Kann der Vertragspartner den Nachweis nicht erbringen, sind dem Versicherten die Mehrkosten zu erstatten. Die AOK NW behält sich vor einen möglichen Vertragsverstoß gemäß § 12 zu prüfen.
- (6) Entscheiden sich Versicherte ab Vertragsstart oder nach einem Leistungserbringerwechsel weiterhin für dasselbe mehrkostenpflichtige Produkt, ist bei Erhöhung der Mehrkosten eine Bemusterung mit mehrkostenfreien Produkten und eine Beratung durchzuführen. Diese entfällt bei gleichbleibenden oder niedrigeren Mehrkosten desselben Produkts.
- (7) Die gezielte Einflussnahme des Vertragspartners auf die Produktauswahl des Versicherten (z.B. im Beratungsgespräch) für ein mehrkostenpflichtiges Produkt und die Abwertung einer mehrkostenfreien Versorgung sind unzulässig. Ergibt sich im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 7), dass der Versicherte gezielt zu einer

mehrkostenpflichtigen Versorgung animiert wurde, ist die AOK NW zur Prüfung einer Vertragsstrafe berechtigt.

- (8) Die Vertragsparteien tauschen sich anlassbezogen zu der Entwicklung der Mehrkostenquote (getrennt für die stationäre und häusliche Versorgung) aus. Hierbei werden jeweils mindestens 10 Versorgungsfälle des Leistungserbringers bewertet. Dazu werden insbesondere Versorgungsfälle mit hohen Mehrkostenbeträgen herangezogen. Die Vertragsparteien tauschen sich über mögliche Hintergründe aus und vereinbaren geeignete Maßnahmen, um der Entwicklung und Fehlversorgungen von Versicherten entgegenzuwirken und die Sicherstellung des Sachleistungsprinzips zu gewährleisten.
- (9) Der Vertragspartner informiert den Versicherten im Beratungsgespräch über Inhalt und Umfang der vertraglichen Pauschalversorgung. Darüber hinaus informiert der Vertragspartner den Versicherten, dass eine Versorgung innerhalb des Versorgungszeitraumes ausschließlich durch den Vertragspartner erfolgen kann und dokumentiert dies gemäß Anlage 3.
- (10) Bei Wechsel des Vertragspartners auf Wunsch des Versicherten wirken die beteiligten Vertragspartner darauf hin, dass der Wechsel nur in die Zukunft gerichtet, zu Beginn eines Kalendermonats, stattfindet. Ergeben sich infolge von Nichtbeachtung Doppelversorgungen, gehen diese nicht zu Lasten der AOK NW. Der Vertragspartner hat im ersten Beratungsgespräch mit dem Versicherten zu erfragen, ob und bis wann eine Vorversorgung durch den bisherigen Vertragspartner erfolgte. Wurden dem Versicherten bereits Versorgungen für einen Zeitraum in der Zukunft zur Verfügung gestellt, ist eine Neuversorgung erst in dem darauffolgenden Kalendermonat durch den neuen Vertragspartner zulässig.
- (11) Doppelversorgungen, zum einen über die stationäre bzw. häusliche Pauschalversorgung und zugleich über den Sanitätsfachhandel, Apotheken, sonstige Leistungserbringer oder anderen stationären Einrichtungen auf der Basis zusätzlicher ärztlicher Verordnungen sind unzulässig. Bestehende Versorgungsfälle des Vertragspartners dürfen von Versicherten der AOK NW nicht auf ein neues Produkt umgestellt werden, wenn die Umstellung allein darauf beruht, dass die Vertragspreise eine Änderung des Produktportfolios des Vertragspartners begründen. Die zukünftige Versorgung ist mit dem Versicherten einvernehmlich zu klären.

§ 7

Qualitätssicherung

- (1) Die AOK NW ist nach § 127 Abs. 7 SGB V verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Vertragspartner sowie die Qualität der Leistungserbringung zu überprüfen. Dazu führt sie insbesondere Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Bei Verdacht auf Qualitätsmängel kann die AOK NW die erbrachten und geschuldeten Leistungen sowie die Abläufe von Versorgungsvorgängen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachprüfen oder nachprüfen lassen. Bei der Umsetzung der Qualitätssicherung orientiert sich die AOK NW an den Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 127 Abs. 8 SGB V. Insbesondere kann sie auf alle dort benannten Maßnahmen, wie Versichertenbefragungen und die Auswertung

von Dokumentationen, zurückgreifen. Sie ist berechtigt, eine fachliche Prüfung zu beauftragen.

- (2) Sofern eine Begehung in der zugelassenen Betriebsstätte des Vertragspartners stattfinden soll, teilt die AOK NW dem Vertragspartner die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig – in der Regel 3 Wochen vor dem Begehungstermin – mit. Der Vertragspartner hat der AOK NW und/oder einem von ihr bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten Zugang zu gewähren. Der Vertragspartner hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (3) Sofern die AOK NW auffällige Sachverhalte feststellt, ist der Vertragspartner verpflichtet, diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen (z. B. Beratungsdokumentation, Mehrkostenerklärung, Versicherteninformation) der AOK NW zu übermitteln. Festgestellte Qualitätsmängel sind unverzüglich vom Vertragspartner, sofern von diesem verschuldet, zu beseitigen. Unabhängig davon kann die AOK NW entsprechend § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln Vertragsstrafen verhängen.

§ 8

Haftung/Gewährleistung/Insolvenz

- (1) Der Vertragspartner haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag schuldhaft nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK NW berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. In diesen Fällen hat der Vertragspartner seine eigenen Kosten sowie die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen. Das Verhängen von Vertragsstrafen behält sich die AOK NW vor.
- (3) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen. Der Vertragspartner haftet für Schäden und Verluste auf dem Transportweg. Der Vertragspartner hat unverzüglich und kostenfrei für Ersatz zu sorgen.
- (4) Der Vertragspartner hat die AOK NW von allen Ansprüchen Dritter, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Vertragspartners entstehen, freizustellen.
- (5) Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Vertragspartner eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000,00 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000,00 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000,00 EUR pauschal für Vermögensschäden.

- (6) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK NW die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder wenn der Insolvenzantrag mangels Masse abgelehnt wird unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK NW auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK NW umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK NW in datenschutzgerechter elektronischer Form (Excel-Format) zu übermitteln.
- (7) Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK NW für alle in seinem Verantwortungsbereich liegenden Schäden, die ihr durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen. Die AOK NW haftet gleichermaßen gegenüber dem Vertragspartner für alle Schäden, die diesem durch Verstöße gegen das Datenschutzgesetz entstehen.

§ 9

Vergütung/Abrechnung

- (1) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK NW, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der ordnungsgemäße Empfang der Lieferung und der gebrauchsfertige und komplette Zustand des Hilfsmittels sind durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis (Empfangsbestätigung) zu bestätigen. Als separater Nachweis gilt ein Nachweis über die Lieferung durch das übergebende Versandunternehmen, die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertige Daten des mit der Übergabe beauftragten Unternehmens. Quittierungen im Voraus oder Nachhinein sind unzulässig.
- (2) Auf das Einreichen von Empfangsbestätigungen als rechnungsbegründende Unterlage in Papierform bei der Abrechnung wird verzichtet. Die Empfangsbestätigungen sind vom Vertragspartner so aufzubewahren, dass sie der einzelnen Rechnung zugeordnet werden können. Sie sind für zwei Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Lieferung erfolgte, aufzubewahren.
- (3) Die AOK NW kann im Einzelfall oder bei regelmäßigen Auffälligkeiten für einen definierten Abrechnungszeitraum eine stichprobenhafte Überprüfung abgerechneter Leistungen auf vorhandene Empfangsbestätigungen vornehmen. Dazu werden dem Vertragspartner von der AOK NW die entsprechenden Abrechnungsfälle anhand der Krankenversicherernummern benannt. Zu diesen Abrechnungen hat der Vertragspartner der AOK NW die Empfangsbestätigungen innerhalb von 4 Wochen in Kopie vorzulegen. Sofern der Nachweis der Empfangsbestätigungen nicht erbracht wird, behält sich die AOK NW die Prüfung einer Vertragsstrafe vor.
- (4) Die Vergütung auf Grundlage einer Monatspauschale ist in der Anlage 2 geregelt und gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat. Beginnt oder endet die Versorgung im laufenden Kalendermonat, so wird für diesen Monat die Vergütung in voller Höhe gezahlt.
- (5) Bei Aufnahme eines Versicherten in eine stationäre Einrichtung, bei dem im häuslichen Bereich bereits eine Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen

durchgeführt wurde, beginnt die Versorgung gemäß diesem Vertrag mit dem ersten Tag des folgenden Kalendermonats. Bis zum Ende des Kalendermonats der gezahlten häuslichen Pauschale hat der bisherige Vertragspartner die Versorgung sicherzustellen.

- (6) Die Rechnungslegung erfolgt monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form einer Sammelrechnung. Es können nur bereits abgelaufene Versorgungsmonate abgerechnet werden.
- (7) Den vereinbarten Vergütungen ist jeweils die gesetzliche Umsatzsteuer hinzuzufügen. Sie ist in den Rechnungen gesondert auszuweisen. Besteht oder bestand keine oder eine geringere Umsatzsteuerpflicht als abgerechnet, hat die AOK NW gegen den Vertragspartner einen Anspruch auf Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Umsatzsteueranteile. Der Vertragspartner ist dazu verpflichtet, innerhalb der Festsetzungsfrist die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, wenn Anhaltspunkte dafür erkennbar werden, dass die Umsatzsteuer möglicherweise ganz oder teilweise rückwirkend entfallen wird; der Vertragspartner hat die ihm aufgrund einer solchen Abänderung von der Steuerverwaltung erstatteten Umsatzsteuerbeträge an die AOK NW zu erstatten. Versäumt es der Vertragspartner schuldhaft, rechtzeitig gemäß Satz 5 die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, hat die AOK NW gegen den Vertragspartner einen Schadensersatzanspruch in Höhe der Umsatzsteuerbeträge, die der Vertragspartner bei rechtzeitiger Beantragung der Abänderung nach Satz 5 von der Steuerverwaltung hätte zurückerlangen können und an die AOK NW erstatten müssen. Ebenso kann der Leistungserbringer von der AOK NW eine Nachberechnung der zu wenig entrichteten Umsatzsteuer verlangen, wenn dieser z.B. durch eine Umsatzsteuerprüfung der Finanzbehörde belegen kann, dass aus Sicht der prüfenden Finanzbehörde eine bisher gültige unverbindliche Zolltarifauskunft nicht hinreichend ist bzw. die Finanzbehörde diese ggf. für zeitlich zurückliegende Abrechnungen nicht anerkennt. Grundsätzlich vereinbaren sich die vertragsschließenden Parteien darauf, dass das Thema „Umsatzsteuer“ in partnerschaftlichem Austausch gelöst wird.
- (8) Mit der Vergütung nach der Anlage 2 sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung von Mehrkosten oder Kostenbeteiligungen neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (9) Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag im Feld "Mehrkosten" bei der Abrechnung zu übermitteln. Bei Nichtübermittlung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten im Rahmen des DTA behält sich die AOK NW die Prüfung einer Vertragsstrafe vor.
- (10) Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK NW gegen Ansprüche des Vertragspartners ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenschulden möglich.

- (11) Sofern nach Ablauf des Versorgungszeitraumes, spätestens nach 12 Monaten, die Versorgung mit dem Hilfsmittel weiterhin medizinisch erforderlich ist, bedarf es einer neuen vertragsärztlichen Verordnung.
- (12) Sofern der Versicherte für mindestens einen vollen Kalendermonat (z.B. aufgrund vollstationärer Krankenhausbehandlung) nicht im Rahmen dieses Vertrages versorgt werden muss, entfällt der Anspruch auf die Zahlung der Monatspauschale für diese/n Kalendermonat/e. Dies gilt auch wenn Unterbrechungen nachträglich bekannt werden.
- (13) Im Rahmen der Abrechnung sind insbesondere folgende Angaben elektronisch zu übermitteln (pro Monat ist eine Zeile anzuliefern; Zuzahlungen sind je Kalendermonat auszuweisen):
- Hilfsmittelpositionsnummer gemäß Anlage 2
 - Vertragspreis Brutto/Netto
 - Verwendungskennzeichen Erstpauschale 08/Folgepauschale 09
 - Versorgungszeitraum von
(= Beginn des aktuell abgerechneten Kalendermonates)
 - Versorgungszeitraum bis
(= Ende des aktuellen abgerechneten Kalendermonates)
 - Versorgungszeitraum
(= Anzahl der abgerechneten Kalendermonate/„min. 1“)
 - Lieferdatum
- (14) Bei der Erstabrechnung eines jeden Ordnungszeitraumes ist die ärztliche Verordnung im Original beizufügen. Für weitere sich anschließende Abrechnungen des Ordnungszeitraums sind keine Verordnungskopien erforderlich.

§ 10

Zusammenarbeit mit Dritten

Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Verordner an den Vertragspartner) sind unzulässig.

§ 11

Werbung

- (1) Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden können, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso ist die gezielte Beeinflussung des Verordners unzulässig, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Vertragspartnern nicht beeinflusst werden. Insbesondere ist eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners zu vermeiden.
- (2) Fachliche Klärungen mit dem Verordner und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das mehrkostenfreie

Marktangebot, nicht jedoch auf z. B. nur ein Produkt oder einen Hersteller beziehen.

- (3) Unzulässig ist Werbung, die die Leistung der AOK NW abwertet und zur Abnahme von mehrkostenpflichtigen Produkten animiert.

§ 12

Vertragserfüllung, Rechts- und Vertragsverstöße

Zusätzlich zu den in § 17 Abs. 3 Buchstabe b) des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln genannten schwerwiegenden Verstößen führen auch die nachfolgend benannten Gründe zu einer Vertragsstrafe:

1. Ablehnung einer Versorgung
2. Abwertung von Leistungen
3. Fehlerhafter Umgang mit Mehrkosten (z. B. fehlende Übermittlung)
4. Fehlende Empfangsbestätigung
5. Unzulässige Werbung
6. Übernahme der Vergütung einer Rechtsdienstleistung durch den Vertragspartner für den Versicherten im Rahmen der Durchsetzung von Leistungsansprüchen
7. wiederholte Erstellung nicht vertragskonformer Kostenvoranschläge und Abrechnungen
8. Qualitätsmängel bei der Versorgung sowie bei Defiziten bei der Erbringung von Dienst- und Serviceleistungen

§ 13

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Der Vertrag vom 01.02.2022 wurde mit Wirkung zum 01.04.2024 geändert und findet in geänderter Form Anwendung für alle Versorgungen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ab dem 01.04.2024. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.03.2026, schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (2) Die Anlagen 1 bis 4 können einzeln oder zusammen mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.03.2026, schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.
- (3) Endet der Vertrag durch Kündigung, hat der Vertragspartner die Versorgung einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende der jeweils abgerechneten Versorgungszeiträume sicherzustellen.
- (4) Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Vertragspartner.
- (5) Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in der

Anlage 2 vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte an die Stelle der Vertragspreise.

§ 14

Schlussbestimmung/Salvatorische Klausel

- (1) Änderungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
- (3) Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Ort, Datum

Ort, Datum

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

xxx

Anlage 1 – Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK NW sicher. Ein Vertragspartner kann nur dann Vertragspartner der AOK NW sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Im Rahmen der Beratungsleistung orientiert sich der Vertragspartner an den bestehenden Versorgungsleitlinien „Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie“ und „Hilfsmittelberatung“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie in der jeweils gültigen Fassung.

1. Voraussetzungen zur Teilnahme

1.1. Personelle Voraussetzungen

Für die Beratung, Einweisung und Betreuung der Versicherten ist nur qualifiziertes Fachpersonal einzusetzen. Mindestanforderung ist die Qualifikation als Medizinprodukteberater mit einschlägiger Berufserfahrung sowie einer speziellen Fort- und/oder Weiterbildung in der Inkontinenzversorgung und -therapie. Die Versorgung ist grundsätzlich von Mitarbeitern des Vertragspartners mit einer Qualifikation als

- staatlich anerkannter Gesundheits- und Krankenpfleger
- staatlich anerkannter Gesundheitskinder- und Kinderkrankenpfleger
- staatlich anerkannter Altenpfleger oder
- Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde

jeweils mit einschlägiger Berufserfahrung durchzuführen. Es gelten die Regelungen der Präqualifizierungskriterien.

1.2. Weiterbildungen

Der Vertragspartner stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur Beratung und Betreuung der Versicherten eingesetzt wird, an mindestens jährlichen, hochwertigen, fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen teilnimmt. Auf Verlangen der AOK NW ist die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen personenbezogen nachzuweisen.

1.3. Statistik

Der Vertragspartner erfasst die Einzelheiten der Versorgungsfälle (Krankenversicherungsnummer, 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, Artikelbezeichnung, Kennzeichnung mehrkostenpflichtig/mehrkostenfrei, abgegebene Stückzahl) monatlich in einer Transparenz-Statistik in Form einer Excel-Tabelle. Die Statistik ist auf Anforderung der AOK NW in datenschutzgerechter Form zur Verfügung zu stellen.

2. Beratung und Betreuung

Zu Beginn der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen hat der Vertragspartner ein Beratungsgespräch mit dem Versicherten, dem gesetzlichen Betreuer, den Angehörigen oder dem Pflegepersonal der stationären Einrichtung durchzuführen und über die Art und Menge sowie Anwendung der Hilfsmittel zu informieren.

Bei Bedarf des Versicherten erfolgt eine persönliche Beratung. In der Regel ist eine telefonische Kontaktaufnahme ausreichend. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren und der AOK NW auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Auf Wunsch des Versicherten ist eine gleichgeschlechtliche Beratung sicherzustellen und ein persönlicher Ansprechpartner für Versorgungsfragen des Versicherten zu benennen.

2.1. Beratungsanlässe

Beratungen sind durchzuführen bei

- Erstversorgungen; wenn die erstmalige Notwendigkeit zur Versorgung eines Versicherten mit saugenden Inkontinenzhilfen erforderlich ist,
- Folgeversorgungen; bedingt durch Bedarfsänderung des Versicherten hinsichtlich Menge und/oder Qualität des bisherigen Produktes sowie Produktumstellungen,
- versorgungsrelevanten Änderungen der vertraglichen Grundlage und
- Wechsel des Vertragspartners.

Zusätzlich zu den vorgenannten Beratungsanlässen ist spätestens 4 Wochen nach der erstmaligen Belieferung mit dem Versicherten Kontakt aufzunehmen (Reevaluation). Dabei ist die Zufriedenheit des Versicherten mit der durchgeführten Versorgung zu prüfen.

Die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten erfolgt am Tag des Verordnungseinganges beim Vertragspartner, spätestens am folgenden Arbeitstag.

2.2. Service

Für die Auftragsannahme, die Beratung, Betreuung, Klärung von Reklamationen und sonstigen Anliegen des Versicherten ist vom Vertragspartner mindestens montags bis freitags (ausgenommen sind gesetzliche Feiertage) in der Zeit von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr eine telefonische Erreichbarkeit seines Fachpersonals sicherzustellen. Zusätzlich ist außerhalb dieser Geschäftszeiten dem Versicherten die Möglichkeit zu geben, Rückrufwünsche zu hinterlassen (Anrufbeantworter). Der Rückruf durch den Vertragspartner ist spätestens am folgenden Werktag sicherzustellen.

2.3. Beratungsort

Das Beratungsgespräch mit dem Versicherten kann grundsätzlich telefonisch durchgeführt werden. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten oder falls der Versicherte nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, erfolgt eine persönliche Beratung und Einweisung sowie Schulung im Umgang mit dem Produkt z.B. in der Häuslichkeit des Versicherten, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in den Räumlichkeiten des Vertragspartners für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal.

Erfolgt die persönliche Beratung außerhalb der Häuslichkeit des Versicherten, muss diese in einem separaten Raum, ohne Publikumsverkehr mit ausreichenden Sitzgelegenheiten, durchgeführt werden. Entsprechender Sicht- und Schallschutz sowie Diskretion sind zu gewährleisten.

Die Option einer kostenlosen Chat- und/oder Videoberatung (digitale Beratung) unter Einhaltung des Datenschutzes mit Einverständnis des Versicherten kann genutzt werden.

2.4. Beratungsinhalt

Der Inhalt des Beratungsgesprächs richtet sich indikationsbezogen nach dem individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Für die Ermittlung des geeigneten Produktes ist im Beratungsgespräch eine Bedarfsermittlung (vgl. Anlage 3) vorzunehmen. Werden Komplikationen festgestellt bzw. berichtet der Versicherte von entsprechenden Komplikationen ist immer eine ärztliche Vorstellung notwendig. Der Vertragspartner verweist den Versicherten umgehend an den behandelnden Arzt.

2.5. Bemusterung

Bei jeder Erstversorgung im häuslichen Bereich des Versicherten stellt der Vertragspartner dem Versicherten mindestens zwei geeignete mehrkostenfreie Produktmuster, wenn möglich von jeweils zwei verschiedenen Herstellern, in mindestens zweifacher Stückzahl, zu Testzwecken kostenfrei zur Verfügung. Die Produktmuster müssen dem Schweregrad der Inkontinenz, sonstigen Behinderungen und Erkrankungen des Versicherten und der anatomisch passenden Größe entsprechen. Dies gilt auch für Folgeversorgungen aufgrund eines Produktwechsels. Bei Bedarf, bei Wunsch des Versicherten und Versorgungsunstimmigkeiten hat auch im stationären Versorgungsbereich eine Bemusterung und Erprobung zu erfolgen.

2.6. Dokumentation

Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten, des gesetzlichen Vertreters/Betreuers oder des Angehörigen zu bestätigen (Versicherteninformation). Im Rahmen der stationären Versorgung wird alternativ die Unterschrift der Pflegedienstleitung anerkannt. Der Dokumentationsbogen für das Beratungsgespräch muss mindestens die in Anlage 3 benannten Punkte beinhalten.

Die Beratungsdokumentation und die Versicherteninformation bewahrt der Vertragspartner gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK NW auf Anforderung unverzüglich zur Verfügung. Kann der Vertragspartner den

Beratungsnachweis nicht erbringen, behält sich die AOK NW die Prüfung eines möglichen Vertragsverstoßes gemäß § 12 vor.

3. Lieferung

Die Lieferung erfolgt unverzüglich, werktags spätestens nach 48 Stunden. Dies gilt nicht, wenn die Abgabe des Hilfsmittels z.B. aufgrund laufender Krankenhausbehandlung erst später möglich ist oder in Abstimmung mit dem Versicherten, z.B. bei Nachlieferungen und ausreichendem Vorrat des Versicherten.

Der Vertragspartner liefert aufsaugende Inkontinenzhilfen für den Monatsbedarf frei Haus. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine Lieferung in neutraler Verpackung. Für die Lieferung kann der Vertragspartner ein Versandunternehmen beauftragen.

Die Lieferung deckt grundsätzlich einen Monatsbedarf ab und ist dem Versicherten rechtzeitig vor Beginn des Versorgungsmonats zur Verfügung zuzustellen

Der Vertragspartner verpflichtet sich, in Abstimmung mit dem Versicherten, vor der ersten Lieferung den Bedarf und einen Liefertermin zu vereinbaren. Die jeweiligen Liefermengen und Lieferintervalle (z.B. automatische Terminlieferungen, Lieferung auf Anforderung) sind unter Berücksichtigung der Lagerungsmöglichkeiten des Versicherten mit dem Versicherten oder der stationären Einrichtung abzustimmen. Der Vertragspartner prüft einmal jährlich die Zufriedenheit des Versicherten mit der Lieferung und hat diese entsprechend anzupassen. Der Vertragspartner trägt das Risiko für größere Liefermengen bei Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Tod des Versicherten, Krankenkassenwechsel).

Die Lieferung erfolgt im gebrauchsfertigen und kompletten Zustand. Der Vertragspartner gewährleistet zum Übergabezeitpunkt des Hilfsmittels dessen einwandfreien Zustand und Funktionsfähigkeit.

Eine Auftrags- und Paketverfolgung in Echtzeit über ein Online-Tool bzw. per E-Mail können dem Versicherten durch den Vertragspartner ergänzend und auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten kostenfrei angeboten werden.

Anlage 2 – Preisvereinbarung

Vertragsschlüssel: 19 21 515

Hilfsmittelpositionsnummer	Beschreibung	Monatspauschale (Nettobetrag)	Verwendungskennzeichen
15.00.25.0200	Pauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel im häuslichen Bereich	14,70 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)	24,00 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)	30,00 EUR	08/09
15.00.25.0500	Pauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel in stationären Einrichtungen , die nach § 4 Nr. 16 des Umsatzsteuergesetzes (UStG) von der Umsatzbesteuerung befreit sind	24,00 EUR	08/09

Anlage 3 – Beratungsdokumentation (Muster)

Angaben zum Versicherten		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		Versichertennummer:
Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> Versicherter <input type="checkbox"/> Betreuungsperson <input type="checkbox"/> sonstige		

Beratungsort	
<input type="checkbox"/> telefonische Beratung	<input type="checkbox"/> persönliche Beratung <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> Räumlichkeit des Leistungserbringers

Beratungsanlass	
<input type="checkbox"/> Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
<input type="checkbox"/> Erstberatung durch Leistungserbringer	<input type="checkbox"/> Folgeberatung (lfd. Versorgungsfall)
<input type="checkbox"/> Reevaluation/Zufriedenheitsabfrage mit Lieferung	
Materialumstellung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bedarfsermittlung		
Inkontinenzart: <input type="checkbox"/> nur Urin <input type="checkbox"/> Urin und Stuhl <input type="checkbox"/> Stuhl		
Inkontinenzform: <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz, OAB <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> rezidiv <input type="checkbox"/> neurogene Reflexblase <input type="checkbox"/> neurogene atone Blase <input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz		
Schweregrad der Inkontinenz: im 4 Stundenzeitraum <input type="checkbox"/> geringe Menge ¹ <input type="checkbox"/> mittlere Menge ² <input type="checkbox"/> große Menge ³ <input type="checkbox"/> intervallartig, in kurzer Zeit große Mengen		
Tägliche Trinkmenge?		
Mobilität: <input type="checkbox"/> komplett bettlägerig <input type="checkbox"/> teilweise bettlägerig <input type="checkbox"/> rollstuhlpflichtig		<input type="checkbox"/> mobil auf Zimmerebene <input type="checkbox"/> mobil mit Gehhilfen (Stützen, Rollator) <input type="checkbox"/> mobil in der häuslichen Umgebung <input type="checkbox"/> uneingeschränkt mobil
Toilettengang/ Anzahl täglich: <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Versorgung im Bett
Pflegegrad?		
Größe in cm:	Gewicht in kg:	
Konfektionsgröße:	Bundumfang:	
Beurteilung der Umgebungshaut: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> lädiert <input type="checkbox"/> mazeriert		
Versorgungsrelevante Allergie: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> liegt vor, Angabe der Allergie:		
Arzneimittelversorgung: sofern Einfluss auf die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln		
Bisherige Versorgung:		

Wechselfrequenz		
Bedarf pro Monat:	davon Tagesversorgung:	davon Nachtversorgung:

¹ Richtwert für mittlere Inkontinenz: Urinabgabe 100 bis 200 ml in 4 Stunden

² Richtwert für schwere Inkontinenz: Urinabgabe über 200 ml bis 300 ml in 4 Stunden

³ Richtwert für schwerste Inkontinenz: Urinabgabe über 300 ml in 4 Stunden

Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der PG 15 vom 01.02.2022, AC/TK: 19 21 515 (in der geltenden Fassung vom 01.04.2024)

Versorgungsvorschlag
Empfohlene zwei geeignete mehrkostenfreie Produkte (10-Steller): Erforderliche monatliche Menge:

Lieferung
Abgestimmtes Versorgungsintervall: Lieferanschrift:

Versicherteninformation:

- Erläuterung der Versorgung im Rahmen der Pauschalvergütung
- Information über verschiedene mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten
- Erklärung des Versorgungsablaufes
- Hinweis, dass bei Wahl einer mehrkostenpflichtigen Versorgung eine schriftliche, unterschriebene Vereinbarung („Mehrkostenerklärung“) erforderlich ist
- Hinweis, dass ein Wechsel des Leistungserbringers nur zu Beginn des Kalendermonates möglich ist und der Nachweis der Versorgungsbeendigung gemäß § 6 Abs. 10 erforderlich ist

Datum:	Unterschrift des Mitarbeiters:
Uhrzeit:	Unterschrift des Versicherten:

Anlage 4 – Mehrkostenerklärung (Muster)

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse - IK
---	--

Ich wurde über das qualitativ hochwertige mehrkostenfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot einer Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln durch den Leistungserbringer informiert.

Mir wurden folgende Produkte zu Testzwecken im Rahmen der Bemusterung zur Verfügung gestellt:

Produktbezeichnung und Hilfsmittelnummer (10-Steller), erforderliche Menge	Mehrkosten pro Monat (inkl. MwSt.) / pro Stück
	EUR <input type="text"/> / EUR
	EUR <input type="text"/> / EUR
	EUR <input type="text"/> / EUR
	EUR <input type="text"/> / EUR

Bitte kreuzen Sie das Produkt an, für das Sie sich entschieden haben.

Obwohl ich über die Möglichkeiten einer mehrkostenfreien Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich keine Versorgung mit mehrkostenfreien Inkontinenzartikeln. Die daraus entstehenden Mehrkosten trage ich.

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind insbesondere durch

- Funktion:
 - Urinaufnahme und Urinverteilung
 - Auslaufschutz
 - Hauttrockenheit und/oder,

- Tragekomfort:
 - Tragegefühl
 - Passform (Länge, Breite, Dicke, Gewicht)
 - Formstabilität
 - Diskretion (u.a. Knistern, Wahrnehmbarkeit) und/oder,

- Handhabung:
 - Anlegen
 - Entfernen
 - Entsorgen und/oder,

- Schadstoffe/Inhaltsstoffe und/oder,

- Sonstiges ----- bedingt.

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------