

Vertrag

über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen

nach § 127 Abs. 2 SGB V

vom 1. Dezember 2016

zwischen der

AC/TK 15 09 P15

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

im Folgenden AOK RPS genannt

und

Leistungserbringer P15

im Folgenden Leistungserbringer genannt

Präambel

Auf der Grundlage des § 127 Abs. 2 SGB V sowie des Versorgungsanspruchs nach § 33 Abs. 1 SGB V regeln die Vertragsparteien die Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen. Der Vertrag soll durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Ziel einer fachgerechten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten der AOK RPS gekennzeichnet sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung von Versicherten der AOK RPS mit den in der **Anlage 2** aufgeführten Hilfsmitteln zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen auf Basis einer Vergütung mit Monatspauschalen, die in **Anlage 4** näher bestimmt sind. Der Vertrag gilt sowohl für die Versorgung im ambulanten bzw. häuslichen Bereich als auch für vollstationär untergebrachte Versicherte (§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI), wenn für die entsprechende Einrichtung kein Vertrag über die pauschale Abgeltung der Kosten für Inkontinenzartikel für in Heimen, Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachte Versicherte nach § 127 Abs. 2 SGB V besteht.
- (2) Die gleichzeitige Versorgung mit aufsaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln ist nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer Stuhl- und Harninkontinenz möglich. Ableitende Inkontinenzhilfen sind von diesem Vertrag nicht umfasst.
- (3) In erster Linie regelt dieser Vertrag die Neuversorgung mit den in **Anlage 2** genannten Hilfsmitteln. Für bereits bestehende bzw. laufende Versorgungsungen gelten die Übergangsregelungen.
- (4) Der „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung findet auf die Versorgung nach diesem Vertrag ebenfalls Anwendung. Der Vertrag ist unter www.aok-gesundheitspartner.de/rp/hilfsmittel/vertraege_preise veröffentlicht. Der Kodex Medizinprodukte in der jeweils aktuell gültigen Fassung ist Vertragsbestandteil und vom Leistungserbringer einzuhalten.
- (5) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Qualitäts- und Versorgungsstandards
 - Anlage 2** Leistungsbeschreibung
 - Anlage 3** Versichertenerklärung
 - Anlage 4** Preisvereinbarung
 - Anlage 5** Mehrkostenerklärung
 - Anlage 6** Werbung
 - Anlage 7** Beitritts- und Anerkenntniserklärung

§ 2 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur berechtigt, wenn sie die Präqualifizierungsvoraussetzungen in der jeweils aktuell gültigen Fassung und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen (§ 126 Abs. 1 SGB V). Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen nicht, nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK RPS.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 7** nachzuweisen. Bis zum Nachweis entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt keine rechtliche Wirkung.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, die die Eignung bzw. Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK RPS schriftlich mitzuteilen.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln als auch mit den entsprechenden Dienst- und Serviceleistungen hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Die Versorgung unterschreitet nicht das Maß des Notwendigen und muss in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet
 - eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten,
 - eine sach- und fachgerechte und qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie Versorgung mit Hilfsmitteln, die dem aktuellen Stand der Medizintechnik entsprechen,
 - die unverzügliche und ausreichende Abgabe bzw. Lieferung von Hilfsmitteln bei der Erstversorgung und Sicherstellung der rechtzeitigen kontinuierlichen Abgabe bzw. Lieferung der Folgeversorgungen,
 - die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Herstellerhinweise,
 - die fachgerechte Beratung der Versicherten und ggf. deren Angehörigen und Pflegepersonen bei der Auswahl, in die Handhabung und in die sachgerechte Pflege der Hilfsmittel,
 - die fachgerechte Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel und
 - die fachliche Nachbetreuung der Versicherten.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet die Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards entsprechend **Anlage 1**.
- (4) Der Leistungserbringer hat fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (**Anlage 1**). Sofern sich der Leistungserbringer zur Ausführung der vertraglichen Verpflichtungen Dritter bedient, hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Dritte die fachlichen Voraussetzungen gemäß **Anlage 1** erfüllt; § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Vertrages gelten entsprechend. Für Dritte haftet der Leistungserbringer wie für Erfüllungsgehilfen.

- (5) Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V beschriebenen allgemeinen medizinischen und technischen Anforderungen und Ausstattungen stellen die Mindestanforderungen der abzugebenden Hilfsmittel dar.
- (6) Einzuhalten sind insbesondere die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV), die Herstellerhinweise sowie die Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.
- (7) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind aufzahlungsfrei zu erbringen. Wählt der Versicherte der AOK RPS jedoch Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat der Leistungserbringer den Versicherten über die hierdurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld aufzuklären. Die Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Eine Mehrkostenerklärung entsprechend **Anlage 5** ist vom Leistungserbringer auszufüllen und vom Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die Dokumentation entsprechend **Anlage 5** ist der AOK RPS auf Verlangen vorzulegen. Sofern keine Dokumentation über die Aufklärung des Versicherten vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Aufklärung stattfand; § 2 Abs. 1 Satz 3 ist anzuwenden.
- (8) Es erfolgt keine Risikoselektion durch den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer lehnt keine Versorgung auf Grundlage dieses Vertrages ab, auch die nicht, die ihm von der AOK RPS zugewiesen wird. Einer Ablehnung der Versorgung durch den Leistungserbringer muss die AOK RPS zustimmen. Kommt der Leistungserbringer dieser vertraglichen Versorgungsverpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK RPS berechtigt, einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen. In diesem Fall hat der untätig gebliebene oder nicht rechtzeitig tätig gewordene Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten dieser Ersatzversorgung zu tragen.
- (9) Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nur, soweit eine mindestens mittelgradige (Richtwert lt. Hilfsmittelverzeichnis: mind. 100 ml Harnverlust in 4 Stunden) Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vorliegt und der Einsatz der aufsaugenden Inkontinenzhilfen medizinisch indiziert und im Einzelfall erforderlich ist, um den Versicherten in die Lage zu versetzen, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.
- (10) Keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für aufsaugende Inkontinenzhilfen, die ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustands eine dauernde Bettlägerigkeit vorliegt und Inkontinenzhilfen aus hygienischen oder pflegerischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommen.

Auf Anfrage ist der Leistungserbringer verpflichtet, die versorgungsrelevanten Informationen der AOK RPS mitzuteilen. Für schuldhaft erteilte Fehlinformationen haftet der Leistungserbringer.

§ 4 Verordnung

- (1) Die Durchführung einer Versorgung bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16); in begründeten Fällen ist eine Verordnung eines (ermächtigten) Krankenhausarztes ausreichend. Ein begründeter Fall ist insbesondere die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, soweit ein Vertragsarzt aus Gründen der Eilbedürftigkeit (z. B. am Wochenende) nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

- (2) Eine vertragsärztliche Verordnung ist erforderlich für die Erstversorgung, für die erstmalige Versorgung nach diesem Vertrag und bei einer medizinisch gebotenen Änderung der ärztlichen Diagnose (§ 33 Abs. 5a SGB V). Spätestens nach Ablauf von zwölf Kalendermonaten ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung für die Durchführung der Folgeversorgungen vorzulegen.
- (3) Im Rahmen des Entlassmanagements gilt die Verordnung von Hilfsmitteln für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen, bei Abrechnung einer Monatspauschale maximal für einen Kalendermonat.
- (4) Aus der Verordnung hat die ärztliche Diagnose hervorzugehen. Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung sind nur vom ausstellenden Arzt vorzunehmen, mit Datum und ggf. Arztstempel zu versehen und zu unterzeichnen.
- (5) Eine für die Vergangenheit ausgestellte Verordnung begründet keinen Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.
- (6) Ohne Verordnung entsteht kein Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.
- (7) Wird die Verordnung vom Leistungserbringer später als vier Wochen nach ihrer Ausstellung beliefert, so entfällt der Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.

§ 5 Aufklärung und Einweisung in den Gebrauch

- (1) Zur Feststellung des individuellen Versorgungsbedarfs hat der Leistungserbringer bei der Erstversorgung, der Veränderung der bisherigen Versorgung, der Versorgung nach Änderung der ärztlichen Diagnose (§ 33 Abs. 5a SGB V) oder beim Wechsel des Leistungserbringers während der laufenden Versorgung die Versicherten und ggf. deren Angehörige und Pflegepersonen fachlich umfassend über die Inkontinenzversorgung aufzuklären und zu beraten und in die sachgerechte Anwendung der jeweiligen Hilfsmittel einzuweisen. Soweit es notwendig ist oder von den Versicherten und ggf. deren Angehörigen und Pflegepersonen nachgefragt wird, findet die Beratung und Einweisung auch im häuslichen Bereich oder an anderen Örtlichkeiten (z. B. im Krankenhaus) statt.
- (2) Bei der Erstversorgung, Veränderung der bisherigen Versorgung, Versorgung nach Änderung der ärztlichen Diagnose oder beim Wechsel des Leistungserbringers während der laufenden Versorgung stellt der Leistungserbringer den Versicherten der AOK RPS mindestens zwei aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten, gegebenenfalls von verschiedenen Herstellern, in anatomisch passender Größe als Muster kostenfrei zur Verfügung, damit der Versicherte die Inkontinenzprodukte eigenständig ausprobieren kann.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet die Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards entsprechend **Anlage 1**.
- (4) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer vor bzw. bei erstmaliger Versorgung durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag entsprechend **Anlage 3** „Versichertenerklärung“ aufzuklären. Die vom Versicherten unterschriebene **Anlage 3** ist der AOK RPS auf Anforderung für jeden Versicherten vorzulegen. Der Leistungserbringer kann eine eigene, der **Anlage 3** entsprechende, inhaltsgleiche Erklärung einsetzen; insoweit hat er die Abweichungen zu verantworten.
Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die Leistung umfasst sämtliche im Einzelfall medizinisch notwendigen und zum Behinderungsausgleich notwendigen aufsaugenden Inkontinenzhilfen. Eine bedarfsgerechte, sach- und fachgerechte Versorgung der Versicherten der AOK RPS ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen. Dazu sind alle für die Versorgung erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen, insbesondere Abgabe, Anlieferung, Beratung, Betreuung, Einweisung in den fachgerechten Gebrauch sowie Pflege der Hilfsmittel, Erprobung sowie Nachbetreuung zu erbringen.
- (2) Der Versicherte erhält die notwendigen Inkontinenzhilfen in ausreichender Anzahl sowie vereinbarter Qualität, ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung. Dabei hat der Leistungserbringer auf die individuelle Versorgungssituation (z. B. bei Rollstuhlfahrern) oder auf das vorliegende Krankheitsbild des Versicherten abzustellen. Mehr- und Andersbedarfe, z. B. aufgrund von Krankheiten oder Hautunverträglichkeiten, hat der Leistungserbringer den Versicherten i. R. dieses Vertrages, ggf. in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, zur Verfügung zu stellen. Zur Vermeidung von Komplikationen und auf Veranlassung des Versicherten ist eine Nachbetreuung, insbesondere i. S. d. §§ 3 und 5, durch den Leistungserbringer sicherzustellen.
- (3) Die Stückzahl der benötigten aufsaugenden Inkontinenzhilfen kann nicht allein auf Basis der individuellen Ausscheidungsmenge und des technisch maximalen Aufsaugvermögens der Produkte errechnet werden. Auch die hygienischen Anforderungen und ebenso die pflegerische Situation sind stets zu beachten.
- (4) Der Leistungserbringer hält für den individuellen Bedarf der Versicherten der AOK RPS ein bedarfsgerechtes, alltagsrelevantes und hochwertiges Produktsortiment mit jeweils mindestens zwei zum Behinderungsausgleich geeigneten Versorgungsmöglichkeiten nach **Anlage 2**, gegebenenfalls von zwei verschiedenen Herstellern, zur aufzahlungsfreien Versorgung vor.
- (5) Die Inhalte der **Anlagen 1 und 2** stellen die Mindestanforderungen der Leistungserbringung dar.
- (6) Verantwortlich für die individuelle, ausreichende, zweckmäßige, bedarfs- und alltagsgerechte Beratung sowie Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln und für die Qualität der eingesetzten Hilfsmittel ist der Leistungserbringer.

§ 7 Ablauf der Versorgung

- (1) Die Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln erfolgt kalendermonatlich. Im Einvernehmen und Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer kann, unter Berücksichtigung der Lagerungsmöglichkeiten beim Versicherten, die Versorgung abweichend von Satz 1 auf Risiko des Leistungserbringers auch für mehrere Kalendermonate, höchstens jedoch für drei Kalendermonate, erfolgen; davon unberührt bleiben die Abrechnungsregelungen und Regelungen über die gesetzliche Zuzahlung.
- (2) Die Versorgung resp. der Versorgungszeitraum beginnt frühestens in dem Kalendermonat, in dem der Vertragsarzt die Hilfsmittelversorgung verordnet hat. Maßgeblich für die Bestimmung des Beginns des Versorgungszeitraums bzw. des Kalendermonats ist der Tag nach Ausstellen der Verordnung.

Die Versorgung endet an dem Tag im Kalendermonat, in dem die Versorgung wegen Wegfall der medizinischen Notwendigkeit oder Ende der Versicherung bzw. Mitgliedschaft, z. B. durch Tod, endet.

- (3) Für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ist keine Auftragserteilung durch die AOK RPS erforderlich.
- (4) Auf dem Lieferschein oder der Empfangsbestätigung ist der Versorgungszeitraum, der besonders für den Versicherten deutlich erkennbar sein muss, vom Leistungserbringer anzugeben. Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter hat die Lieferung bzw. den Erhalt der Produkte schriftlich zu bestätigen.
- (5) Sofern der Versicherte für jeweils einen vollen Kalendermonat, z. B. aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, nicht im Rahmen dieses Vertrages versorgt werden muss, entfällt der Versorgungsanspruch des Leistungserbringers für diesen Kalendermonat bzw. diese Kalendermonate.
- (6) Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraums am Ende des jeweiligen Versorgungszeitraums möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung in Abstimmung mit dem Versicherten den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen.
- (7) Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Leistungserbringer die Leistung mit der AOK RPS abgerechnet hat. Dies ist ggf. durch Vorlage der Versichertenerklärung, **Anlage 3**, vom Leistungserbringer nachzuweisen.

§ 8 Rechnungslegung, Fälligkeit

- (1) Zur Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen erstellt der Leistungserbringer für die abgeschlossene kalendermonatliche Versorgung eine Rechnung. Der Versorgungszeitraum ist stets vom Leistungserbringer auf der Rechnung anzugeben.
- (2) Die Abrechnung von Leistungen für in der Zukunft liegende Versorgungszeiträume ist nicht zulässig.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt in zwei getrennten Sammelrechnungen nach dem Versichertenbestand der ehemaligen AOK Rheinland-Pfalz und der ehemaligen AOK Saarland.
- (4) Für die Abrechnung von Hilfsmitteln gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 SGB V.
- (5) Die Rechnung von „Sonstigen Leistungserbringern“ ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Hilfsmittelabrechnung
Goethestraße 24
67457 Worms

Die Rechnung von Apotheken ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Zentrale Abrechnung/Beleglesung
Jahnstr. 1
56470 Bad Marienberg

(6) Bei der Abrechnung der jeweiligen Monatspauschale sind als rechnungsbegründende Unterlagen mit der Rechnung einzureichen:

- Vertragsärztliche Verordnung

Eine vertragsärztliche Verordnung im Original ist in den Fällen des § 4 Abs. 2 dieses Vertrages beizufügen. Spätestens nach Ablauf von zwölf Kalendermonaten ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.

- Lieferschein mit Empfangsbestätigung

Der Versicherten oder ein von ihm Bevollmächtigter/Beauftragter bestätigt den Empfang mit Datum auf dem Lieferschein/der Empfangsbestätigung, wobei erkennbar sein muss, in welchem Verhältnis der Bevollmächtigte/Beauftragte zum Versicherten steht (z. B. „Tochter“). Die Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Beauftragten auf der Empfangsbestätigung muss in zeitlicher Kongruenz zum Versorgungszeitraum stehen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Empfangsnachweis des Paketdienstes ausreichend.

Wenn die Lieferung die Versorgung für mehr als einen Kalendermonat umfasst, die Abrechnung jedoch je Kalendermonat erfolgt, reicht der Leistungserbringer im ersten Kalendermonat den Lieferschein und die Empfangsbestätigung im Original ein und für die Abrechnung der Folgemonate eine Kopie des Lieferscheins und der jeweiligen Empfangsbestätigung unter Angabe des Versorgungszeitraumes, für den die Lieferung gilt.

Alternativ kann eine Kopie des Lieferscheins und der Empfangsbestätigung anstelle der Originalunterlagen eingereicht werden.

Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.

(7) Die Abrechnung genügt erst dann diesem Vertrag, wenn der AOK RPS sowohl die Daten nach § 302 SGB V im Rahmen des Datenträgeraustauschs (DTA) als auch die rechnungsbegründenden Unterlagen vollständig und prüffähig vorliegen. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

- (8) Bei mangelnder Prüffähigkeit, auffallenden Differenzen sowie Unstimmigkeiten oder Abrechnung anderer als der vereinbarten Preise kann die AOK RPS dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben sowie die Begleichung der Rechnung verweigern.
- (9) Sofern zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungspositionen resp. Abrechnungskürzungen abermals in Rechnung gestellt werden, sind sie von den anderen Abrechnungspositionen deutlich hervorzuheben. Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungsposten oder Abrechnungskürzungen bei einer etwaigen späteren Abrechnung oder Mahnung detailliert samt der vollzogenen Abänderung aufzulisten, insoweit sind bloße Bezugnahmen bzw. pauschale Verweise auf andere Abrechnungsunterlagen nicht statthaft. Um die Transparenz bei der Abrechnung zu wahren, ist bei einer erneuten Abrechnung eine separate Rechnungsaufstellung anzufertigen. Auf Anforderung der AOK RPS sind die Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V nochmals zur Verfügung zu stellen.
- (10) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden. Soweit die AOK RPS Zahlungen geleistet hat, ist sie zur Rückabwicklung berechtigt.
- (11) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für die Abrechnungsstelle, deren sich der Leistungserbringer bedient; der Leistungserbringer schafft mit dessen Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (12) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.

§ 9 Vergütung

- (1) Für vertragliche Leistungen erhält der Leistungserbringer nach vertragskonformer Leistungserbringung und Abrechnung eine Vergütung, deren Höhe sich nach **Anlage 4** bestimmt.

Die Vergütung erfolgt nach der jeweiligen Monatspauschale für den Kalendermonat, für den tatsächlich eine Abgabe von abrechnungsfähigen Hilfsmitteln im Sinne dieses Vertrages nachgewiesen wird; sie kann nur einmal abgerechnet werden. Die Monatspauschale i. S. dieses Vertrages ist ein Höchstpreis für die - insbesondere in §§ 5 und 6 und den **Anlagen 1 und 2** - definierten Leistungen innerhalb eines Kalendermonats, und zwar unabhängig von dem im Einzelfall bedarfs-, sach- und fachgerechten Bedarf des Versicherten.

- (2) Die AOK RPS überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen einschließlich des DTA. Bei Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen und des DTA wird Skonto in Höhe von 2% gewährt. Die in Satz 1 und 2 genannten Fristen gelten als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen arbeitsfreien Tag (Samstag, Sonntag oder Feiertag), so verschiebt sich die Frist auf den nächsten Arbeitstag.

- (3) Mit den vereinbarten Preisen gemäß **Anlage 4** sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der AOK RPS erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten, die nach der vertraglichen Leistungsbeschreibung – insbesondere in den §§ 5 und 6 und den **Anlagen 1 und 2** – festgeschrieben sind, und zwar unabhängig von dem individuellen notwendigen Bedarf des Versicherten. Weder der AOK RPS noch dem Versicherten entstehen für Leistungen nach diesem Vertrag weitere Kosten.
- (4) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Darüber hinaus darf der Leistungserbringer vom Versicherten keine Auf- sowie Zuzahlungen, außer der gesetzlich festgelegten Zuzahlung, verlangen. Dies gilt nur soweit der Versicherte keine ausdrücklich gewünschte Mehrleistung nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V verlangt; dies ist gemäß **Anlage 5** zu dokumentieren.
- (5) Sobald der vertragliche Versorgungsanspruch des Leistungserbringers entfällt, schuldet die AOK RPS keine Vergütung.
- (6) Sofern eine Abrechnungsstelle rechnungsbegründende Unterlagen zur Abrechnung einreicht, zahlt die AOK RPS an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Fällige Forderungen, die der AOK RPS gegenüber dem Leistungserbringer zustehen, können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden; der Leistungserbringer hat die Pflicht mit seiner Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür zu schaffen. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (7) Für die Tätigkeit und Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für einen Erfüllungsgehilfen.

§ 10 Qualitätssicherung, Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer Daten in Form einer Excel- oder Accesstabelle über die abgegebenen Hilfsmittel entsprechend **Anlage 1**.
- (2) Die AOK RPS ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Dazu gehört auch die kurzfristige Übermittlung eines Nachweises der an die Versicherten gelieferten Produkte (z. B. Lieferschein mit Empfangsbestätigung).
- (3) Der Leistungserbringer unterliegt einer allgemeinen Wirtschaftlichkeitsüberprüfung (§§ 2, 12, 70 sowie § 284 Abs. 1 Nr. 8 und 9 SGB V). Die AOK RPS prüft die ihr übermittelten Abrechnungsdaten auf Fachlichkeit, Vertragskonformität, Rechtmäßigkeit sowie Plausibilität. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die festgestellten Auffälligkeiten durch Vorlage von Rechnungen, Dokumentationen oder eigene Stellungnahmen aufzuklären und durch Übersendung von Kopien bzw. Ausdrucken nachzuweisen, auch wenn diese bereits der AOK RPS zur Verfügung gestellt worden sind. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung zeitlich begrenzt.

§ 11 Vertragsverstöße, -maßnahmen und -strafen

- (1) Dieser Vertrag geht von dem Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner sorgen für eine gewissenhafte Durchführung der Bestimmungen dieses Vertrages.
- (2) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die AOK RPS nach schriftlicher oder mündlicher Anhörung des Leistungserbringers unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit
 - eine Verwarnung oder Androhung einer Vertragsstrafe aussprechen,
 - die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zu 5% des jährlichen Bruttoumsatzerlöses nach diesem Vertrag verlangen,
 - bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen diesen Vertrag fristlos kündigen oder
 - bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.

Unabhängig davon ist der durch eine Vertragsverletzung entstandene Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen. Diese Rückforderungen sind sofort fällig.
- (3) Die Maßnahmen nach Absatz 2 können auch nebeneinander ausgesprochen werden.
- (4) Bei einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren oder bei Aufklärung im Rahmen des § 197a SGB V – Fehlverhalten im Gesundheitswesen – entfällt die vorherige Anhörung.

§ 12 Datenschutz, Vertraulichkeit

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen seinen Arbeitnehmern bzw. beauftragten Dritten bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Zusätzlich verpflichtet der Leistungserbringer seine Arbeitnehmer und ggf. beauftragte Dritte schriftlich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Auf Verlangen der AOK RPS übermittelt er kostenlos Kopien der Erklärungen seiner Arbeitnehmer sowie der von ihm beauftragten Dritten.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der AOK RPS, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (3) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (4) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen die Vorschriften des Datenschutzes kann die AOK RPS diesen Vertrag fristlos kündigen.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit des Vertrages hinaus sicherzustellen.

§ 13 Werbung, Verhaltensregeln, unzulässige Zusammenarbeit

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der Pflegeversicherung (PV) beziehen (**Anlage 6**) und haben sich lediglich auf sachliche Informationen zu beschränken.
- (2) Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Leistungspflicht der GKV bzw. PV ist die personenbezogene Werbung gegenüber Vertragsärzten, ermächtigten Krankenhausärzten und Versicherten etc. unzulässig.
- (3) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise nicht beeinflussen. Rechtsgeschäfte oder Absprachen des Leistungserbringers mit Versicherten, anderen Leistungserbringern oder Dritten über die Zuführung von Versicherten, die Durchführung von Aufträgen oder die Belieferung von vertragsärztlichen Verordnungen sind unzulässig und gelten als schwerwiegende Vertragsverstöße.
- (4) Dem Leistungserbringer ist es verboten, im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag Geldleistungen von Dritten/an Dritte, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen anzunehmen bzw. anzubieten.
- (5) Vergütungen von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, 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 dieses Vertrages.
- (6) § 128 SGB V ist zu beachten.

§ 14 Haftung, Insolvenz und Geschäftsaufgabe

- (1) Der Leistungserbringer haftet für schuldhafte Vertragspflichtverletzungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, der AOK RPS 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 RPS unverzüglich anzuzeigen.

§ 15 Übergangsregelungen

- (1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK RPS auf Basis anderer Verträge mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln versorgt, werden diese Fälle in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt. Der erstmaligen Abrechnung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages ist eine neue vertragsärztliche Verordnung beizufügen.

Sofern vom Leistungserbringer eine noch gültige Verordnung im Rahmen der Abrechnung nach dem bisher gültigen Vertrag vorgelegt wurde, ist eine Kopie der Verordnung ausreichend.

- (2) Bereits vor Beginn dieses Vertrages ausgestellte vertragsärztliche Verordnungen und deren Vergütung gelten maximal bis zum 31. Januar 2017, bezogen auf den Versorgungszeitraum, fort.
- (3) Bisher durch den Leistungserbringer als notwendig erkannte Versorgungsleistungen, welche durch die regelmäßige Belieferung erkennbar sind, werden weiterhin beliefert bzw. anerkannt.

§ 16 Öffentliche Ausschreibung

Sofern die AOK RPS eine Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 SGB V für Hilfsmittel nach diesem Vertrag durchführt, kommen die Regelungen dieses Vertrages mit dem Zeitpunkt des Beginns des Ausschreibungsvertrages für die ausgeschriebenen Hilfsmittel nicht mehr zur Anwendung.

§ 17 Vertragsbeginn, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag beginnt zum 1. Dezember 2016 und gilt für alle ab dem 1. Dezember 2016 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen. Mit Beginn dieses Vertrages enden alle bisherigen Verträge für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen im Rahmen der ambulanten Versorgung.
- (2) Dieser Vertrag sowie dessen Anlagen können ganz oder teilweise mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende, erstmals zum 30. Juni 2018 gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- (3) Der Vertrag endet im Falle der Kündigung auch für gemäß § 127 Absatz 2a SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (4) Zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages begonnene Versorgungsleistungen werden vom Leistungserbringer ungeachtet der Kündigungen nach den Bestimmungen dieses Vertrages bis zur Weiterversorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer zu Ende geführt. Für diesen Zeitraum wirken die Regelungen dieses Vertrages fort.

§ 18 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Das betrifft auch das Schriftformerfordernis selbst.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so wird davon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Die Vertragsparteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Bestimmung oder Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

- (3) Sollte der AOK RPS durch gesetzliche Veränderungen, eine Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung oder sonstige rechtliche Vorgaben die Durchführung dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht der AOK RPS ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages zu. Soweit jedoch die Anpassung des bestehenden Vertrages an geänderte gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben bzw. an eine geänderte Rechtsprechung möglich und zumutbar ist, geht diese der außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages vor.

Eisenberg,

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse

Leistungserbringer P15

Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Allgemeines

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Aufklärung, Beratung, Betreuung, Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels und bedarfsgerechte, sach- und fachgerechte Versorgung der Versicherten der AOK RPS sicherzustellen. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des Versicherten und ggf. dessen Angehörigen oder Pflegepersonen Rechnung zu tragen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, erfolgt die Beratung und Anleitung der Angehörigen und bei Bedarf der Pflegepersonen und des Fachpersonals bei vollstationärer Pflege.

Zur Entgegennahme von Versorgungsaufträgen hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag mindestens 8 Stunden während der üblichen Geschäftszeiten eine ständige Erreichbarkeit zu gewährleisten.

2. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Zu Beginn jeder Erstversorgung, erstmaligen Versorgung durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen und bei Änderung der ärztlichen Diagnose erfolgt durch den Leistungserbringer telefonisch oder persönlich ein Beratungs- und Informationsgespräch zur Bedarfsermittlung. Bei einer persönlichen Beratung hat diese in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum zu erfolgen.

Der Leistungserbringer führt mit dem Versicherten, dessen Angehörigen und ggf. dessen Pflegepersonen ein Beratungs- und Informationsgespräch über die Versorgungsmöglichkeiten, die Auswahl und Anwendung der Inkontinenzartikel, um den individuellen Bedarf einer bedarfsgerechten, alltagsrelevanten und hochwertigen Versorgung festzustellen. Die Beratung orientiert sich an dem Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten, dessen Angehörigen bzw. Pflegepersonen der AOK RPS über seine Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung und stellt dem Versicherten mindestens zwei aufzahlungsfreie, individuell geeignete Versorgungsmöglichkeiten, gegebenenfalls von verschiedenen Herstellern, in anatomisch passender Größe als Muster kostenfrei zur Verfügung, damit der Versicherte die Inkontinenzprodukte eigenständig ausprobieren kann. Das Angebot der aufzahlungsfreien, individuell geeigneten Inkontinenzhilfen entspricht dem Schweregrad der Inkontinenz und ggf. den sonstigen Behinderungen oder Erkrankungen des Versicherten.

Bei der Auswahlentscheidung soll den Wünschen des Versicherten entsprochen werden, soweit diese das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten, angemessen sind und medizinische bzw. fachliche Gründe nicht dagegen sprechen.

Bei Bedarf oder auf Anforderung durch den Versicherten, dessen Angehörige oder des Pflegepersonals finden weitere persönliche oder telefonische Beratungsgespräche statt.

Besuchstermine sind im Vorfeld mit dem Versicherten oder der/den Betreuungsperson/en abzustimmen.

Über die durchgeführten Beratungsgespräche einschließlich der Information über die aufzahlungsfreien Versorgungsvorschläge führt der Leistungserbringer eine Dokumentation, die der AOK RPS auf Verlangen vorzulegen ist.

3. Produktstandards

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind.

Die Art und Verwendung richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Es erfolgt grundsätzlich ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische bzw. fachliche Gründe dagegen.

4. Eignungsvoraussetzungen

Der Leistungserbringer weist zur Erfüllung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln die Präqualifizierungsvoraussetzungen entsprechend § 126 Abs. 1 SGB V nach.

Der Leistungserbringer setzt für Leistungen gem. dieses Vertrages ausschließlich fachlich qualifizierte Mitarbeiter mit ausreichenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen im Umgang mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen ein.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit den Leistungen gem. dieser Anlage Ziffer 1 betrauten Mitarbeiter durch regelmäßige, mindestens einmal jährliche, fachspezifische Fort-/Weiterbildung bzw. Schulung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse ihres Arbeitsgebietes zu halten. Auf Nachfrage sind entsprechende Nachweise der AOK RPS vorzulegen.

5. Qualitätssicherung, Statistik

Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer einen Bericht in Form einer Excel- oder Access-Tabelle. Diese Daten sind der AOK RPS auf Anforderung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Die Datenübermittlung enthält insbes. folgende Datenelemente (Spaltenüberschrift bzw. Felder):

- Versichertennummer (Vers.-Nr.)
- Produktbezeichnung des Herstellers
- Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig)
- Stückzahlen des jeweils abgegebenen Hilfsmittels (keine Verpackungseinheiten)
- Versorgungsbeginn eines Versorgungszeitraums (z. B. 01.01.2017)
- Versorgungsende eines Versorgungszeitraums (z. B. 31.01.2017)
- Versorgungstage je Versorgungszeitraum mit Hilfsmitteln
- Betriebsstättennummer der verordnenden Praxis
- Lebenslange Arztnummer des verordnenden Arztes
- Rechnungsnummer
- Rechnungsbetrag brutto
- Zuzahlungsbetrag
- Zahlbetrag
- Ggf. Aufzahlung des Versicherten in Euro je Monat / Stück gem. **Anlage 5**

Weitere Inhalte der Statistik können individuell zwischen der AOK RPS und dem Leistungserbringer vereinbart werden.

Anlage 2 - Leistungsbeschreibung

Mit der Monatspauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfen sind insbes. folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

- Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15:
 - Saugende Inkontinenzvorlagen
 - Netzhosen für Inkontinenzvorlagen
 - Saugende Inkontinenzhosen (Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen), nicht wiederverwendbar
 - Saugende Inkontinenzhosen, wiederverwendbar

Die vorrangig einzusetzende, weil hautfreundlichste und am einfachsten zu wechselnde Versorgung ist die anatomische Vorlage mit Netz- und Fixierhose. Wenn aufgrund des Krankheitsbildes (körperliche und kognitive Einschränkungen) Vorlagen nicht zweckmäßig sind oder nicht ausreichen, können Inkontinenzhosen in Betracht kommen. Dabei stellen Produkte mit wiederverschließbaren Systemen (Inkontinenzwindelhosen) die Regelversorgung dar.

Produkte ohne Verschlusssystem (Inkontinenzunterhosen, sog. Pants) bieten gegenüber wiederverschließbaren Produkten keinen medizinischen Vorteil, können aber zum Beispiel bei Patienten mit körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen, die mit Vorlagen und Netzhosen nicht adäquat zu versorgen sind, ggf. eine geeignete und notwendige Versorgung darstellen. In diesen Einzelfällen, mit hinreichender medizinischer Begründung/Indikation, sind die Produkte ebenfalls im Rahmen der Monatspauschale aufzahlungsfrei abzugeben.

Sofern im Ausnahmefall Krankenunterlagen der Produktgruppe 19.40.05 alternativ oder begleitend zu den vorgenannten Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 eingesetzt werden, sind diese mit der Monatspauschale abgegolten.

- Alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen (Beratung, Betreuung, Einweisung, Erprobung, Nachbetreuung) im einzelnen Versorgungsfall, auch in der Häuslichkeit des Versicherten,
- die Erfüllung aller in der **Anlage 1** definierten Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards,
- die kostenlose Lieferung der Hilfsmittel zum Versicherten, auf Wunsch in neutraler Verpackung.

Anlage 3 – Versichertenerklärung

Angaben zum Versicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Versichertennummer	Telefon

Angaben zum Leistungserbringer

Name	Service-Telefon
Anschrift	Ansprechpartner

Die/der oben genannte Versicherte bzw. dessen Angehörige/Pflegepersonen wurde/n von oben genanntem Leistungserbringer persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

- Der oben genannte Leistungserbringer stellt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen, hierzu zählen saugende Inkontinenzvorlagen, Netzhosen für Inkontinenzvorlagen und saugende Inkontinenzhosen (Inkontinenzwindelhosen/-unterhosen) einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher.
- Dem Versicherten entstehen außer der gesetzlichen Zuzahlung keine Kosten, sofern er nicht von der Zuzahlung befreit ist. Wenn der Versicherte eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, gehen dadurch eventuell entstehende Mehrkosten zu Lasten des Versicherten, hierüber wird er von seinem Leistungserbringer aufgeklärt.
- Alle Hilfsmittel, die der Versicherte im Zusammenhang mit der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen benötigt, dürfen nur von oben benanntem Leistungserbringer bezogen werden.
- Dies gilt für sämtliche Hilfsmittel im Bereich der aufsaugenden Inkontinenzversorgung und schließt alle Dienst- und Serviceleistungen ein.
- Ein sorgsamer Umgang mit überlassenen Hilfsmitteln sowie der Schutz vor Diebstahl sind zu beachten.
- Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist möglich, sofern die Versorgungszeiträume sich nicht überschneiden. Der Wechsel ist rechtzeitig mit dem bisher versorgenden Leistungserbringer abzustimmen. Der Versicherte hat zu beachten, dass andernfalls Mehrkosten für ihn entstehen können.
- Namens- oder Adressänderungen sowie ein Wechsel der Krankenversicherung sind sowohl dem Leistungserbringer als auch Ihrer AOK Rheinland-Pfalz/Saarland schnellstmöglich mitzuteilen.
- Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihre AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Anlage 4 - Preisvereinbarung

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK): 15 09 P15

1. Monatspauschale Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen

Monatspauschale	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Nettopreis monatlich	Bruttopreis monatlich
Abrechnungsposition Inkontinenzpauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfen - ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	Erstversorgung = 08 Folgeversorgung = 09	15.00.99.9001	16,81 €	20,00 €
Abrechnungsposition Inkontinenzpauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfen - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	Erstversorgung = 08 Folgeversorgung = 09	15.00.99.9002	21,85 €	26,00 €
Abrechnungsposition Inkontinenzpauschale für aufsaugende Inkontinenzhilfen - Für in Einrichtungen der Behindertenhilfe unterge- brachte Versicherte	Erstversorgung = 08 Folgeversorgung = 09	15.00.99.9003	21,85 €	26,00 €

Jede Monatspauschale ist stets einzeln unter Angabe des Versorgungszeitraumes über den Datenträgeraustausch (DTA) entsprechend § 302 SGB V anzuliefern. Dabei ist die Angabe des Leistungserbringergruppenschlüssels (AC/TK), der Positionsnummer und des korrekten „Kennzeichen Hilfsmittel“ zwingend erforderlich.

Die vereinbarten Preise gelten als Höchstpreise und schließen demzufolge die Vereinbarung niedrigerer Preise nicht aus.

Anlage 5 – Mehrkostenerklärung

Datenfeld Versicherter Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name, Adresse, IK
--	--

Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten erfolgt für Sie aufzahlungsfrei, es sei denn, Sie wünschen eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.

Ich wurde umfassend über das qualitativ hochwertige **aufzahlungsfreie** (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten informiert. Mir wurde eine aufzahlungsfreie Versorgung mit folgenden Produkten angeboten.

- Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung mit Inkontinenzprodukten, die über die aufzahlungsfreie Versorgung und somit über das Maß des Notwendigen hinausgeht, obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin.

Ich wurde über die Mehrkosten wie unten angegeben informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.

- Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Angaben des Leistungserbringers

Es wurde die Lieferung von folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:

gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung in EUR pro Monat / Stück*
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung

- von höheren Mengen als medizinisch notwendig
- Sonderwunsch des Versicherten bezüglich aufzahlungspflichtiger Produkte

Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

*Unzutreffendes bitte streichen

Anlage 6 - Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, kein Anreiz hat, die Leistung preisgünstig zu erlangen, da die Kosten von seiner Krankenversicherung übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenversicherung. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenversicherung wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Zeitungsanzeigen, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenversicherung durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen und deren Zugängen, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel / Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebots des Vertragspartners vermieden werden.

Anlage 7 - Beitritts- und Anerkenniserklärung

zum Vertrag zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen nach § 127 Abs. 2 SGB V vom 1. Dezember 2016 und dem „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung

zwischen dem

Leistungserbringer P15

und der

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse

Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg

Hiermit trete ich dem Vertrag zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen nach § 127 Abs. 2 SGB V vom 1. Dezember 2016 und dem Rahmenvertrag in der jeweils aktuell geltenden Fassung bei.

Exemplare der o. g. Verträge nebst aller Anlagen habe ich erhalten und ich lasse sie in ihrer Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesen Verträgen ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die Präqualifizierungs- und Eignungsvoraussetzungen vollständig durch die entsprechenden Unterlagen nachgewiesen sind. Als Anlage füge ich diese Unterlagen bei.

Weiter erkläre ich, dass ich spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages ohne weitere Anerkennung unmittelbar gegen mich gelten lasse, soweit ich von der AOK RPS hierüber informiert wurde und innerhalb von vier Wochen nicht von meinem hiermit eingeräumten außerordentlichen Kündigungsrecht Gebrauch gemacht habe.

Einer Veröffentlichung der Kontaktdaten in einer Vertragspartnerliste der AOK RPS auf deren Internetseite stimme ich zu.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Name des Unterschriftsberechtigten
(in Druckschrift)

IK-Nr: _____