# Vertrag

## über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie der Produktgruppe 29

## nach § 127 Abs. 2 SGB V

## vom 1. Februar 2018

zwischen

**Leistungserbringer Stoma**

und den hierzu beigetretenen Leistungserbringern
- im Folgenden Leistungserbringer genannt -

und der

AC/TK 15 09 129

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland**
**Die Gesundheitskasse**
Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

- im Folgenden AOK RPS genannt -

## § 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Stomaartikeln, Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie aller damit zusammenhängender Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit.

(2) Für bereits bestehende bzw. laufende Versorgungen gelten die in diesem Vertrag beschriebenen Übergangsregelungen.

(3) 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:
http://www.aok-gesundheitspartner.de/rp/hilfsmittel/vertraege_preise/index.html veröffentlicht. Der Kodex Medizinprodukte in der jeweils aktuell gültigen Fassung ist Vertragsbestandteil und vom Leistungserbringer einzuhalten.

(4) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:

**Anlage 1** Qualitäts- und Versorgungsstandards
**Anlage 2** Standardversorgung (Mengenangaben)
**Anlage 3** Preisvereinbarung
**Anlage 4** Versichertenerklärung
**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 erfüllen. Liegen 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 Präqualifizierungsvoraussetzungen 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 zur Stomatherapie nebst Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie mit den erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Die Versorgung überschreitet nicht das Maß des Notwendigen und muss in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Der Leistungserbringer gewährleistet

- eine bedarfsgerechte, herstellerneutrale, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie sowie mit dem Zubehör und Verbrauchsmaterial,

- die unverzügliche (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) persönliche Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten und ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und Pflegepersonal, über die aufzahlungsfreie Versorgung, sachgerechte Produktauswahl und Anwendung von Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial,

- die umgehende sowie umfassende Anleitung, Einweisung oder Ausbildung des Versicherten und ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und Pflegepersonal im Gebrauch sowie der notwendigen Pflege von Hilfsmitteln zur Stomatherapie nebst Zubehör und Verbrauchsmaterial,

- die individuelle Feststellung und unverzügliche Abgabe oder Lieferung des notwendigen Bedarfes an Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial, und zwar unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung,

- die fachliche Betreuung als auch Nachbetreuung des Versicherten (z. B. durch nochmalige Aufklärung, Beratung, Anleitung, Einweisung oder Ausbildung in den Gebrauch der Hilfsmittel zur Stomatherapie).

(3) Neben der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie einschließlich des Zubehörs und Verbrauchsmaterials hat der Leistungserbringer die mit der Versorgung in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen (z.B. Anleitung in Gebrauch) durchzuführen, um eine fachgerechte Versorgung des Versicherten während der gesamten Versorgungsdauer zu ermöglichen, aufrechtzuerhalten und sicherzustellen. Der Umfang der Dienst- und Serviceleistungen bestimmt sich auch nach der konkreten Versorgungssituation, der körperlichen, motorischen sowie anatomischen Einschränkungen, des Krankheitsbildes des Versicherten und nach den Regelungen dieses Vertrages einschließlich dessen Anlagen.

(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 sind anzuwenden. 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. Der Leistungserbringer gewährleistet eine fehlerfreie Beschaffenheit sowie die Betriebs- und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel während der gesamten Dauer der Versorgung.

(6) Einzuhalten und praktisch umzusetzen sind insbesondere die Vorschriften des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG), der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden

von Medizinprodukten (MPBetreibV) sowie der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.

(7) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer vor bzw. bei erstmaliger Versorgung nach diesem Vertrag entsprechend **Anlage 4** „Versichertenerklärung“ aufzuklären. Die vom Versicherten unterschriebene **Anlage 4** ist der AOK RPS auf Anforderung für jeden Versicherten vorzulegen. Der Leistungserbringer kann eine eigene, der **Anlage 4** entsprechende, inhaltsgleiche Erklärung einsetzen. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Abgabe oder Lieferung vorgelegt werden können.

(8) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer auf seine Pflicht zum sorgsamen, bedarfs- und sachgerechten Umgang und Verwendung mit den überlassenen bzw. zu liefernden Hilfsmitteln zur Stomatherapie einschließlich des Zubehörs und Verbrauchsmaterials aufzuklären. Soweit vor der Anwendung der Hilfsmittel zur Stomatherapie eine praktische Anleitung bzw. Einweisung zur Selbstanwendung notwendig ist, bildet der Leistungserbringer den Versicherten in die fachgerechte, sichere und hygienische Handhabung oder in Gebrauch und Pflege der Hilfsmittel, des Zubehörs und Verbrauchmaterials aus. Der Leistungserbringer prüft, ob der Versicherte die einzelnen Schritte der Anleitung und Einweisung verstanden hat und umsetzen kann. Insoweit klärt der Leistungserbringer den Versicherten auch über den etwaigen Fehlgebrauch auf und berät zu Gegenmaßnahmen.

(9) Der Leistungserbringer hat die Versicherten der AOK RPS über die Eignung der Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung, zur Vorbeugung oder zum Ausgleich einer Behinderung bzw. einer Körperfunktion vollständig vor der Inanspruchnahme der Leistung zu beraten. Dem Versicherten sind aufzahlungsfreie Alternativen der Hilfsmittelversorgung aufzuzeigen. Besonders ist der Versicherte darüber aufzuklären, dass die medizinisch notwendige Versorgung aufzahlungsfrei zu erfolgen hat.

(10) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind aufzahlungsfrei zu erbringen. Wählt der Versicherte der AOK RPS jedoch Hilfsmittel zur Stomatherapie oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat der Leistungserbringer den Versicherten über die hierdurch entstehenden Mehrkosten vor der Inanspruchnahme oder Durchführung der Versorgung aufzuklären. Die Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. 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 stattgefunden hat; § 2 Abs. 1 Satz 3 ist anzuwenden.

(11) 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 Leistungserbinger 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.

## § 4 Verordnung

(1) Die Durchführung einer Versorgung bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16).

(2) Eine vertragsärztliche Verordnung ist erforderlich für die Erstversorgung, für die erstmalige Versorgung nach diesem Vertrag, für die erstmalige Beauftragung einer Versorgung, soweit die Versorgung erst nach Auftragserteilung erfolgen kann. Medizinisch gebotene Änderungen der ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung bedürfen ebenso einer vertragsärztlichen Verordnung.

(3) Für die Verordnungsdauer gilt:

- Im Rahmen des Entlassmanagement ist § 39 Abs. 1a Satz 7, 2. HS SGB V anzuwenden.

- Für die Versorgung nach diesem Vertrag ist grundsätzlich eine kalendermonatliche vertragsärztliche Verordnung vorzulegen. Sofern die Verordnung zeitlich nicht begrenzt ist, ist davon auszugehen, dass die vertragsärztliche Verordnung für sechs Kalendermonate gilt.

- Vertragsärztliche Verordnungen können auch, soweit es das konkrete Krankheitsbild und die konkrete Versorgungssituation des Versicherten zulassen für einen längeren Zeitraum vertragsärztlich verordnet werden. Spätestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung für die Durchführung der Folgeversorgungen vorzulegen.

- Die auf Grundlage einer neuen ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung anzupassende Versorgung ist erst ab dem Ausstellungsdatum der neuen, ergänzten oder geänderten vertragsärztlichen Verordnung möglich.

(4) Aus der Verordnung hat die ärztliche Diagnose hervorzugehen. Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung sind nur vom ausstellenden Arzt vorzunehmen, und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(5) Ohne Verordnung entsteht kein vertraglicher Versorgungsanspruch des Leistungserbringers. Wird die Versorgung vom Leistungserbringer später als vier Wochen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung beliefert, so entfällt damit der vertragliche Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.

(6) Für das Entlassmanagement gelten im Übrigen die Bestimmungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement.

## § 5 Auftragserteilung

(1) Eine Auftragserteilung oder Genehmigung durch die AOK RPS für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie, ist nicht erforderlich.

(2) Die AOK RPS behält sich das Recht vor, eine Pflicht zur Einreichung von Kostenvoranschlägen und Einholung einer Auftragserteilung einzuführen, und zwar auch gegenüber einzelnen Leistungserbringern, ohne dass dies der Zustimmung des Leistungserbringers bedarf.

## § 6 Versorgungsumfang und -ablauf

(1) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie sowie mit notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterial gelten die fachlichen Vorgaben der Produktgruppe 29 (§ 139 SGB V).

(2) Das Überschreiten einer Standardversorgung Anlage 2 ist zwingend medizinisch, ausführlich und nachvollziehbar zu begründen und den Abrechnungsunterlagen und ggf. den Kostenvoranschlägen schriftlich beizufügen. Das Gleiche gilt auch für Stomaartikel, die von den vereinbarten Standardartikeln abweichen. Fehlt eine Begründung oder ist sie unzureichend oder unzutreffend, ist die AOK RPS nicht zur Kostenübernahme verpflichtet und entsteht kein vertraglicher Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.

(3) Der Versorgungsumfang richtet sich im Zusammenhang mit der Anlage 2 am kalendermonatlichen Versorgungsbedarf des Versicherten aus. Deshalb ist grundsätzlich der kalendermonatliche Bedarf an Hilfsmitteln zur Stomatherapie, des Zubehörs sowie des Verbrauchsmaterials abzugeben bzw. zu liefern; Abweichungen hiervon erfolgen auf Risiko des Leistungserbringers. Die Erbringung der Leistungen umfasst insbesondere die kostenlose Lieferung der Hilfsmittel zum Versicherten.

(4) Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter oder Beauftragter hat die Lieferung bzw. den Erhalt der Hilfsmittel zur Stomatherapie, des Zubehörs sowie Verbrauchsmaterials schriftlich zu bestätigen.

(5) Unter Berücksichtigung der jeweiligen Belieferungsdauer und der gelieferten Menge an Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial ist der Wechsel des Leistungserbringers nach dem Verbrauch der Lieferung möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung in Abstimmung mit dem Versicherten den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher liefernden Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Der neue Leistungserbringer klärt den aktuellen Bestand an Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial als auch den Bedarf mit dem Versicherten und dem bisherigen Leistungserbringer ab. Soweit der Versicherte von verschiedenen Leistungserbringern versorgt wird, so kann nur der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen; der neue Leistungserbringer ist insoweit für die Klärung und Abstimmung des Liefertermins, -bestands und -bedarfs verantwortlich.

(6) Eine Versorgung ist generell ausgeschlossen, solange der Versicherte sich in stationärer Behandlung (z. B. Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation) befindet und die jeweilige Einrichtung eine Verpflichtung zur Vorhaltung von Stomaartikeln hat.

## § 7 Rechnungslegung, Fälligkeit

(1) Zur Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen erstellt der Leistungserbringer für die abgeschlossene Versorgung eine Rechnung. Vom Leistungserbringer ist auf der Rechnung stets die gelieferte Menge und Versorgungsdauer anzugeben. Die Abrechnung von Leistungen für in der Zukunft liegende Versorgungszeiten ist grundsätzlich nicht möglich.

(2) 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.

(3) Die Rechnung von <u>sonstigen Leistungserbringern</u> ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Hilfsmittelabrechnung § 302 Sonstige Leistungserbringer
Goethestr. 24
67547 Worms

Rechnungen von Apotheken mit den rechnungsbegründenden Unterlagen sind ausschließlich an die folgende Anschrift zu richten:

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

(4) Bei der Abrechnung der Vertragsleistungen sind als rechnungsbegründende Unterlagen mit der Rechnung einzureichen:

a) Vertragsärztliche Verordnung

Der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Verordnungen im Original beizufügen. Bei Folgeabrechnungen, aufgrund einer bereits im Original der AOK RPS vorliegenden vertragsärztlichen Verordnung, ist jeder Abrechnung eine Kopie der Originalverordnung beizulegen; dies gilt nur, soweit die Verordnungsdauer nicht überschritten wird.

b) Lieferschein mit Empfangsbestätigung

Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter oder Beauftragter bestätigt den Empfang mit Datum auf dem Lieferschein bzw. der Empfangsbestätigung, wobei erkennbar sein muss, in welchem Verhältnis der Bevollmächtige oder Beauftragte zum Versicherten steht (z. B. „Tochter“). Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Empfangsnachweis des Paketdienstes ausreichend. Die Unterschrift des Versicherten, Bevollmächtigten oder Beauftragten auf der Empfangsbestätigung muss in zeitlicher Übereinstimmung zur Versorgungsdauer stehen.
Alternativ kann eine Kopie des Lieferscheins und der Empfangsbestätigung bzw. der Auslieferanachweis des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer), anstelle der Originalunterlagen eingereicht werden. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS in diesem Fall auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Abrechnung vorgelegt werden können.

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

(6) 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 unabhängig von der Auftragserteilung verweigern.

(7) Sofern zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungspositionen resp. Abrechnungskürzungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Hilfsmitteln 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.

(8) 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.

(9) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für die Abrechnungsstelle, derer 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.

(10) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.

## § 8 Vergütung

(1) Für vertragliche Leistungen erhält der Leistungserbringer nach vertragskonformer Leistungserbringung und Abrechnung eine Vergütung, deren Höhe sich nach **Anlage 3** bestimmt.

(2) Die Vergütung der durchgeführten Versorgung erfolgt nach dem jeweiligen verordneten sowie notwendigen Versorgungsbedarf.

(3) Die AOK RPS überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen einschließlich des DTA. Die Frist gilt 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.

(4) Mit den vereinbarten Preisen gemäß **Anlage 3** sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der AOK RPS erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten, die nach der vertraglichen Leistungsbeschreibung und den **Anlagen 1, 2 und 3** festgeschrieben sind. Weder der AOK RPS noch dem Versicherten entstehen für Leistungen nach diesem Vertrag weitere Kosten.

(5) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten, kostenfrei zu quittieren und dem jeweiligen Rechnungsbetrag abzuziehen. 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 § 3 Abs. 10 verlangt; dies ist gemäß **Anlage 5** zu dokumentieren.

(6) Sobald der vertragliche Versorgungsanspruch des Leistungserbringers entfällt, schuldet die AOK RPS keine Vergütung.

(7) 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.

(8) Für die Tätigkeit und Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für einen Erfüllungsgehilfen.

## § 9 Qualitätssicherung, Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Für die AOK RPS besteht die gesetzliche Aufgabe, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten nachzuhalten. Die AOK RPS ist jederzeit berechtigt, die Qualität, Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

(2) Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK RPS die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Erstberatung vorzulegen (§ 127 Abs. 4a Satz 2 SGB V) und die Aufzeichnungen über den Verlauf der Versorgung mit Stomaartikeln, Zubehör und Verbrauchsmaterial zu übermitteln (§ 127 Abs. 5a Satz 5 und 6 SGB V). Dazu gehört auch die kurzfristige Übermittlung eines Nachweises der an die Versicherten gelieferten Hilfsmittel zur Stomatherapie einschließlich des Zubehörs und Verbrauchsmaterials sowie weitere Angeben zu den erbrachen Dienst- und Serviceleistungen. Ebenso informiert der Leistungserbringer die AOK RPS in Bezug auf bestimmte Stomaartikel, konkretes Zubehör und Verbrauchsmaterial über die Aufzahlungspreise. Des Weiteren informiert der Leistungserbringer die AOK RPS über die Art der Stomaanlage.

(3) Sofern die AOK PRS auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK RPS zu übermitteln.

(4) Bei Verstößen gegen die vorstehenden Regelungen kann die AOK RPS gemäß § 10 Vertragsstrafen aussprechen.

(5) Die Überprüfung der Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung von 4 Jahren nach § 45 SGB I zeitlich begrenzt.

## § 10 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.

## § 11 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 oder genutzt werden.

(3) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.

(4) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen die Vorschriften des Daten- oder Sozialdatenschutzes kann die AOK RPS diesen Vertrag fristlos kündigen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sowie Sozialdaten auch über die Laufzeit des Vertrages hinaus sicherzustellen.

## § 12 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) Es ist unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungsdiensten aufzusuchen oder zu beeinflussen, soweit sich aus dem MPG, der MPBetreibV oder den Herstellerangaben keine Wartungspflicht ergibt. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandhaltungen und sicherheitstechnische Kontrollen bleibt davon unberührt. Dies gilt auch gegenüber Versicherten, die in Behinderteneinrichtungen, Alten-, Pflegeheimen o. ä. Einrichtungen betreut werden.

(4) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise 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.

(5) 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.

(6) 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.

(7) § 128 SGBV ist zu beachten.

## § 13 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.

## § 14 Übergangsregelungen

(1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK RPS auf Basis anderer Verträge oder Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Produkten zur Stomatherapie versorgt, werden diese Fälle in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt. Der erstmaligen Abrechnung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages sind neue vertragsärztliche Verordnungen bzw. Kopien der bereits bestehenden Verordnungen beizufügen.

(2) Bereits vor Beginn dieses Vertrages ausgestellte vertragsärztliche Verordnungen behalten auch weiterhin ihre Gültigkeit. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers richtet sich spätestens ab 01.04.2018 nach diesem Vertrag.

## § 15 Öffentliche Ausschreibung

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

## § 16 Vertragsbeginn, Kündigung

(1) Dieser Vertrag beginnt zum 1. Februar 2018 und gilt für alle ab 1. Februar 2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen sowie bestehenden Versorgungen. Mit Beginn dieses

Vertrages enden automatisch alle bisherigen Verträge/Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten der AOK RPS im Bereich der Stomatherapie.

(2) Dieser Vertrag sowie dessen Anlagen können ganz oder teilweise mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende, erstmals zum 30. Juni 2019 gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.

(3) Zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages begonnene Versorgungen 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.

**§ 17 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 oder einzelner Regelungen 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 oder einzelner Regelungen des 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, den

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Leistungserbringer Stoma | AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse |

## Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards

### 1. Allgemeiner Versorgungsablauf

Im Rahmen der Erstversorgung erfolgt die Information, Aufklärung, Beratung, Anleitung, Einweisung, Ausbildung sowie Erstversorgung der Versicherten in der Häuslichkeit der Versicherten, oder, soweit erforderlich, auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. in Behinderteneinrichtungen oder Pflegeheimen).

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten über die Versorgung mit Stomaartikeln regelmäßig nach Anforderung des Versicherten, ggf. in Absprache mit dem behandelnden Arzt, zu informieren, aufzuklären und zu beraten und entsprechend zu versorgen. Bei Bedarf erfolgen eine Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. eine Anpassung und Nachschulungen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der Beratung, Schulung und Anleitung zur Versorgung mit Produkten zur Stomatherapie zu folgen, sind diese mit den Angehörigen bzw. dem Betreuer ggf. auch mit dem Pflegepersonal durchzuführen.

Die Hilfsmittel zur Stomatherapie, das Zubehör und das Verbrauchsmaterial werden den Versicherten der AOK RPS kostenfrei zur Verfügung gestellt bzw. geliefert. Die reine Produktlieferung darf auch auf dem Postweg geschehen, sofern die Versorgungssituation und das Krankheitsbild des Versicherten dies zulassen.

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

Der Leistungserbringer stellt von Montag bis Freitag innerhalb der üblichen Geschäftszeiten eine Servicehotline sicher. Davon sind geltende gesetzliche Feiertage ausgenommen. Die Servicehotline des Leistungserbringers ist dem Versicherten bei Übergabe der Hilfsmittel schriftlich mitzuteilen. Im Rahmen der Servicehotline gewährleistet der Leistungserbringer entsprechend der medizinischen Notwendigkeit eine unverzügliche Behebung der aufgetretenen Versorgungsprobleme sowie notfallmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial und es erfolgt ggf. eine erforderliche Nachbetreuung der Versicherten. Der Leistungserbringer wird hierzu sofort tätig und veranlasst weitere Maßnahmen (z. B. Lieferung von Hilfsmitteln zur Stomatherapie bzw. Entsendung von fachlich qualifizierten Mitarbeitern für die Nachbetreuung).

### *2.* Beratungs- und Betreuungsstandards

Zu Beginn jeder Erstversorgung findet in den ersten 4 – 8 Wochen (postoperative Phase) nach der Krankenhausentlassung mindestens einmal monatlich eine persönliche Beratung und Betreuung des Versicherten statt; sofern die Versorgungssituation oder das Krankheitsbild des Versicherten einen höheren Bedarf erfordert, hat der Leistungserbringer diesem nachzukommen.

Zu Beginn jeder erstmaligen Versorgung durch den Leistungserbringer, erfolgt mindestens ein Beratungsbesuch, um den individuellen Bedarf einer bedarfsgerechten, alltagsrelevanten und hochwertigen Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie festzustellen. Bei Änderung der ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung erfolgt durch den Leistungserbringer eine erneute persönliche Beratung.

Weitere Beratungsbesuche werden auf Anforderung durch den Versicherten, ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und bei Bedarf in Abhängigkeit vom Krankheitsbild des Versicherten, dem

jeweils medizinischen Bedarf und nach den Gegebenheiten der individuellen Versorgungssituation vom Leistungserbringer durchgeführt.

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

Eine ausschließlich telefonische Beratung genügt diesen Anforderungen nicht.

Über die durchgeführten Beratungsgespräche führt der Leistungserbringer eine Dokumentation, die der AOK RPS auf Anforderung zur Verfügung zu stellen ist.

## 3. Eignungsvoraussetzungen

Der Leistungserbringer setzt ausschließlich fachlich qualifizierte Mitarbeiter mit ausreichenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen im Umgang mit Produkten zur Stomatherapie ein (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/in, ggf. (Kinder)Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in).

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

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit den Leistungen gemäß dieses Vertrages 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 der AOK RPS entsprechende Nachweise vorzulegen (z. B. Kopie der Berufsurkunde, Weiterbildungszertifikate).

## 4. Produktstandards

Die Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Sie müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem individuellen Bedarf der Versicherten erbracht werden. Die Art und Verwendung richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Es erfolgt grundsätzlich ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, es sei denn, es sprechen medizinische Gründe dagegen.

## Anlage 2 – Standardversorgung

### Allgemeines

Die postoperative Phase beträgt 4 bis 8 Wochen. In diesem Zeitraum ist der Versicherte, vor allem in der ersten Belieferung, maximal 14-tägig zu versorgen, unter Einhaltung der Mengenvorgabe MDK/MDS. Wird in der postoperativen Phase ein Produktwechsel erforderlich und der Leistungserbringer hat als Erstbelieferung einen längeren Versorgungszeitraum beliefert, so trägt er die Kosten der neuen Stomaprodukte, sofern diese nicht umgetauscht werden können.

### Übernahmefähig je nach der Art des Stoma sind:

### Colostomie

Einteilig: geschlossene Colostomiebeutel oder
geschlossene Minibeutel oder
Stomakappen in Kombination mit Colostomiebeuteln oder Minibeuteln
bei Durchfall Ileobeutel

Zweiteilig: Basisplatten
unter Hinzunahme von geschlossenen Beuteln oder bei Durchfall Ileobeuteln

Colostomie Zubehör

Vlieskompressen/Monat, unsteril, 10x10 cm, 4-fach gelegt –
Nach Ablauf von 4 Wochen keine Kostenübernahme

Haft- und Ausgleichpasten, -pulver, Modellierstreifen,

vertragsgeregelte Hautschutzringe

Hautschutzplatten (nur bei Komplikationen)

Gürtel

Stomakappe – Minibeutel

Irrigation: Colostomiebeutel, Kappen oder Minibeutel (insgesamt bis zu 40 pro Monat)

### Ileostomie

Einteilig: Ausstreifbeutel oder
Ileo-Tagdrainagen oder -Nachtdrainagen nur mit ausreichender medizinischer Begründung.

Zweiteilig: Basisplatten unter Hinzunahme von
Ausstreifbeuteln oder
Ileo-Tagdrainagen oder -Nachtdrainagen nur mit ausreichender medizinischer Begründung

## Ileostomie Zubehör

Vlieskompressen/Monat, unsteril, 10x10 cm, 4-fach gelegt –
Nach Ablauf von 4 Wochen keine Kostenübernahme

Haft- und Ausgleichpasten -pulver, Modellierstreifen,

vertragsgeregelte Hautschutzringe

Hautschutzplatten (nur bei Komplikationen)

Gürtel

## Urostomie

Einteilig Urostomiebeutel mit monatlich maximal:
30/31 Sekret- Bettbeutel ohne Rücklaufsperre, ohne Tropfkammer und ohne Ablassventil 15.25.06.0... oder aber 10 Bettbeutel 15.25.06.1... oder aber 2 Urindrainagesystem 15.25.07.0..., 10 unsterile Beinbeutel

Zweiteilig: Basisplatten unter Hinzunahme von
Urostomiebeuteln mit monatlich maximal:
30/31 Sekretbeutel ohne Rücklaufsperre, ohne Tropfkammer und ohne Ablassventil PG 15.25.06.0... oder aber 10 Bettbeutel 15.25.06.1... oder aber 2 Urindrainagesystem 15.25.07.0..., 10 unsterile Beinbeutel

## Urostomie Zubehör

Vlieskompressen/Monat, unsteril, 10x10 cm, 4-fach gelegt –
nach Ablauf von 4 Wochen nur mit ausreichender medizinischer Begründung

Haft- und Ausgleichpasten, Hautschutzcremes, -pulver, -sprays, Modellierstreifen,

Hautschutzringe, Hautschutzplatten (nur bei Komplikationen), Gürtel

## Sonstiges Zubehör

**Pflasterentferner**
nicht zu empfehlendes Hilfsmittel, enthält hautreizende Stoffe.
Lösen der Pflasterreste mit warmen Wasser ausreichend.
Ansonsten ausreichende medizinische Begründung erforderlich.

**Reinigungslotionen / Reinigungstücher**

Keine Kostenübernahme; Reinigung mit Wasser und ph-neutraler Seife ausreichend.

**Hautschutzplatten**
Ausreichende medizinische Begründung erforderlich.

**Lollys**

Keine Kostenübernahme

**Vlies- und Baumwollbezüge, Filter, Verschlussklammern, Schneideset**

Keine Kostenübernahme.

**Spülbehälter, -rohr**

Zur Darmirrigation, halbjährlich

**Kapseln zur Neutralisierung von Gerüchen, Ileogelkapseln, Stomabrücken, Gleitmittel**

Keine Kostenübernahme

**Mengenangaben zur Standardversorgung**

| Hilfsmittel-Nr: | Bezeichnung | Monat | Monat maximal | Indikation Uro | Colo | Ileo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **29.26** | **Künstliche Körperöffnungen (Stoma)** | | | | | |
| **29.26.01** | **geschlossene Beutel** | | | | | |
| 29.26.01.0 | - Beutel für Basisplatte | 90 | 90 | | X | |
| 29.26.01.1 | - Beutel mit Klebefläche oder Klebe-rand | 90 | 90 | | X | |
| 29.26.01.2 | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 90 | 90 | | X | |
| 29.26.01.3 | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 90 | 90 | | X | |
| **29.26.02** | **Ausstreifbeutel** | | | | | |
| 29.26.02.0 | - Beutel für Basisplatte zum Rasten | 30 | 40 | | | X |
| 29.26.02.1 | - Beutel mit Klebefläche oder Klebe-rand | 30 | 40 | | | X |
| 29.26.02.2 | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 30 | 40 | | | X |
| 29.26.02.3 | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 30 | 40 | | | X |
| **29.26.03** | **Urostomiebeutel** | | | | | |
| 29.26.03.0 | - Beutel für Basisplatte | 30 | 40 | X | | |
| 29.26.03.1 | - Beutel mit Klebefläche oder Kleberand | 30 | 40 | X | | |
| 29.26.03.2 | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 30 | 40 | X | | |
| 29.26.03.3 | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 30 | 40 | X | | |
| **29.26.04** | **Stomakappen/Minibeutel** | | | | | |
| 29.26.04.0 | - Stomakappen | 30 | 34 | | X | |
| 29.26.04.1 | - Minibeutel | 30 | 34 | | X | |
| **29.26.05** | **Basisplatten** | 15 | 16 | | | |
| 29.26.05.0 | - Basisplatten Größe 1 | | | X | X | X |
| 29.26.05.1 | - Basisplatten Größe 2 | | | X | X | X |
| 29.26.05.2 | - Basisplatten Größe 3 | | | X | X | X |
| **29.26.06** | **Basisplatten gewölbt** | 15 | 16 | | | |
| 29.26.06.0 | - gewölbte Basisplatten Größe 1 | | | X | X | X |
| 29.26.06.1 | - gewölbte Basisplatten Größe 2 | | | X | X | X |
| 29.26.06.2 | - gewölbte Basisplatten Größe 3 | | | X | X | X |
| **29.26.07** | **Hautschutzplatten/-rollen** | 15 | 16 | | | |
| 29.26.07.0 | - Hautschutzplatten Größe 1 | | | X | X | X |
| 29.26.07.1 | - Hautschutzplatten Größe 2 | | | X | X | X |
| 29.26.07.2 | - Hautschutzplatten Größe 3 | | | X | X | X |
| 29.26.07.3 | - Hautschutzrollen (pro Platte) | 15 | 16 | X | X | X |
| **29.26.08** | **Irrigatoren** | | | | | |
| 29.26.08.0 | - Manuell betriebene Irrigatoren | | | | X | |
| 29.26.08.1 | - Elektrisch betriebene Irrigatoren | | | | X | |
| 29.26.08.2 | - Ersatzbeutel für Irrigatoren | 30 | 30 | | X | |

| Hilfsmittel-Nr: | Bezeichnung | Monat | Monat maximal | Indikation Uro | Colo | Ileo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **29.26.09** | **Anus-Praeter-Bandagen** | | | | | |
| 29.26.09.0 | - Anus-Praeter-Bandagenset | | | | | |
| 29.26.09.1 | - Ersatzbeutel für Anus-Praeter-Bandagen | 30 | 30 | | X | X |
| **29.26.10** | **Pflegemittel** | | | | | |
| 29.26.10.0 | - Hautschutzpasten/Ausgleichspasten | 1 | 2 | X | X | X |
| 29.26.10.1 | - Hautschutzpulver/Puder (pro Quartal) | 1 | 2 | X | X | X |
| 29.26.10.2 | - Hautschutztücher/Schwämme/Film | 15-30 | 40 | X | X | X |
| 29.26.10.3 | - Lotionen/Cremes (pro Quartal) | | | X | X | X |
| 29.26.10.4 | - Pflasterentferner (pro Quartal) | 1 | 1 | X | X | X |
| 29.26.10.5 | - Haftsprays/Haftmittel (pro Quartal) | 1 | 1 | X | X | X |
| **29.26.11** | **Zubehör** | | | | | |
| 29.26.11.0 | - Gürtel | | | X | X | X |
| 29.26.11.1 | - Filter (pro Beutel) | | | X | X | X |
| 29.26.11.2 | - Hautschutzringe (pro Platte) | 15 | 16 | X | X | X |
| 29.26.11.3 | - Beutelbezüge aus Vlies (pro Beutel) | | | | | |
| 29.26.11.4 | - Beutelüberzüge aus Textil | | | | | |
| 29.26.11.5 | - Stomaverschlüsse | | | | | |
| 29.26.11.6 | - Sonstige Stomaartikel | | | | | |
| 29.26.11.6998 | - Kompressen im Ausnahmefall | | 200 | | | |

**<u>Anlage 3</u> – Preisvereinbarung**

| Hilfsmittel-Nr: | Bezeichnung | Betrag in Euro (brutto) | Verwendungs-Kennzeichen*** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **29.26** | **Künstliche Körperöffnungen (Stoma)** | | |
| **29.26.01** | **geschlossene Beutel** | | |
| 29.26.01.0xxx | - Beutel für Basisplatte | 1,69 € | 00/04/06 |
| 29.26.01.1xxx | - Beutel mit Klebefläche oder Kleberand | 1,91 € | 00/04/06 |
| 29.26.01.2xxx | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 3,00 € | 00/04/06 |
| 29.26.01.3xxx | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 3,38 € | 00/04/06 |
| **29.26.02** | **Ausstreifbeutel** | | |
| 29.26.02.0xxx | - Beutel für Basisplatte zum Rasten | 1,87 € | 00/04/06 |
| 29.26.02.1xxx | - Beutel mit Klebefläche oder Kleberand | 2,46 € | 00/04/06 |
| 29.26.02.2xxx | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 3,84 € | 00/04/06 |
| 29.26.02.3xxx | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 4,72 € | 00/04/06 |
| **29.26.03** | **Urostomiebeutel** | | |
| 29.26.03.0xxx | - Beutel für Basisplatte | 3,66 € | 00/04/06 |
| 29.26.03.1xxx | - Beutel mit Klebefläche oder Kleberand | 3,60 € | 00/04/06 |
| 29.26.03.2xxx | - Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 4,73 € | 00/04/06 |
| 29.26.03.3xxx | - Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand | 6,13 € | 00/04/06 |
| **29.26.04** | **Stomakappen/Minibeutel** | | |
| 29.26.04.0xxx | - Stomakappen | 1,63 € | 00/04/06 |
| 29.26.04.1xxx | - Minibeutel | 2,17 € | 00/04/06 |
| **29.26.05** | **Basisplatten** | | |
| 29.26.05.0xxx | - Basisplatten Größe 1 | 6,53 € | 00/04/06 |
| 29.26.05.1xxx | - Basisplatten Größe 2 | 7,66 € | 00/04/06 |
| 29.26.05.2xxx | - Basisplatten Größe 3 | 9,37 € | 00/04/06 |
| **29.26.06** | **Basisplatten gewölbt** | | |
| 29.26.06.0xxx | - gewölbte Basisplatten Größe 1 | 9,11 € | 00/04/06 |
| 29.26.06.1xxx | - gewölbte Basisplatten Größe 2 | 9,80 € | 00/04/06 |
| 29.26.06.2xxx | - gewölbte Basisplatten Größe 3 | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| **29.26.07** | **Hautschutzplatten/-rollen** | | |
| 29.26.07.0xxx | - Hautschutzplatten Größe 1 | 4,42 € | 00/04/06 |
| 29.26.07.1xxx | - Hautschutzplatten Größe 2 | 9,11 € | 00/04/06 |
| 29.26.07.2xxx | - Hautschutzplatten Größe 3 | 14,47 € | 00/04/06 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 29.26.07.3xxx | - Hautschutzrollen | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| **29.26.08** | **Irrigatoren** | | |
| 29.26.08.0xxx | - Manuell betriebene Irrigatoren | 100,32 € | 00/04/06 |
| 29.26.08.1xxx | - Elektrisch betriebene Irrigatoren | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.08.2xxx | - Ersatzbeutel für Irrigatoren | 2,54 € | 00/04/06 |
| **29.26.09** | **Anus-Praeter-Bandagen** | | |
| 29.26.09.0xxx | - Anus-Praeter-Bandagenset | 43,48 € | 00/04/06 |
| 29.26.09.1xxx | - Ersatzbeutel für Anus-Praeterbandagen | 0,04 € | 00/04/06 |
| **29.26.10** | **Pflegemittel**** | | |
| 29.26.10.0xxx | - Hautschutzpasten/Ausgleichspasten | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.10.1xxx | - Hautschutzpulver/Puder | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.10.2xxx | - Hautschutztücher/Schwämme | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.10.3xxx | - Lotionen/Cremes | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.10.4xxx | - Pflasterentferner | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| 29.26.10.5xxx | - Haftsprays/Haftmittel | *AEP -10% zzgl. MwSt. | |
| **29.26.11** | **Zubehör** | | |
| 29.26.11.0xxx | - Gürtel | 6,68 € | 12/06 |
| 29.26.11.1xxx | - Filter | 0,14 € | 12/06 |
| 29.26.11.2xxx | - Hautschutzringe | 1,56 € | 12/06 |
| 29.26.11.3xxx | - Beutelbezüge aus Vlies | 0,67 € | 12/06 |
| 29.26.11.4xxx | - Beutelüberzüge aus Textil | 5,24 € | 12/06 |
| 29.26.11.5xxx | - Stomaverschlüsse | *AEP -10% zzgl. MwSt. | 12/06 |
| 29.26.11.6xxx | - Sonstige Stomaartikel | *AEP -10% zzgl. MwSt.. | 12/06 |
| 29.26.11.6998 | - Abr.Position für Verbandmittel (Post-OP) Kompressen, 10 x 10 cm, 100 Stück | 2,48 € | 12/06 |

xxx: die fehlenden Ziffern bei den HMV-Nummern sind durch die jeweilige Hilfsmittelpositionsnummer des Produktes zu ersetzen.

* Nicht vertragsgeregelte Stomaartikel werden mit dem aktuellen Apothekeneinkaufspreis abzüglich 10 % zzgl. des derzeit gültigen Mehrwertsteuersatzes vergütet.

** Nur in begründeten Ausnahmefällen

*** Leistet der Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung für die Versorgung mit Hilfsmitteln, so ist das Hilfsmittelkennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Neu- oder Nachlieferung handelt. Das Hilfsmittelkennzeichen “06“ hat dabei immer Priorität.

Bei der Auswahl der Stomaartikel innerhalb einer Produktart ist die Wirtschaftlichkeit zwingend zu beachten.

**<u>Anlage 4</u> - Versichertenerklärung**

**<u>Angaben zum Versicherten</u>**

Name, Vorname | Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer | Telefon

**<u>Angaben zum Leistungserbringer</u>**

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:**

- Alle Produkte zur Stomatherapie, die der Versicherte benötigt, dürfen nur von oben benanntem Leistungserbringer bezogen werden.
- Dies gilt für sämtliche Hilfsmittel, Verbrauchsmaterial und Zubehör im Bereich der Stomatherapie und schließt alle Dienst- und Serviceleistungen ein.
- Der Leistungserbringer hat unterschiedliche Alternativen der aufzahlungsfreien Versorgung aufgezeigt bzw. angeboten.
- Ein sorgsamer Umgang mit überlassenen Produkten zur Stomatherapie sowie der Schutz vor Diebstahl sind zu beachten.
- Unter Berücksichtigung der jeweiligen Belieferungsdauer und der gelieferten Menge an Hilfsmitteln zur Stomatherapie, Zubehör und Verbrauchsmaterial ist der Wechsel des Leistungserbringers nach dem Verbrauch der Lieferung möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung in Abstimmung mit dem Versicherten den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher liefernden Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem 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.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift Versicherter

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihre AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gerne zur Verfügung.

Anlage 5 – Mehrkostenerklärung

| Datenfeld Versicherter<br>Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer | Datenfeld Leistungserbringer (Absender)<br>Name – Adresse - IK |
|---|---|

**Die Versorgung mit Produkten zur Stomatherapie 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 Produkten zur Stomatherapie informiert. Mir wurde eine aufzahlungsfreie Versorgung mit folgenden Produkten angeboten:

_____

☐ Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung, 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 in Höhe von ___,___ EUR für die Versorgungsdauer von _____ bis _____ informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.

☐ Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenversicherung 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 |
|---|---|---|
| --- | --- | --- |
| --- | --- | --- |
| --- | --- | --- (ggf. weitere) |

Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung

☐ von höheren Mengen als medizinisch notwendig

☐ Sonderwunsch des Versicherten bezüglich aufzahlungspflichtiger Produkte

_____ _____

Datum Unterschrift und Stempel Vertragspartner

*-zwingend anzugeben nach § 127 Abs. 4a Satz 5 SGB V

**<u>Anlage 6</u> - 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, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, 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 Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der Hinweis auf z. B. vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gilt nicht als unzulässige Werbung.

**<u>Anlage 7</u> - Beitritts- und Anerkenntniserklärung**

**über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie der Produktgruppe 29 nach § 127 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1. Februar 2018** 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 Stoma**

und der

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse**
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg

**Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie der Produktgruppe 29 nach § 127 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1. Februar 2018 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 mich bereit, dass ich spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie dessen Anlagen ohne weitere Anerkennung 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.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Stempel, Unterschrift |
| Name des Unterschriftsberechtigten in Druckschrift | IK-Nr: _____ |