
AC/TK: 11 07 261 (Apotheke)
AC/TK: 15 07 261 (Sanitätshaus/Bandagist/Orthopädietechniker)
AC/TK: 19 07 261 (Sonstiger Hilfsmittellieferant)

Vertrag

**über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 Abs. 2
SGB V**

- Vertragsnummer: 1x07261 -

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Str. 273
30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda**

(im Folgenden: AOKN)

und

XXXXX
XXXXX
XXXXX

(im Folgenden: Leistungserbringer)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Geltungsbereich	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge	5
§ 6	Versorgungspauschale	5
§ 7	Haftung und Verzug	6
§ 8	Insolvenz	6
§ 9	Vergütung	6
§ 10	Abrechnung	7
§ 11	Datenschutz	10
§ 12	Werbung	10
§ 13	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	10
§ 14	Inkrafttreten und Kündigung	11
§ 15	Salvatorische Klausel	12
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	13
Anlage 2	Leistungsbeschreibung	16
	Anhang 01 zur Anlage 02: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung	
Anlage 3	Vergütung	19
Anlage 4	Versicherteninformation	20
Anlage 5	Beratungsprotokoll	21
Anlage 6	Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten	22
Anlage 7	Erklärung nach § 10 Abs. 3	23

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOKN mit Stomaartikeln.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlagen 4 - 6 stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOKN und für den Leistungserbringer. Er umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten.

§ 3

Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOKN. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer bestätigt durch Vertragsabschluss, dass er diese Voraussetzungen erfüllt. Die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien ist spätestens mit Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Nachweis ist regelmäßig mit der Präqualifizierungsbestätigung erbracht.
- (3) Für die Umsetzung und Prüfung der Eignung der Leistungserbringer nach § 126 Abs. 1a Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 SGB V, die über eine entsprechende Präqualifizierungsstelle nachgewiesen werden kann, gilt eine Umsetzungsfrist. Der Nachweis der Antragsstellung zur Präqualifizierung ist spätestens bis zum 01.02.2015 erforderlich, andernfalls entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Sofern der Leistungserbringer nicht bis zum 01.05.2015 den Präqualifizierungsnachweis übersendet, kann er als ungeeignet i.S.v. § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V angesehen werden und kann bis zur Vorlage des Präqualifizierungsnachweises von der Versorgung der Versicherten der AOKN ausgeschlossen werden.
- (4) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.
- (5) Die AOKN ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4

Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Einweisung der Versicherten und/oder der in Abs. 3 genannten Personen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher und gewährleistet während der gesamten Versorgungsdauer eine umfassende und sachgerechte Beratung und Anpassung. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der in Abs. 3 genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung durch den Versicherten und nachfolgender Terminabsprache ist der Versicherte durch den Leistungserbringer in seinem häuslichen Wohnumfeld aufzusuchen.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.
- (4) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOKN auf Verlangen zu erbringen.
- (5) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (6) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOKN kann nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Die Versorgung des Versicherten ist unverzüglich nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer zu beginnen.
- (8) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOKN ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (9) Soweit eine Versorgung noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOKN unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang bei der Übergabe bestätigt. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten das Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer. Das Eigentum an den Hilfsmitteln geht mit der Abgabe an den Versicherten über.
- (10) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten die Versicherteninformation nach Anlage 4 aus und stellt sicher, dass der Versicherte durch Unterschrift auf dem Dokument bestätigt, die Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben. Ein Exemplar der Versicherteninformation verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Leistungserbringern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten entstehen, geht dies nicht zu Lasten der AOKN. In diesem Falle vergütet die AOKN die Leistung ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer, welcher zuerst die Abrech-

nung eingereicht hat. Die Versicherteninformation ist nach den Regelungen dieses Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen.

- (11) Es ist unzulässig, ein anderes als das erforderliche und von der AOKN genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (12) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (13) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.

§ 5

Kostenvoranschläge

- (1) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

Befindet sich der Versicherte in einer Pflegeeinrichtung, einem Hospiz oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe, ist dies auf dem Kostenvoranschlag besonders kenntlich zu machen.
 - Ärztliche Verordnung
 - Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer nach den Richtlinien zum Datenträgeraustausch; die Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben.
 - Menge (Stück)
 - Netto- und Bruttopreis
 - Versorgungszeitraum
- (2) Die AOKN ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V für nicht in der Anlage 3 preislich geregelte Hilfsmittel weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungserbringer erfolgt nicht.
- (3) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOKN unbearbeitet an den Leistungserbringer zurück gesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. 1 genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 3 nicht eingehalten worden sind.

§ 6

Versorgungspauschale

- (1) Art und Umfang der Leistungen werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen bestimmt. Der Leistungserbringer hat die lückenlose Versorgung während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOKN sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.

- (3) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen auch sicherzustellen, wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Bei Insolvenz, Betriebsaufgabe oder -veräußerung sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgungsleistungen durch einen kompetenten, nach § 126 SGB V zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer, der die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt. In diesem Fall hat der Leistungserbringer mit dem anderen Leistungserbringer einen schriftlichen Vertrag über die Sicherstellung der Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer zu schließen und der AOKN einschließlich der Nachweise zur Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 unaufgefordert vorzulegen. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

§ 7

Haftung und Verzug

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOKN oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOKN für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine schuldhaftige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. 1 schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOKN das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z.B. § 4 Abs. 9 sowie Anlage 1 Nr. 3.6) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z.B. durch die Versorgungsleistungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOKN behält sich eine Aufrechnung nach § 10 Abs. 14 vor.

§ 8

Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN die Beantragung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOKN unverzüglich zu informieren.
- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOKN alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 9

Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 3. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen. Es handelt sich um Nettopreise, es sei denn in Anlage 3 ist etwas anderes geregelt.

- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (4) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V wählt. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten für solche Leistungen nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und höhere Folgekosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 6 zu dokumentieren und der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 10

Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Der Leistungserbringer rechnet alle erbrachten Versorgungsleistungen eines Versorgungszeitraumes in einer Gesamtrechnung gegenüber der AOKN ab. Die Leistung ist mit dem 1. Tag der Leistungserbringung im jeweiligen Versorgungszeitraum abrechenbar, wenn mindestens an einem Tag eine Leistung erbracht wurde. Der Vergütungsanspruch entfällt bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten über einen vollen Versorgungszeitraum. Wird der AOKN dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Kalendermonat erfolgen.
- (3) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOKN schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 7). Die Abrechnung mit einem anderen IK ist nur nach schriftlicher Zustimmung durch die AOKN möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN Änderungen seines IK oder seiner Anschrift unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (4) Jeder Abrechnung ist die ärztliche Verordnung im Original beizufügen. Hiervon abweichend ist die Verordnung bis zu einer Dauer von 6 Monaten gültig. Bei Teillieferungen ist der Abrechnung der jeweils ersten Lieferung die Originalverordnung beizufügen. Die folgenden fünf Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar.
- (5) Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummern nach Anlage 3 maßgebend. Die Abrechnung mit einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer ist nicht möglich. Folgende weitere Datenfelder sind verpflichtend anzugeben: Faktor Versorgungszeitraum sowie die Anzahl der versorgten Monate. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer sowie bei fehlender Anlieferung der Datenfelder Versorgungszeitraum von, Versorgungszeitraum bis, Anzahl/Menge und Versorgungszeitraum (Anzahl versorgte Monate) nicht.

- (6) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOKN bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOKN innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOKN scheidet allerdings aus, soweit die AOKN berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. 13 oder eine Aufrechnungslage nach Abs. 14 oder 15 gegeben war.
- (7) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach § 302 SGB V abzurechnen.
- (8) Die Rechnung darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (9) Für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte Leistung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind nach den Regelungen des Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen. Darüber hinaus sind Empfangsbestätigungen für erbrachte Leistungen nach Satz 1, welche nicht nach Satz 2 der Abrechnung beizufügen sind, der AOKN auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer ausreichend. Die Paketverfolgungsnummer ist jeweils versichertenbezogen in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment anzugeben. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 2 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOKN vorgelegt werden können.
- (10) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung im Einzelnen als Text ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können unbezahlt zurückgewiesen werden. Es gilt der in der Anlage 3 aufgeführte Leistungserbringergruppenschlüssel. Werden die Daten der AOKN vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOKN nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (11) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung unabhängig von der erfolgten Genehmigung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (12) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOKN

eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOKN ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOKN auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgelhilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.

(13) Die AOKN ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOKN nimmt Kürzungen der Rechnungen insbesondere immer dann vor, soweit:

- die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
- die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
- kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOKN bestand (z.B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z.B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
- die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOKN nicht vorgelegt wurden,
- die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
- ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
- andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
- der Leistungserbringer neben der vertraglich vereinbarten Pauschale Produkte abgerechnet hat, die mit der vereinbarten Pauschale abgegolten waren,
- der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
- Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,
- Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen gemäß § 13 vorliegen,
- bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 2 Monaten schriftlich, so gilt diese als anerkannt.

(14) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOKN mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.

(15) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnung der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOKN ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOKN nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOKN oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOKN ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOKN auch im Fall einer verbotswidri-

gen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 11

Datenschutz

- (1) Sämtliche Daten, insbesondere personenbezogene oder personenbeziehbare Daten, dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben, sowie im Rahmen gesetzlicher Aufgaben der Vertragspartner, erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Das für den Lieferanten geltende Datenschutzrecht sowie die besonderen sozialdatenschutzrechtlichen Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten aus dem SGB I, SGB V und dem Zweiten Kapitel des SGB X sind zu beachten. Die Vertraulichkeit ist zu wahren. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter auf die Einhaltung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen schriftlich zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und die Dokumentation der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- (2) Soweit Angaben aufgrund der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben oder im Rahmen gesetzlicher Aufgaben der Vertragspartner gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der AOKN erforderlich sind, haben diese im gesetzlich zugelassenen Umfang, unter Beachtung und Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere des Sozialdatenschutzes, personenbezogen, zu erfolgen.

§ 12

Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 13).
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOKN oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 13

Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOKN nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder bei wiederholten oder groben Verstößen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen kann die AOKN den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung mit Hilfsmitteln bestimmter Produktgruppen ausschließen.
- (3) Die Vertragsmaßnahmen nach den Abs. 1 und 2 können auch nebeneinander verhängt werden.

- (4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 3.
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können. Die Bewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt, erfolgt grundsätzlich durch einen öffentlich vereidigten Sachverständigen.
 - Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.
 - Wiederholte Beanstandungen bei nicht vertragskonform erstellten Kostenvorschlägen nach § 5 Abs. 3.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen entgegen § 128 Abs. 1 SGB V,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOKN zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 10 Abs. 14 bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOKN kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 13 vorliegt.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.12.2014 in Kraft und gilt für alle Versorgungsmonate ab diesem Zeitpunkt. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2016, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums nach dieser Vereinbarung zu Ende geführt.

- (3) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Sollte die AOKN zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung in diesem Vertrag vereinbarte Hilfsmittel im Sinne § 127 Abs. 1 SGB V ausschreiben, gelten dieser Vertrag als auch die vereinbarten Konditionen hinsichtlich der ausgeschriebenen Produktbereiche als aufgehoben, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Aufhebung wirkt mit dem Tag, an dem der Ausschreibungsschreibungsgewinner zur Versorgung beauftragt ist. Mit gleichem Tag endet für den nach diesem Vertrag lieferberechtigten Leistungserbringer die Lieferberechtigung.
- (7) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOKN, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 15

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

Hannover,

Ort,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

xxxxx

Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (Abgabe) vom Hersteller oder seinem autorisierten inländischen Vertreter durch Schulung und Ausstattung berechtigt sein, diese zu erbringen. Die notwendigen Zertifikate und Bescheinigungen sind - soweit nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen - der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über seinen Sicherheitsbeauftragten etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden.
- 1.3 Der Leistungserbringer übernimmt für abgegebene Hilfsmittel alle in Zusammenhang mit der MPBetreibV stehenden Pflichten, insbesondere die Funktionsprüfung des Hilfsmittels am Betriebsort und die Einweisung des Versicherten in die sachgemäße Handhabung des Hilfsmittels.

2. Personelle Anforderungen

- 2.1 Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.
- 2.2 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z.B. die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung ausschließlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird, welches über die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Erfahrung verfügt.
- 2.3 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung, z.B. durch den Hersteller des Hilfsmittels für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.
- 2.4 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

3. Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung unverzüglich mit dem Versicherten und/oder den in § 4 Abs. 3 genannten Personen ein persönliches Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung mit Artikeln zur Versorgung eines Stomas.
 - 3.1.1 Die Beratung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. 3 genannten Personen in die Lage zu versetzen, die Stomaartikel im alltäglichen Gebrauch in seiner Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:
 - Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
 - Umfassende Einweisung in den Gebrauch und Anleitung zur eigenständigen Hilfsmittelversorgung

- Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel
 - Art und Menge der zum Einsatz kommenden Produkte unter Berücksichtigung des Maß des medizinisch Notwendigen
 - Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen
 - Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben
- 3.1.2 Auf Wunsch des Versicherten oder bei Komplikationen erfolgt die Beratung vor Ort, sofern im Rahmen einer telefonischen Beratung keine Abhilfe geschaffen werden kann (z.B. mehrere erfolglose Bemusterungen).
- 3.1.3 Die hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus im Sinne dieses Vertrages durch den Leistungserbringer kann prä- und/oder postoperativ und/oder im Rahmen des Überleitmanagements und/oder am Tag der Entlassung des Versicherten in den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich (Heim) erfolgen. Am Tag der Krankenhausentlassung erfolgt durch den Leistungserbringer eine Kontaktaufnahme zur Stomakontrolle. Der Leistungserbringer stellt die notwendigen Hilfsmittel zur Erstversorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit bereit und liefert diese an den Versicherten aus. Sofern der Versicherte keine Beratung wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar vom Leistungserbringer zu dokumentieren.
- 3.1.4 Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung. Vom Leistungserbringer werden Vorführ- und Testmuster verschiedener Hersteller in ausreichender Anzahl vorgehalten.
- 3.1.5 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel zur Verfügung.
- 3.2 Weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.
- 3.3 Die Beratungsgespräche nach Nr. 3.1 und 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 11 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOKN auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOKN das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 3.1.1 übermittelt (vgl. Anlage 5).
- 3.4 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet.
- 3.5 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 3.6 Die Versorgung im Rahmen der Nachlieferung ist grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden, spätestens innerhalb von 48 Stunden, nach Auftragserteilung sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.
- 3.7 Der Leistungserbringer gewährleistet die Bereitstellung einer Service-Nummer für telefonische Anfragen von Versicherten bzw. betreuenden Personen, Ärzten und der AOKN

mindestens von Montag bis Freitag (außer an niedersächsischen Feiertagen) in der Zeit von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Die Nutzung darf im Vergleich zu normalen Ortsgesprächen keine Mehrkosten verursachen.

4. Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifikationskriterien genannten organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen.

Leistungsbeschreibung

1. Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterial, die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind.
- Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür
- Übernahme aller mit der Lieferung des Hilfsmittels verbundenen Kosten, z.B. für den Versand, die Verpackung, Arbeitszeiten und Versicherungen
- Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit Stomaartikeln die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf, ärztliche Sachkosten) durch die AOKN zu vergüten sind.
- Lieferung von Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (Produktgruppe 15), soweit sie für die Stomaversorgung bei Urostomata eingesetzt werden.
- Die Bereitstellung des Hilfsmittels während des gesamten Versorgungszeitraums umfasst auch:
 - Medizinisch notwendige Um- bzw. Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Produkttyp
 - Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallprodukten

1.2 Einweisung, Beratung und Schulung

- Einweisung und Schulung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) einschließlich individueller Bedarfsermittlung, Anpassung und Erprobung gemäß § 4 Abs. 2 und 3 sowie Anlage 1
- Überlassung einer Gebrauchsanweisung
- Beratung gemäß Anlage 1

1.3 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- Erbringung aller mit der Versorgung im Einzelfall zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z.B.
 - Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
 - Erstellung von Kostenvoranschlägen
 - Sicherstellung der Dokumentation nach diesem Vertrag
- Versicherungen gemäß § 7

2. Genehmigungsverzicht nach § 4 Abs. 8

Die AOKN verzichtet bei Versorgungsleistungen abweichend von § 4 Abs. 8 bis auf Widerruf auf eine Genehmigung.

3. Versorgungszeitraum

Die Versorgungspauschale für Stomaprodukte gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.12.2016, schriftlich gekündigt werden.

Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

Abrechnungs- positionsnum- mer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Pauschale	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 8	Der Abrechnung sind beizufügen:		
					Versicherten- information	Ärztliche Verordnung	Empfangs- bestätigung
1. Erstversorgung							
29.00.00.0001	08	Monatspauschale für Stomaartikel	Ein Kalendermonat	nein	ja ¹	ja ²	nein ³
2. Folgeversorgung							
29.00.00.0001	09	Monatspauschale für Stomaartikel	Ein Kalendermonat	nein	nein ⁴	ja (Kopie)	nein ⁵

Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummern nach Anlage 3 maßgebend. Des Weiteren sind die Datenfelder Faktor, Versorgungszeitraum sowie die Anzahl der versorgten Monate verpflichtend anzugeben.

¹ Die Versicherteninformation ist lediglich bei erstmaliger Abrechnung beizufügen.

² Die Abrechnung der ersten Monatspauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden fünf Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar.

³ Empfangsbestätigungen sind der AOKN auf Verlangen vorzulegen.

⁴ Die Versicherteninformation ist bei Änderung der Versorgung einzureichen.

⁵ Empfangsbestätigungen sind der AOKN auf Verlangen vorzulegen.

Vergütung

AC/TK: 11 07 261 (Apotheke)
AC/TK: 15 07 261 (Sanitätshaus/Bandagist/Orthopädietechniker)
AC/TK: 19 07 261 (Sonstiger Hilfsmittellieferant)

Abrechnungspositionsnummer	Hilfsmittelkennzeichen	Versorgungszeitraum	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
29.00.00.0001	08 09	1 Kalendermonat	Monatspauschale für Stomaartikel	156 EUR

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.12.2016, schriftlich gekündigt werden.

Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ KV-Nummer: _____

Daten des Hilfsmittels:

Hilfsmittel: _____

Art des Stomas: _____

Modell: _____ Hersteller: _____

Seriennummer: _____

Die Firma _____ stellt die Versorgung mit dem o.g. Hilfsmittel einschließlich aller Dienst- und Nebenleistungen sicher. Hierzu zählt auch die Durchführung von Reparaturen, Wartungen sowie die Belieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Hierfür erhält die o.g. Firma von der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen eine **Vergütung in Form einer Pauschale**.

Ich verpflichte mich:

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen, insbesondere nicht in der Nähe des Hilfsmittels zu rauchen oder zuzulassen, dass geraucht wird,
- Schäden am Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfsperson entstanden sind, nach Rücksprache mit dem Leistungserbringer auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für verschuldete Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurück zu geben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- ausschließlich den genannten Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel zu informieren,
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben zu unterstützen.

Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien beauftragt, sind die hierdurch entstehenden **Mehrkosten** von mir zu tragen.

Ein **Wechsel des Leistungserbringers** ist jeweils nur zum Beginn eines neuen Kalendermonats möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringerschriftlich von dem Wechsel zu informieren.

Ich wurde über die **gesetzliche Zuzahlung** gemäß § 33 Abs. 8 SGB V informiert. Die gesetzliche Zuzahlung ist bei jedem Versorgungsmonat innerhalb eines Versorgungszeitraumes unabhängig vom Zeitpunkt der Lieferung vom Leistungserbringer zu erheben, sofern ich von dieser nicht befreit bin. Sie ist auf Wunsch kostenlos zu quittieren. Die Zuzahlung gilt für alle Lieferungen innerhalb eines Versorgungszeitraums.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer mich in meinem **häuslichen Wohnumfeld** nach Terminvereinbarung aufsucht, sofern dies im Einzelfall zur Sicherstellung meiner Versorgung erforderlich ist.

ja

nein

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Beratungsprotokoll

Versichertenbezogene Daten

Datum:		KH:	
Name:			
Vorname:			
Geb. Datum:			
Vers.-Nr.			
Kontaktdaten:			
Adresse:			

Beratungsbesuch

	Beratungsbesuch	Datum:
<input checked="" type="checkbox"/>	Schulung des Versicherten im Handlung der zum Einsatz kommenden Produkte	
<input checked="" type="checkbox"/>	Stomakontrolle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dokumentation festgestellter Komplikationen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Information des behandelnden Arztes über Komplikationen	
	Mit x Versicherten x Angehörigen x Pflegepersonal	

Datum/Unterschrift examiniertes Fachpersonal

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

1. Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten angeboten, welche dem medizinisch Notwendigen entspricht.
2. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

(Bezeichnung, Modell/Artikel/Charge, Hersteller)

3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____, ___ EUR trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können (z.B. Ersatzbeschaffung).
4. Die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel ergeben sich aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung nach § 10 Abs. 3

Hiermit erkläre/n ich/wir i.S.d. § 10 Abs. 3, dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Stomaartikeln nach § 127 Abs. 2 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer

Für weitere Institutionskennzeichen oder ergänzende Angaben verwenden Sie bitte eine Anlage.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, erfülle/n und den Nachweis gegenüber der AOKN jederzeit erbringen kann/können, soweit dieser nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen ist. Mir/uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sofern die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vorliegen und dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche meine/unsere Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, sind von mir/uns unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.

Eine Abrechnung mit einem anderen als den genannten Institutionskennzeichen ist nur möglich, sofern ich/wir die AOKN hierüber im Vorfeld schriftlich informiert habe(n), die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt sind und mir/uns eine schriftliche Zustimmung der AOKN für die Verwendung dieses Institutionskennzeichens vorliegt.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers