

**Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
zur pauschalen Kostenabgeltung
von aufsaugenden Inkontinenzhilfen für den Bereich
der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI**

zwischen den

**Mitgliedsverbänden der LIGA
-Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – Thüringen-**

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Thüringen e. V.
dem Caritasverband für das Bistum Erfurt e. V.
dem Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e. V.
dem Caritasverband für die Diözese Fulda e. V.
dem Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Thüringen e. V.
dem Paritätische Wohlfahrtsverband (Der Paritätische) Landesverband Thüringen e.V.
der Diakonie Hessen - Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V.
dem Diakonischen Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e. V.
der Jüdischen Landesgemeinde Thüringen

sowie

**dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.,
Landesverband Thüringen (VDAB)**

sowie

der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Pflegeeinrichtungen in Thüringen

und der

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch den Geschäftsbereichsleiter Hilfsmittel/Fahrkosten
Herrn Jürgen Mann,

- im Folgenden „AOK PLUS“ genannt -

in der Fassung des 4. Nachtrages

Inhaltsverzeichnis

Präambel	5
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	5
§ 2 Voraussetzungen der Leistungserbringung	5
§ 3 Grundsätze der Leistungspflicht	6
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	7
§ 5 Zuzahlung	8
§ 6 Vergütung	8
§ 7 Abrechnungsgrundsätze	9
§ 8 Versorgungsqualität	11
§ 9 Datenschutz	11
§ 10 Gewährleistung	12
§ 11 Vertragsverstöße und Sanktionen	12
§ 12 Inkrafttreten und Kündigung	13
§ 13 Formvereinbarung	14
§ 14 Salvatorische Klausel	14
Anlage 1 - Produkt- und Leistungsbeschreibung	17
Anlage 2 - Anerkenntniserklärung	19
Anlage 3 - Abtretungserklärung	21

Präambel

Änderungen und Ergänzungen im Rahmen des 4. Nachtrages sind durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Bei Änderungen eines/r gesamten Paragraphen/Anlage ist nur die Überschrift unterstrichen. Streichungen sind nicht kenntlich gemacht, da sich diese Regelungen durch die Ergänzungen erübrigen.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt auf der Basis einer Pauschalvergütung die aufzahlungsfreie Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen nach § 33 Abs. 1 SGB V für anspruchsberechtigte Versicherte der AOK PLUS, die dauerhaft in einer vollstationären Einrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI (im Folgenden „vollstationäre Einrichtung“ genannt) betreut werden.
- (2) Mit den oben genannten Verbänden wird der vorliegende Vertrag als Rahmenvertrag geschlossen. Um die Versorgungsberechtigung zu erlangen, haben vollstationäre Einrichtungen, die Mitglied der Verbände sind oder auch nicht den vertragsschließenden Verbänden angehören, durch die Abgabe einer Anerkenniserklärung (**Anlage 2**) einen gesondert kündbaren Einzelvertrag mit dem Inhalt dieses Rahmenvertrages zu schließen. Bedingung ist, dass die vollstationären Einrichtungen die Voraussetzungen jeweils nach § 2 des Vertrages nachgewiesen haben.
- (3) Wesentliche Vertragsinhalte sind:
 - Grundsätze und Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfen nach **Anlage 1**,
 - Vergütungsgrundsätze und
 - Abrechnungsverfahren.
- (4) Die Anlagen

Anlage 1	Produkt- und Leistungsbeschreibung,
Anlage 2	Anerkenniserklärung,
Anlage 3	Abtretungserklärung,

sind Bestandteile dieses Rahmenvertrages.

§ 2

Voraussetzungen der Leistungserbringung

- (1) Der Nachweis der Präqualifizierung (Präqualifizierungszertifikat) und damit die nachfolgenden Absätze 2 bis 4 entfallen im Rahmen des vertraglichen Bestandsschutzes für vollstationäre Einrichtungen nach § 71 SGB XI, die mit der AOK PLUS und/oder über ihre Verbände bereits Verträge gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen geschlossen haben.

- (2) Entsprechend § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V müssen vollstationäre Einrichtungen nach § 71 SGB XI die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Für die Beurteilung der Voraussetzungen nach Satz 1 gelten die „Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ gemäß § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Voraussetzungen nach Absatz 2 sind von jeder vollstationären Einrichtung vor Abschluss eines Einzelvertrages durch die Vorlage eines Zertifikats (Präqualifizierungszertifikat) einer geeigneten unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle) nachzuweisen und während der gesamten Vertragslaufzeit sicherzustellen. Darüber hinaus sind die Regelungen des § 1 Abs. 2 des Vertrages zu beachten.
- (4) Sämtliche, die Eignung betreffenden Umstände und Änderungen sind der AOK PLUS unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Sofern eine geeignete Stelle nach § 126 Abs. 1a S. 3 SGB V der vollstationären Einrichtung die Eignung bestätigt hat (Präqualifizierungszertifikat), ist diese geeignete Stelle ebenso zu informieren. Nimmt die geeignete Stelle Änderungen vor, ist das geänderte Zertifikat der AOK PLUS unverzüglich vorzulegen. Anderenfalls entfällt die Versorgungsberechtigung.

§ 3

Grundsätze der Leistungspflicht

- (1) Die AOK PLUS ist dann leistungspflichtig, wenn eine mindestens mittelgradige (Richtwert lt. Hilfsmittelverzeichnis: mindestens 100 bis 200 ml in 4 Stunden) Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vorliegt und der Einsatz der aufsaugenden Inkontinenzhilfen medizinisch indiziert und im Einzelfall erforderlich ist und die Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.
- (2) Sofern bei Versicherten neben der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen zeitgleich und begleitend auch ableitende Hilfsmittel zur Versorgung eingesetzt werden, erfolgt die Vergütung der aufsaugenden Inkontinenzhilfen auf der Basis der Pauschalvergütung dieses Vertrages. Die Versorgung der Versicherten mit ableitenden Inkontinenzhilfen (z. B. Urinableiter, Urinbeutel, Katheter) ist nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Inkontinenzhilfsmittel sind nicht Leistungen der AOK PLUS, wenn diese ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen oder pflegerelevante Ziele gegenüber dem Behinderungsausgleich überwiegen. Das ist auch dann der Fall, wenn bei dauernd pflegebedürftigen Versicherten Wäsche oder sonstige infrage kommende Artikel naturgemäß häufiger als üblich gewechselt werden müssen. Penistaschen verfügen ebenfalls über eine zu geringe Saugleistung und stellen daher keine adäquate Inkontinenzversorgung dar.
- (4) Doppelversorgungen eines anspruchsberechtigten Versicherten, zum einen über die Pauschalversorgung und zugleich über den Sanitätsfachhandel, Apotheken oder sonstige Leistungserbringer auf der Basis zusätzlicher vertragsärztlicher Verordnungen (vgl. **Anlage 1**), sind unzulässig.
- (5) Eine Leistungspflicht der AOK PLUS besteht nicht, wenn der Versicherte Anspruch auf Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbaren Versorgungsgesetzen oder im Rahmen der Krankenhilfe nach dem SGB XII hat.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Im Einzelnen sind die in **Anlage 1** genannten Leistungen zu erbringen.
- (2) Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen nach diesem Vertrag setzt grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung voraus.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung muss alle für die Feststellung der Anspruchsvoraussetzung erforderlichen Angaben entsprechend der jeweils gültigen Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittelrichtlinie) enthalten.
- (4) Die Dauer der Hilfsmittelversorgung richtet sich nach dem Zeitraum, der aus der vertragsärztlichen Verordnung hervorgeht.
- (5) Bei Aufnahme des Versicherten in die vollstationäre Einrichtung ist, unabhängig davon, ob bereits in der Vergangenheit Inkontinenzhilfen verordnet wurden, eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Wechselt der Versicherte die Einrichtung, ist ebenfalls grundsätzlich eine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Wenn eine ständige Versorgung notwendig ist, sind weitere vertragsärztliche Verordnungen entbehrlich.
- (6) Weiterhin ist der Versicherte bei Aufnahme in die vollstationäre Einrichtung nachweislich durch die Einrichtung über die Rückgabe der eventuell bis zu diesem Zeitpunkt nicht genutzten aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel aus dem ambulanten Bereich zu informieren.
- (7) Die vollstationäre Einrichtung stellt im Rahmen der Versorgung auch die Beratung, Bemusterung und eine umfassende Einweisung des Versicherten in den sachgerechten Gebrauch (Hinweise und Erklärungen zur Handhabung, zum richtigen Anlegen, zum Wechsel sowie zur Entsorgung des Produktes) sicher. Innerhalb der Beratung ermittelt die vollstationäre Einrichtung den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten mit mindestens folgenden Inhalten:
 - Abklärung und Berücksichtigung von vorhandenen Allergien,
 - Klärung der ausreichenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Versicherten zur selbstständigen Nutzung der Produkte oder bestehender Unterstützungsmöglichkeiten und
 - Auswahl bedarfsgerechter und passgenauer Produkte nach Art und Menge:
 - o dabei ist die Zugrundelegung pauschalierter Versorgungsmengen unzulässig,
 - o die Stückzahl der benötigten Produkte kann nicht allein auf Basis der individuellen Ausscheidungsmenge und des technisch maximal möglichen Aufsaugvermögens der Produkte errechnet werden,
 - o Versorgungen mit weniger als drei Produkten in einem Zeitraum von 24 Stunden sind in begründeten Einzelfällen möglich.

Auf die gesetzlich geforderte Dokumentation dieser Beratung wird verzichtet, da diese Bestandteil der Pflegedokumentation ist.

- (8) Hilfsmittel sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Die hier geregelten Versorgungen mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen in den vollstationären Einrichtungen sind bis auf Widerruf genehmigungsfrei. Die AOK PLUS hat das Recht, jederzeit spezielle Regelungen für ein Genehmigungsverfahren zu treffen. Änderungen bezüglich der Genehmigungsfreiheit sind der vollstationären Einrichtung spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden von der AOK PLUS anzukündigen.

- (9) Die Hilfsmittelversorgung erfolgt unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und des Bedarfs des Versicherten. Der Versicherte ist darüber zu informieren, dass eine Versorgung ohne Mehrkosten (Aufzahlung) im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V zulasten der AOK PLUS möglich ist. Wünscht der Versicherte Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung nach § 12 SGB V widersprechen, hat er die Mehrkosten (Kosten der Aufzahlung) selbst zu tragen. Der Versicherte trägt auch die Kosten für Wunschversorgungen, die nicht auf einer vertragsärztlichen Verordnung beruhen.
- (10) Über die Mehrkosten nach Abs. 9 schließt die vollstationäre Einrichtung mit dem Versicherten eine Mehrkosten-/Aufzahlungsvereinbarung. Diese beinhaltet Informationen zu den angebotenen aufzahlungsfreien Produkten entsprechend Anlage 1, den gewählten aufzahlungspflichtigen Produkten, der Stückzahl und der Aufzahlung in Euro pro Monat alternativ pro Stück.
- (11) Bei Bedarfsänderungen des Versicherten, Preisänderungen der gelieferten Produkte oder anderen Gründen, die zu einer veränderten Aufzahlung führen, wird die Mehrkosten-/Aufzahlungsvereinbarung entsprechend aktualisiert.
- (12) Die vollstationären Einrichtungen sind berechtigt, zur Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfen nach den Grundsätzen dieses Vertrages, einen gesonderten Kooperationsvertrag mit einem geeigneten Hilfsmittel-Leistungserbringer zu schließen.

§ 5 Zuzahlung

Die gesetzliche Zuzahlung (§ 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V) des Versicherten ist von der vollstationären Einrichtung einzubehalten. Für die Berechnung und Einziehung ist der Tag der Abgabe des Hilfsmittels maßgeblich. Es gilt bei der vorliegenden Pauschalversorgung der erste Tag des Monats als Abgabetag. Geleistete Zuzahlungen sind dem Versicherten kostenfrei zu bestätigen.

§ 6 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen nach der **Anlage 1** erfolgt für jeden anspruchsberechtigten Versicherten der AOK PLUS in Form einer monatlichen Pauschale
- **in Höhe von 31,00 EUR (inkl. MwSt.) vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018**
- und
- **in Höhe von 30,00 EUR (inkl. MwSt.) ab dem 1. Juli 2018.**

Soweit sich die gesetzliche Mehrwertsteuer ändert, wird die Höhe der Pauschale entsprechend angepasst.

Mit der Pauschale sind alle mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten.

- (2) Der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS entsteht mit der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Als Tag der Abgabe zählt bei der vorliegenden Pauschalversorgung der erste Tag des Monats unter der Voraussetzung, dass ein Anspruch des Versicherten nach den Kriterien dieses Vertrages besteht.
- (3) Die Zahlung der monatlichen Pauschale setzt voraus, dass der Versicherte mindestens einen Tag in dem jeweiligen Versorgungsmonat (Kalendermonat) durch die vollstationäre Einrichtung entsprechend den vertraglich vereinbarten Regelungen versorgt wurde.

Für volle Kalendermonate, in denen sich der versorgungsberechtigte Versicherte nicht im Heim aufhält, sondern sich in einer anderen Einrichtung (z. B. Krankenhaus) befindet, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden.

- (4) Soweit vom Versicherten eine gesetzliche Zuzahlung (vgl. § 5) zu leisten ist, verringert sich der Vergütungsanspruch der vollstationären Einrichtung gegenüber der AOK PLUS um diesen Betrag.

§ 7 Abrechnungsgrundsätze

- (1) Die Rechnungslegung kann monatlich oder quartalsweise erfolgen.
- (2) Der Abrechnung ist eine Aufstellung über die anspruchsberechtigten Versicherten beizufügen. Diese Aufstellung hat mindestens folgende Angaben zu enthalten:
 - Institutionskennzeichen der vollstationären Einrichtung und ggf. Institutionskennzeichen des Kooperationspartners,
 - Name, Vorname der Versicherten,
 - Versichertennummer des Versicherten,
 - Angabe der abgerechneten Monate,
 - Rechnungsbetrag je Versicherten,
 - ggf. Zuzahlungsbetrag
 - und Aufzahlung je Versicherten gemäß § 302 Abs. 1 SGB V.
- (3) Für die Form und den Inhalt der Abrechnung gelten die Richtlinie und die technischen Anlagen zum elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) gemäß § 302 Abs. 2 SGB V (erstmalig veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 112 vom 20. Juni 1996) in der jeweils geltenden Fassung.
- (4) Die Abrechnung erfolgt zentral über die Datenannahmestelle der AOK PLUS unter da@dt.aok.de. Die Rechnungen sind bis auf Widerruf an folgende Adresse zu richten:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
Datenannahme- und Verteilstelle (DAV)
Postfach 367
98503 Suhl.
- (5) Ist die Datenübermittlung maschinell nicht verwertbar und hat die vollstationäre Einrichtung dies zu vertreten, stellt die AOK PLUS der vollstationären Einrichtung die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten durch eine pauschale Kürzung in Rechnung (§ 303 Abs. 3 SGB V). Die Rechnung wird in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages gekürzt und die vollstationäre Einrichtung schriftlich darüber informiert. Die Aufbereitung der Papierrechnung durch die vollstationäre Einrichtung muss in diesen Fällen der Struktur eines DTA-Datensatzes entsprechen.

- (6) Die rechnungsbegründenden Unterlagen sind zeitgleich mit der Rechnungslegung bei der jeweils zuständigen Stelle der AOK PLUS im Original einzureichen:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Thüringen
Geschäftsbereich Hilfsmittel/Fahrkosten
Bereich Abrechnungsmanagement
Hilfsmittel
Postfach 369
98503 Suhl

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Region Sachsen
Geschäftsbereich Hilfsmittel/Fahrkosten
Bereich Abrechnungsmanagement
Hilfsmittel
04087 Leipzig.

- (7) Bei der Abrechnung nach diesem Vertrag sind insbesondere anzugeben:

- Abrechnungscode (AC) 19,
- Tarifkennzeichen (TK) 13F³² für Sachsen und 16F³² für Thüringen,
- Hilfsmittelpositionsnummer: 15.99.99.2001,
- Hilfsmittelkennzeichen 08 (bei erstmaliger Inanspruchnahme der Pauschale durch den Versicherten mit vertragsärztlicher Verordnung),
- Hilfsmittelkennzeichen 09 (bei Folgeversorgungen),
- Versorgungszeitraum.

- (8) Die Vergütung der vollstationären Einrichtung wird 28 Tage nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen fällig. Bei Datenübermittlung nach DTA-Richtlinie verkürzt sich die Fälligkeit auf 21 Tage. Befindet sich die AOK PLUS im Verzug, so finden die Regelungen des BGB (§§ 286, 288) Anwendung. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

- (9) Zahlungen erfolgen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die AOK PLUS. Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die AOK PLUS die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur zurückgeben bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen.

- (10) Überträgt die vollstationäre Einrichtung die Abrechnung einem Dritten (z. B. Lieferanten), so hat sie die AOK PLUS (z. B. unter Verwendung der **Anlage 3**) unverzüglich schriftlich zu informieren. Die vollstationäre Einrichtung hat der AOK PLUS insbesondere den Beginn und das Ende der Übertragung der Abrechnung sowie den Namen des Dritten mitzuteilen. Ist die Übertragung der Abrechnung an einen Dritten erfolgt und soll die AOK PLUS an den Dritten zahlen, so hat die Zahlung der AOK PLUS an diesen Dritten schuldbefreiende Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem Dritten und der vollstationären Einrichtung mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

- (11) Die vollstationäre Einrichtung ist verpflichtet, selbst dafür Sorge zu tragen, dass mit dem der AOK PLUS mitgeteilten Ende der Abrechnung keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung des der AOK PLUS gemeldeten Dritten mehr besteht. Bis zum Eingang der schriftlichen Mitteilung über das Ende der Abrechnung durch den Dritten leistet die AOK PLUS mit schuldbefreiender Wirkung an den Dritten.

- (12) Sofern die Rechnungslegung einem Dritten übertragen werden soll, hat die vollstationäre Einrichtung sicherzustellen, dass der Dritte die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend den einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzrechtes einhält.

- (13) Die vom Versicherten geleistete gesetzliche Zuzahlung (§ 5) ist von der vereinbarten Brutto-Monatspauschale (§ 6 Abs. 1) abzusetzen. Aus den einzelnen Restbeträgen ist die Gesamtforderung zu ermitteln.
- (14) Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen entsprechend den Vorschriften des BGB.

§ 8 Versorgungsqualität

- (1) Die AOK PLUS ist anlassbezogen berechtigt, die Qualität, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten und die ausreichende Menge der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Zur Umsetzung orientiert sich die AOK PLUS an den Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 127 Abs. 5b SGB V. Insbesondere kann sie auf alle dort benannten Maßnahmen, wie Versichertenbefragungen und Besuche vor Ort, zurückgreifen.
- (2) Mit den Prüfungen vor Ort kann die AOK PLUS entsprechend § 275 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen.
- (3) Stellt sich infolge der Prüfung heraus, dass die Leistungserbringung bei einem Versicherten der AOK PLUS nicht in der erforderlichen Quantität und Qualität (keine bedarfsgerechte Versorgung) erfolgte, ist die vollstationäre Einrichtung zur umgehenden Mängelbeseitigung verpflichtet.

§ 9 Datenschutz

- (1) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V und § 104 SGB XI genannten Zwecke zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden.
- (2) Die AOK PLUS, die vollstationäre Einrichtung bzw. der mit der Abrechnung beauftragte Dritte verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der personenbezogenen Daten (SGB X, BDSG) zu beachten.
- (3) Die vollstationäre Einrichtung sowie der von ihr mit der Abrechnung beauftragte Dritte unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen medizinischer Daten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der zur Leistung verpflichteten AOK PLUS und dem MDK, soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.
- (4) Die vollstationäre Einrichtung hat ihre Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit und die für sie maßgebenden Datenschutzbestimmungen schriftlich zu belehren und deren Einhaltung in geeigneter Weise sicherzustellen und zu überwachen.
- (5) Sofern die Rechnungslegung nach § 7 des Vertrages an einen Dritten übertragen werden soll, ist dieser durch die vollstationäre Einrichtung unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzrechts auszuwählen. Der Auftrag ist schriftlich zu erteilen, insbesondere sind entsprechend § 11 S. 2 Nr. 1 bis 10 BDSG Regelungen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffen.

- (6) Die vollstationäre Einrichtung unterrichtet die AOK PLUS unverzüglich bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und/oder -nutzung oder bei gravierenden Störungen des Verarbeitungslaufes.
- (7) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 35, 37 SGB I sowie der §§ 67 bis 85a SGB X.

§ 10 Gewährleistung

Es gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen des BGB.

§ 11 Vertragsverstöße und Sanktionen

- (1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen die Pflichten aus diesem Vertrag, ist dem jeweils anderen Vertragspartner die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme zu geben. Der jeweilige Spitzenverband der vollstationären Einrichtung ist zeitgleich schriftlich zu informieren.
- (2) Die Frist nach Absatz 1 beträgt mindestens 14 Tage nach Zugang der schriftlichen Aufforderung. Die Frist wird verlängert, wenn dafür nachvollziehbare Gründe dargelegt werden. Die vollstationäre Einrichtung ist berechtigt, ihren Spitzenverband zu beteiligen.
- (3) Bestätigt sich der Verdacht eines Vertragsverstoßes nach Durchführung des Stellungnahmeverfahrens, entscheidet der jeweils andere Partner unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit nach pflichtgemäßem Ermessen über geeignete Maßnahmen/Sanktionen. Die Entscheidung wird dem jeweils anderen Vertragspartner unverzüglich schriftlich mitgeteilt. Geeignete Maßnahmen sind:
 - die Verwarnung,
 - die Abmahnung,
 - die Vertragsstrafe,
 - die außerordentliche Kündigung nach § 12 Abs. 3 Pkt. 2 oder alternativ der zweijährige Ausschluss von der Versorgung der Versicherten.

Vor Verhängung einer Vertragsstrafe ist eine Abmahnung auszusprechen. Nach einer Abmahnung können eine Verwarnung bzw. eine weitere Abmahnung und eine Vertragsstrafe auch nebeneinander verhängt werden.

- (4) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V kann der zweijährige Ausschluss von der Inkontinenzversorgung der Versicherten erfolgen.
- (5) Als schwerwiegende Vertragsverstöße gelten:
 - Abrechnung nicht ausgeführter Leistungen,
 - Zahlung von Vergütungen an Ärzte für die Zuweisung von Versicherten sowie
 - Leistungserbringung mit groben quantitativen und qualitativen Mängeln.

- (6) Die Vertragspartner können bei wiederholten schwerwiegenden Verstößen, insbesondere nach Abs. 5, die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Vertragsstrafe ist erst nach erfolgloser Abmahnung zulässig. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafe ist beschränkt auf maximal 5 % des jährlichen Netto-Umsatzerlöses der vollstationären Einrichtung nach diesem Vertrag.
- (7) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 3 ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurückzuerstatten. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt davon unbenommen.
- (8) Bei anlassbezogenen Prüfungen nach § 8 Abs. 1 trägt die vollstationäre Einrichtung die entstandenen Prüfkosten (Sach- und Personalkosten für den Mehraufwand), sofern sich der Mangel im Sinne des § 8 Abs. 3 bestätigt und mindestens eine Abmahnung ausgesprochen wird.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt in der Fassung des 4. Nachtrages am 1. Juli 2017 in Kraft und ersetzt den Vertrag in der Fassung des 3. Nachtrages vom 1. Juli 2015. Er gilt für alle Versorgungen ab dem Versorgungszeitraum Juli 2017.
- (2) Der vorliegende Rahmenvertrag sowie die mit der **Anlage 2** geschlossenen Einzelverträge können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens jedoch zum 30. Juni 2019 schriftlich gekündigt werden.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
 - die rechtlichen Rahmenbedingungen (wie z. B. Gesetzesänderungen oder richterliche Rechtsfortbildung) sich so verändert haben, dass eine Anpassung und Fortentwicklung dieses Vertrages nicht möglich ist oder
 - der Vertragspartner schwerwiegende Vertragsverstöße begeht. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn einer der Partner seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages den anderen Vertragspartnern nicht mehr zumutbar ist.
- (4) Kündigungen bedürfen stets der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.
- (5) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen des Rahmenvertrages vornehmen, haben die vollstationären Einrichtungen die Möglichkeit, mit einer Frist von einem Monat ab schriftlicher Bekanntgabe der Änderungen durch die AOK PLUS gegenüber der vollstationären Einrichtung den Einzelvertrag zu kündigen, wenn sie von den Änderungen bzw. Ergänzungen betroffen sind. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.
- (6) Im Falle der Kündigung des Rahmenvertrages bestehen die Einzelverträge mit dem Inhalt des Rahmenvertrages fort, es sei denn, auch die Einzelverträge sind gekündigt worden.
- (7) Sofern sich die gesetzlichen Grundlagen dieses Vertrages ändern oder Umstände eintreten, die ein Verändern der Pauschale erforderlich machen (z. B. deutliche Preisveränderungen, gravierende Veränderungen im Hilfsmittelbedarf der Bewohner o. ä.), so erklären sich die vertragsschließenden Parteien bereit, auch ohne Kündigung Verhandlungen über eine Anpassung der Pauschale aufzunehmen.

§ 13 Formvereinbarung

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern erfolgen. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 14 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, gelten die übrigen Teile des Vertrages weiter.
- (2) Die Vertragspartner sind einander verpflichtet, unwirksame oder undurchführbare Bestimmungen oder Bestandteile durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen.
- (3) Dieses gilt auch für den Fall, dass der Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.
- (4) Sollte durch den Gesetzgeber, richterliche Rechtsfortbildung, Verfügungen der Aufsichtsbehörde oder sonstige rechtliche Vorgaben eine Ergänzung oder Änderung der rechtlichen Grundlagen erfolgen, verständigen sich die Vertragspartner über eine Anpassung des Vertrages.

Dresden, 14.06.2017
Ort, Datum

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Geschäftsbereich Hilfsmittel/Fahrkosten
Jürgen Mann
Geschäftsbereichsleiter
Stempelplatz 7 • 01067 Dresden
AOK PLUS
Jürgen Mann

Erfurt, 29.06.2017
Ort, Datum

u. li
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Thüringen e. V.



Erfurt, 09/08/2017
Ort, Datum

W. Langer
Caritasverband für das Bistum Erfurt e. V.



Erfurt, 09/08/2017
Ort, Datum

i.V. W. Langer
Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e. V.



Erfurt, 09/08/2017
Ort, Datum

i.V. W. Langer
Caritasverband für die Diözese Fulda e. V.



Erfurt 26.6.17
Ort, Datum

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Thüringen e. V.
Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Thüringen e. V.



Neudietendorf, 13.7.2017
Ort, Datum

DER PARITÄTISCHE
WOHNFARTSVERBAND (Der Paritätische)
Landesverband Thüringen e. V.
Paritätische Wohlfahrtsverband (Der Paritätische) Landesverband Thüringen e. V.



Kassel, 22.08.17
Ort, Datum

Diakonie Hessen - Diakonisches Werk
in Hessen und Nassau
und Kurhessen-Waldeck e.V.
Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege
Kölnische Straße 166 - 34119 Kassel
Diakonie Hessen - Diakonisches Werk in Hessen
und Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V.

Kulle, 31.08.2017

Ort, Datum

Diakonisches Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e. V.



Erfurt, 16.08.2017

Ort, Datum

Jüdische Landesgemeinde Thüringen



Hildburghausen, 21.06.2017

Ort, Datum

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Landesverband Thüringen (VDAB)

PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!
Landesverband Thüringen e.V.
Geschäftsstelle Leipzig

Jed Saumpfen, d. 6.9.17

Ort, Datum

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Pflegeeinrichtungen in Thüringen



Anlage 1 - Produkt- und Leistungsbeschreibung

Produktgruppe 15	Inkontinenzhilfen
Produktbeschreibung	Es gelten die im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte.
Produktart	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saugende Inkontinenzvorlagen ▪ Netzhosen für Inkontinenzvorlagen ▪ saugende Inkontinenzhosen
Pseudo-Hilfsmittel-Positionsnummer (HiMi-Pos.-Nr.)	<p>15.99.99.2001 (Hilfsmittel der Bereiche: <u>15.25.02x, 15.25.30x, 15.25.31x</u>)</p>
Leistungsbeschreibung für die vollstationäre Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Art und der Umfang der Versorgung der Bewohner richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils erforderlichen Bedarf im Einzelfall. ▪ Die Entscheidung über die konkret einzusetzenden Produkte trifft das Fachpersonal der vollstationären Einrichtung. ▪ Die erforderlichen Inkontinenzhilfen werden beschafft. ▪ Die Inkontinenzhilfen werden in wirtschaftlichen Mengen, unter Berücksichtigung der Haltbarkeit, gelagert. ▪ Die Inkontinenzhilfen werden an die jeweiligen Versicherten verteilt. ▪ Die Versicherten werden im Hinblick auf Komplikationen, die im Zusammenhang mit der Nutzung der Inkontinenzhilfen entstehen, beobachtet. Im Fall der Komplikation werden entsprechende notwendige Maßnahmen ergriffen (z. B. Produktauswahl ändern). ▪ Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen bei einem zeitweiligen Aufenthalt der Versicherten außerhalb der <u>vollstationären Einrichtung</u> (z. B. Aufenthalt bei Angehörigen) wird durch die Einrichtung sichergestellt. Dies gilt nicht bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. ▪ Der alternative oder begleitende Einsatz von Krankenunterlagen - Produktgruppe 19.40.05.xxxx zulasten der Krankenversicherung ist mit der Pauschale der Rahmenvereinbarung ebenfalls abgegolten.

Anlage 2 – Anerkenniserklärung

**Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zur pauschalen Kostenabgeltung
von aufsaugenden Inkontinenzhilfen
für den Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI
vom 1. Juli 2008 in der Fassung des 4. Nachtrags vom 1. Juli 2017**

(Abrechnungscode: 19, Tarifikennzeichen: 13/16F32)

Hiermit tritt die

Name der Einrichtung: _____

Name des Trägers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geschäftsführer/in bzw.
vertretungsberechtigte
Person:

Institutionskennzeichen: _____ Mitglied im Verband: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail-Adresse: _____

dem oben genannten Rahmenvertrag in der jeweils geltenden Fassung bei.

1. Ich bin/Wir sind umfassend über die Inhalte des o. g. Rahmenvertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir/uns bekannt. Mit dieser Anerkenniserklärung erkenne/n ich/wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichte/n mich/uns zu deren Einhaltung. Mit der Anerkennung kommt mit mir/uns ein gesondert zu kündigender Einzelvertrag mit dem Inhalt des o. g. Rahmenvertrages zustande.
2. Mir/Uns ist bekannt, dass der Beitritt im Sinne des § 127 Abs. 2a SGB V über diese Anerkenniserklärung erst wirksam wird und bleibt, wenn ich/wir die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen aus § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie der vertraglichen Voraussetzungen gegenüber der AOK PLUS nachgewiesen habe/n und weiterhin sicherstelle/n.
3. Sofern spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages nicht meine/unsere Zustimmung erhalten, kündige/n ich/wir den Einzelvertrag gegenüber der AOK PLUS mit einer Frist von einem Monat nach deren schriftlicher Bekanntgabe durch die AOK PLUS.
4. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir die gesetzlichen Anforderungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die vertraglichen Voraussetzungen erfülle/n. Die geforderten Nachweise füge/n ich/wir dieser Anerkenniserklärung bei.
5. Ich/Wir erkläre/n, dass die gemachten Angaben richtig sind und ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass die AOK PLUS die Angaben überprüft.

Datum

Leistungserbringer

Diese Versorgungsberechtigung ist nach dem Zertifikat der Präqualifizierungsstelle gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V befristet bis zum Die Versorgungsberechtigung gilt, solange der AOK PLUS ein gültiges Zertifikat einer Präqualifizierungsstelle vorliegt.

Datum

AOK PLUS

Anlage 3 - Abtretungserklärung¹

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
Geschäftsbereich Hilfsmittel/Fahrkosten
Bereich Abrechnungsmanagement Hilfsmittel
98503 Suhl **oder** 04087 Leipzig

Betreff: **Erklärung zur Zahlung an Dritte**

Hiermit zeige/n ich/wir an, dass - ab Eingang dieses Schreibens bei der AOK PLUS -
mit Wirkung vom

.....

Zahlungen aufgrund (Art der Forderung):

.....

mit schuldbefreiender Wirkung nur noch

an (Name): IK:

erfolgen sollen.

Bitte jeweils das Zutreffende ankreuzen:

Ich bin weiterhin Inhaber vorgenannter Forderungen, habe aber die vorbezeichnete Person/Firma mit der Forderungsabrechnung bzw. dem Einzug beauftragt. Die Beauftragung gilt bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber der AOK PLUS als bestehend.

oder

Ich habe vorgenannte Forderungen am an vorbezeichnete Person/Firma abgetreten. Die Forderungsabtretung umfasst alle bestehenden und künftigen o. g. Forderungen. Eine Rücknahme dieser Anzeige ist nur mit Zustimmung des neuen Forderungsinhabers wirksam.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift des Trägers der vollstationären Einrichtung

(Firmenstempel/IK- Nr.)

¹Dieses Formular stellt ein Muster dar. Die Inhalte sind entscheidend und können auch in betriebsspezifische EDV-Systeme integriert werden.

