



Rahmenvertrag

Zwischen

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31

20097 Hamburg

- im Folgenden DAK-Gesundheit genannt -

und

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Fritz-Reuter-Str. 2

22926 Ahrensburg

- im Folgenden Vertragspartner genannt -

Institutionskennzeichen: 330105084

Leistungserbringergruppenschlüssel: 1998293

Vertragsbeginn: 01.04.2020

Preislistenbeginn: 01.04.2020

Rahmenvertrag



§ 1 Vertragsgegenstand

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung und Abrechnung der erbrachten Leistungen der anspruchsberechtigten Versicherten der DAK-Gesundheit mit den in den Anlagen zu diesem Vertrag aufgeführten Hilfsmitteln/Leistungen sowie der damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen gemäß § 127 SGB V zu den vereinbarten Konditionen.

2. Die Bestimmungen und Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind zu beachten. Grundsätzlich sollen nur Hilfsmittel abgegeben werden, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden sind. Versorgungen mit nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten sind genehmigungspflichtig.

3. Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung im Antragsverfahren nach § 5 dieses Rahmenvertrages.

4. Die Zusammenarbeit zwischen der DAK-Gesundheit und dem Vertragspartner erfolgt für die in diesem Vertrag geregelten Versorgungen/Leistungen ausschließlich auf der Grundlage dieses Vertrages und seiner Anlagen.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag erstreckt sich im Rahmen der Vorschrift des § 33 SGB V auf die Versorgung derjenigen Versicherten, die ihren Wohnsitz im räumlichen Geltungsbereich der DAK-Gesundheit haben.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Vertragspartner gewährleistet das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 126 SGB V. Er hat sicherzustellen, dass die Voraussetzungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllt sind und den Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes bzw. deren Aktualisierung für die betreffenden Versorgungsbereiche Rechnung getragen wird. Der Vertragspartner stellt die Einhaltung der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen für die gesamte Vertragslaufzeit sicher. Sollte eine dieser Voraussetzungen nachträglich entfallen, hat der Vertragspartner die DAK-Gesundheit hierüber unverzüglich schriftlich zu informieren. Die DAK-Gesundheit kann vom Vertragspartner jederzeit innerhalb einer angemessenen Frist

die Vorlage von Nachweisen für das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen verlangen.

2. Der Vertragspartner verpflichtet sich zur Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten der DAK-Gesundheit mit Hilfsmitteln einschließlich Zubehör und übernimmt die damit verbundenen Dienst- und Serviceleistungen gemäß den in den Anlagen festgelegten Anforderungen. Er hat über die gesamte Vertragslaufzeit eine entsprechende Leistungsfähigkeit sicherzustellen.

3. Für die Leistungserbringung kann sich der Vertragspartner angeschlossener Niederlassungen oder Partnerbetrieben bzw. Mitgliedern bedienen. Der Vertragspartner bzw. seine Partnerbetriebe/Mitglieder/Niederlassungen sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages verpflichtet.

4. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die ihm angeschlossenen Partnerbetriebe/Mitglieder/Niederlassungen auf die Einhaltung dieses Vertrages zu verpflichten und haftet für die Einhaltung.

5. Der Vertragspartner stimmt dem Verfahren über den elektronischen Kostenvorschlag zu. Er ist gegenüber der DAK-Gesundheit verpflichtet, alle zur Kommunikation erforderlichen Kontaktdaten gemäß der Anlage „elektronischer Kostenvorschlag“ in den dafür vorgesehenen Systemen unverzüglich zu pflegen und aktuell zu halten. Die Verwendung der Angaben in Auskunftssystemen, z.B. der DAK-Vertragspartnersuche, wird ausdrücklich zugelassen.

6. Der DAK-Gesundheit bleibt es freigestellt sich anderer Vertragspartner bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zu bedienen.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

1. Grundlage für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist eine den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V), in der jeweils gültigen Fassung, entsprechende vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist oder es sich um eine Klinikentlassung handelt.

2. Die Auswahl der zweckmäßigen Hilfsmittel hat nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V zu erfolgen.

3. Der Vertragspartner übernimmt die technische Einweisung, Beratung und Information der Versicherten im Rahmen der Handhabung und Pflege der Hilfsmittel und des Zubehörs. Der Vertragspartner gewährleistet eine erforderliche Nachbetreuung. Hausbesuche dürfen nur nach vorheriger Terminabsprache mit dem Versicherten erfolgen.

4. Der Vertragspartner stellt die gänzlich kostenfreie telefonische Erreichbarkeit von

produktspezifisch geschultem Personal zur Auftragsannahme, zur Beratung der Versicherten der Auftraggeberin zu allen mit der Leistungserbringung im Zusammenhang stehenden Fragen sowie zur Bearbeitung von Bestellungen und Reklamationen von Montag bis Freitag (Arbeitstage) in der Zeit von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr zur Verfügung. Das eingesetzte Personal muss die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine geschlechtsspezifische Beratung und Betreuung.

5. Der Vertragspartner hat den Versicherten vor der Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welches Hilfsmittel für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist. Die Beratung ist in geeigneter Weise zu dokumentieren und der DAK-Gesundheit auf deren Verlangen hin nachzuweisen.

6. Dem Versicherten ist immer eine für den konkreten Einzelfall geeignete Versorgung ohne Mehrkosten anzubieten.

7. Wählt der Versicherte eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, kann der Vertragspartner dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. In einem solchen Fall ist der Versicherte nachvollziehbar darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus auch für Instandhaltung und Reparatur ggf. ergebenden Mehrkosten selbst zu tragen hat. Die den Mehrkostenbetrag begründenden Merkmale und die Höhe der Mehrkosten sind in einer geeigneten Mehrkostenerklärung aufzuführen und durch den Versicherten zu bestätigen. Die Mehrkostenerklärung bewahrt der Vertragspartner auf und legt sie der DAK-Gesundheit auf Verlangen vor.

8. Hat der Arzt ein konkretes Produkt unter Angabe der zehnstelligen Hilfsmittelpositionsnummer verordnet, ist der Vertragspartner zur Abgabe dieses Produktes nur dann verpflichtet, wenn dies vom Arzt medizinisch begründet wird.

9. Es ist unzulässig eine andere als die von der DAK-Gesundheit genehmigte Leistung zu erbringen.

10. Die DAK-Gesundheit hat die Möglichkeit, einzelne Hilfsmittel von der Versorgung auszuschließen, wenn festgestellt wird, dass durch das Hilfsmittel eine wirtschaftliche und sinnvolle Versorgung der Versicherten nicht gewährleistet ist (z. B. bei gravierenden Beschwerden im Rahmen der Benutzung des Hilfsmittels). Im Falle eines Ausschlusses ist der Vertragspartner verpflichtet ein Alternativprodukt zu gleichen Konditionen abzugeben.

§ 5 Antragsverfahren

1. Vor jeder beabsichtigten Versorgung ist vom Vertragspartner ein elektronischer Kostenvoranschlag (eKV) über die MIP-Plattform der Firma medicomp GmbH einzureichen, soweit die Anlagen keine abweichenden Regelungen enthalten. Die ärztliche Verordnung und die ggf. übrigen den Leistungsantrag begründenden Unterlagen sind als

Anlage beizufügen.

2. Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten besteht erst ab der Auftragserteilung. Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Vertragspartner die Kostenübernahmeerklärung der DAK-Gesundheit vorliegt. Vor einer Auftragserteilung ist der Vertragspartner auf Wunsch des Versicherten oder der DAK-Gesundheit zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können weder beim Versicherten noch bei der DAK-Gesundheit geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel, diese Regelungen zu umgehen, sind unzulässig.

3. Die DAK-Gesundheit prüft die eingereichten Unterlagen und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte KVA an den Vertragspartner zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern sowie bei fehlendem Leistungsanspruch die Leistung abzulehnen. Anderenfalls erhält der Vertragspartner eine Genehmigung/Auftragserteilung. Der betroffene Versicherte ist vom Vertragspartner entsprechend zu informieren. Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der DAK-Gesundheit.

4. Näheres regelt die Vereinbarung „elektronischer Kostenvoranschlag“ (Anlage B - eKV).

§ 6 Auftragsannahme und Leistungserbringung

1. Die persönliche Auftragsannahme durch den Auftragnehmer erfolgt mindestens von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr (mit Ausnahme von gesetzlichen Feiertagen am Erfüllungsort). Eine Auftragsannahme per E-Mail, Anrufbeantworter, per Telefax sowie eKV ist rund um die Uhr sicherzustellen.

2. Aufträge der DAK-Gesundheit werden über den eKV erteilt. Die Auslieferung des Hilfsmittels ist grundsätzlich umgehend, spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen (Montag - Freitag) nach Auftragserteilung auszuführen, soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Vertragspartner nicht zu vertreten hat. Feiertage werden nicht mitgerechnet. Ist die Auslieferung spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen nicht zwingend notwendig, kann, in Abstimmung mit dem Versicherten, die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen.

3. Versorgungen von direkt beim Vertragspartner eingegangenen ärztlichen Verordnungen sind unverzüglich über das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren zu beantragen. Nach Genehmigung durch die DAK-Gesundheit ist unverzüglich die Versorgung zu veranlassen.

4. Der Vertragspartner stellt einen technischen Notdienst sicher. Er verpflichtet sich das defekte Hilfsmittel unverzüglich zu reparieren oder gegen ein funktionsähnliches und -fähiges auszutauschen, spätestens jedoch innerhalb von drei Arbeitstagen.

5. Der Vertragspartner informiert den Versicherten über die Eigentumsverhältnisse und maßgeblichen Regelungen und Verpflichtungen durch eine geeignete Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung. Der Empfang ist durch den Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuer oder die durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragte Person mit Unterschrift und Datum zu bestätigen. Eine Quittierung im Voraus ist unzulässig.

6. Die Vertragspartner verpflichtet sich die Versicherten der DAK-Gesundheit und ggf. die betreuenden Personen über die Handhabung und Pflege der Hilfsmittel und dem Zubehör zu beraten und zu informieren. Eine erforderliche Nachbetreuung ist zu gewährleisten, unabhängig von evtl. erforderlichen Reparaturen. Näheres regeln die produktspezifischen Anlagen.

7. Die technische Einweisung in die Handhabung und den Betrieb des Gerätes ist durch produktspezifisch geschultes Fachpersonal des Auftragnehmers sicherzustellen.

§ 7 Nachprüfung der Leistung

Der DAK-Gesundheit steht es frei, jede Leistung in der ihr im Einzelfall geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Im Allgemeinen sind beispielsweise Begutachtungen durch den MDK, Versichertenbefragungen, Betriebsbegehungen inkl. Leistungsnachweiskontrolle (Belegprüfung) oder Sachverständigengutachten geeignete Mittel der Prüfung.

§ 8 Gewährleistung

1. Der Vertragspartner gewährleistet für die DAK-Gesundheit und den Versicherten kostenfrei die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der gelieferten Hilfsmittel sowie des Zubehörs gemäß der gesetzlichen Regelungen, mindestens jedoch für zwei Jahre, sofern die produktspezifischen Anlagen keine abweichenden Regelungen enthalten. Verlängerungen können sich auch daraus ergeben, dass Hersteller eine darüber hinausgehende Garantie einräumen. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit dem Datum der erstmaligen Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten.

2. Erfolgt die Leistungserbringung im Rahmen einer Vergütungspauschale oder Miete, stellt der Vertragspartner während des gesamten genehmigten/vereinbarten Nutzungszeitraumes für die DAK-Gesundheit und den Versicherten kostenfrei die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels nebst Zubehör sicher. Gegebenenfalls notwendige Reparaturen, Ersatzteile, Wartungen, Sicherheitstechnische Kontrollen, Zubehörlieferungen und der Austausch von Geräten sind bei Vergütungspauschalen und Mieten im vereinbarten Preis enthalten.

3. Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.

§ 9 Aufgabenübertragung

Die DAK-Gesundheit hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden folgenden Aufgaben. Diese umfassen

- die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV),
- die Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV),
- die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV),
- das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte,
- die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV,
- die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV,
- das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 und 2 der MPBetreibV.

§ 10 Verwaltung des Hilfsmittelbestandes der DAK-Gesundheit

1. Es gelten die Regelungen der Vereinbarung über die Nutzung des Online-Wiedereinsatz-Systems „MIP“ der Fa. medcomp GmbH (Anlage A - MIP/Wiedereinsatz).
2. Vorrangig vor Neulieferungen oder Vergütungspauschalen hat bei Hilfsmitteln eine Versorgung aus dem Lagerbestand der DAK-Gesundheit zu erfolgen. Nur wenn kein Wiedereinsatz möglich ist, ist eine Neulieferung bzw. eine Versorgung auf Basis der Vergütungspauschale möglich.
3. Die DAK-Gesundheit hat das Recht jederzeit über die eingelagerten Hilfsmittel zu verfügen. Bei Bedarf kann ein anderer Vertragspartner beauftragt werden das Hilfsmittel zur Versorgung eines Versicherten zu verwenden.
4. Der Vertragspartner haftet für Schäden und Verluste, die während der Einlagerung auftreten.
5. Sofern der Wiedereinsatz eines Hilfsmittels erfolgt, das bei einem anderen

Vertragspartner der DAK-Gesundheit eingelagert war, sind die Kosten für den Transfer ebenfalls mit der Wiedereinsatzpauschale abgegolten. Die Transferkosten übernimmt der Vertragspartner, der den Wiedereinsatz durchführt.

6. Die Hilfsmittel sind so einzulagern, dass ein unverzüglicher Wiedereinsatz möglich ist.

7. Kosten, die durch falsche Zustandsangaben entstehen, sind vom Vertragspartner zu tragen.

§ 11 Vergütung

1. Die Vergütung der Leistungen ist in den produktspezifischen Anlagen geregelt. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen MwSt. abgerechnet. Als vertraglich vereinbart gilt ausschließlich der angegebene „Versorgungspreis pro Hilfsmittel.“

2. Der Vertragspartner zieht vom Versicherten die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen ein. Der Vergütungsanspruch des Vertragspartners gegen die DAK-Gesundheit verringert sich kraft Gesetzes um die gesetzliche Zuzahlung des Versicherten.

3. Der Vertragspartner verpflichtet sich keine weiteren Zuzahlungen, Aufzahlungen oder Eigenanteile vom Versicherten zu verlangen soweit Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden oder die Anlagen abweichende Regelungen enthalten. Hiervon ausgenommen sind Vereinbarungen gem. § 4 Nr. 7.

4. Sollten niedrigere Festbeträge als die in den produktspezifischen Anlagen vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, kann der Vertrag fristlos gekündigt werden.

5. Bestehen für den Vertragspartner nebeneinander konkurrierende Verträge gilt jeweils der günstigste Vertragspreis.

6. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsmitteln, für die der Vertragspartner zuvor keine Genehmigung der DAK-Gesundheit eingeholt hat, entfällt der Vergütungsanspruch gegenüber der DAK-Gesundheit. Ebenso besteht gegenüber dem Versicherten kein Zahlungsanspruch. Das Versäumnis des Vertragspartners begründet keine Rückholung der Hilfsmittel. Die nachträgliche Einreichung eines eKV ist ebenfalls nicht zulässig.

7. Soweit die DAK-Gesundheit dem Vertragspartner einen Auftrag für eine Hilfsmittelversorgung erteilt, die nicht Gegenstand dieses oder anderer Verträge - jeweils nebst Anlagen - ist, werden die Konditionen im Einzelfall geregelt.

§ 12 Mehrwertsteuer

1. Die Vergütung der Leistungen ist in den produktspezifischen Anlagen geregelt. Die vereinbarten Preise sind, soweit nicht anders ausgewiesen, Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet. Als vertraglich vereinbart gilt ausschließlich der angegebene Versorgungspreis pro Hilfsmittel.
2. Bei abweichenden Forderungen seitens der zuständigen Finanzbehörden und/oder geänderten Zolltarif-Einstufungen werden die Mehrwertsteuer-Sätze angepasst. Die schriftliche Aufforderung der Finanzbehörde oder die Zolltarif-Auskunft ist vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, auf Aufforderung der DAK-Gesundheit Rechtsmittel gegen die entsprechende Aufforderung der Finanzbehörde oder die Zolltarif-Auskunft einzulegen.
3. Im Falle einer nachträglichen Änderung des Mehrwertsteuer-Satzes (zum Beispiel durch Rechtsprechung, geänderte Zolltarif-Einstufungen) verpflichten sich die Vertragspartner zu einer entsprechenden Nach- bzw. Rückzahlung der Differenz im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen.

§ 13 Abrechnung

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Vertragspartnern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301 a SGB V)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.
2. Die zuständigen Daten- und Belegannahmestellen der DAK-Gesundheit sind den jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V zu entnehmen (siehe z.B. „Kostenträgerdateien“ unter www.gkv-datenaustausch.de).
3. Der Vertragspartner und dessen Abrechnungsstelle führen ein Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V. Der IK-Inhaber ist für die Aktualität der unter dem IK bei der SVI – Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (www.arge-ik.de) gespeicherten Daten (insbesondere Firma, Anschrift, Bankverbindung) verantwortlich. Die unter dem IK gespeicherten Daten werden von der DAK-Gesundheit verbindlich genutzt (hier insbesondere die Bankverbindung für den Zahlungsverkehr). Der IK-Inhaber haftet für Schäden, die durch eine Unterlassung der ordnungsgemäßen Meldung von Änderungen an die SVI entstehen.

4. Pro Kostenträger (hier: Krankenkasse bzw. Pflegekasse) und je Leistungsbereich (z.B. Hilfsmittel, Arznei-/Verbandmittel) sind separate Abrechnungen zu erstellen; sogenannte „Mischrechnungen“ sind nicht zulässig.

Außerdem hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsvorfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Andernfalls wird ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung erfolgen.

5. Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich, bis zum monatsletzten Werktag des auf den Tag der Leistungserbringung bzw. auf die Genehmigung folgenden Monats, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Tag der Leistungserbringung bzw. Genehmigung, per Sammelabrechnung mit den von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen. Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei den von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestellen eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die DAK-Gesundheit von ihrer Zahlungsverpflichtung.

6. Auf den Verordnungsvordrucken sind mindestens folgende Angaben aufzutragen:

- Rechnungs- und Belegnummer (oben rechts),
- Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers,
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,
- zu entrichtender Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung.

Anstelle dessen, oder wenn bei elektronischen Aufträgen durch die DAK-Gesundheit keine ärztliche Verordnung vorliegt, kann zu jedem Abrechnungsvorfall ein separates Codierblatt erstellt werden, auf dem die vorgenannten Angaben vollständig aufzutragen sind.

Die zu einer Versorgung gehörenden Unterlagen,

- Codierblatt,
 - Verordnung,
 - Empfangsbestätigung / Lieferschein und
 - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zur Verordnung,
- sind fest miteinander zu verbinden.

Andere Vorschriften für die Übermittlung der rechnungsbegründenden Unterlagen/Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung, werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der

Unterlagen nicht erfüllt, gehen die daraus resultierenden Schäden zu Lasten des Vertragspartners. Im Übrigen können derartige Unterlagen von der DAK-Gesundheit bzw. der benannten Belegannahmestelle zurückgewiesen werden.

7. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln/Produkten und bei Versorgungs- bzw. Vergütungspauschalen und Mieten ist der Beginn und das Ende des jeweils abgerechneten Versorgungszeitraumes (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“) zu übermitteln.

8. Existiert kein Verordnungsdatum (Segment ZHI, Feld „Verordnungs-, Ausstell- oder Einsatzdatum“), ist dafür das Datum der Leistungserbringung bei der Abrechnung anzugeben.

9. Die DAK-Gesundheit bzw. die von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestellen sind berechtigt die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben, wenn die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sind, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sind oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.

10. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen bei der/den von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestelle(n). Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der/den von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestelle(n). Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.

11. Hat der Vertragspartner einem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die DAK-Gesundheit mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkassovollmacht entzogen, ist der Vertragspartner für die Einhaltung des Entzuges der Vollmacht verantwortlich.

12. Beanstandungen können von der DAK-Gesundheit oder dem von der DAK-Gesundheit beauftragten Dienstleister innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der/den von der DAK-Gesundheit benannten Daten- und Belegannahmestelle(n). Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Vertragspartners, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Vertragspartners verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung bzw. ein

Vertragsverstoß des Vertragspartners vor.

13. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Vertragspartner innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung bei der Abrechnungsstelle des Vertragspartners. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches von der DAK-Gesundheit zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

§ 14 Qualitätsmanagement

1. Die Bestimmungen und Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind zu beachten. Grundsätzlich sollen nur Hilfsmittel abgegeben werden, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden. Versorgungen mit nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Produkten sind mit den Nachweisen, dass die Voraussetzungen nach § 139 SGB V erfüllt werden, zur Genehmigung durch die DAK-Gesundheit vor der erstmaligen Versorgung einzureichen.

2. Der Vertragspartner gewährleistet die Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus den geltenden Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), den Hygiene-Sterilvorschriften und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V.

3. Der Vertragspartner erfüllt für die gesamte Vertragslaufzeit die Präqualifizierungsvoraussetzungen nach § 126 SGB V für die aus den produktspezifischen Anlagen resultierenden Versorgungsbereiche. Sie weist dies durch elektronische Vorlage der Präqualifizierungsurkunde über ihre Präqualifizierungsstelle im Rahmen des elektronischen Datenaustauschs nach. Fehlende elektronische Bestätigungen sind von dem Vertragspartner mit der Präqualifizierungsstelle oder der DAK-Gesundheit zu klären. Während der Klärungszeit wird vorübergehend die Vorlage der Präqualifizierungsurkunde in herkömmlicher Papierform anerkannt.

§ 15 Weitere Vertragspflichten

1. Der von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.- verabschiedete Kodex "Medizinprodukte" ist verbindlich zu beachten.

2. Der Vertragspartner garantiert die Einhaltung spezialrechtlicher Vorschriften für die Betriebssicherheit der Hilfsmittel. Die Haftung des Herstellers / Importeurs nach den gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Produkthaftungsgesetz, MPG) bleibt von den vorstehenden Regelungen unberührt.

3. Der Vertragspartner verpflichtet sich die DAK-Gesundheit zu informieren, wenn er verordnende Ärzte in seine Forschungsprojekte oder Studien einbindet. Er ist nicht verpflichtet über Inhalte solcher Projekte zu informieren. Die DAK-Gesundheit behandelt diese Information vertraulich.

4. Die DAK-Gesundheit kann den Lieferungen des Vertragspartners an den Versicherten kostenfrei Informationsmaterial beifügen lassen. Der Vertragspartner darf im Rahmen dieses Vertrages den Namen der DAK-Gesundheit nur mit deren schriftlicher Einwilligung zu Werbezwecken verwenden.

§ 16 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen dem Vertragspartner und Vertragsärzten

Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen ist nach § 128 Abs. 1 SGB V grundsätzlich unzulässig. Davon ausgenommen ist die vom GKV-Spitzenverband getroffene Regelung zur Notfallversorgung in der jeweils gültigen Fassung.

§ 17 Datenschutz und Schweigepflicht

1. Der Vertragspartner ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

2. Der Vertragspartner hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

3. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

5. Der Vertragspartner ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

6. Der Vertragspartner unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

7. Für den Fall, dass der Vertragspartner aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder gerichtlicher Anweisungen verpflichtet ist vertrauliche Informationen an Dritte weiterzugeben, informiert er die DAK-Gesundheit davon unverzüglich, damit diese die Möglichkeit hat, rechtliche Schritte gegen die Weitergabeverpflichtung einzuleiten.

§ 18 Vertragsstrafe

1. Der Vertragspartner verpflichtet sich für jeden einzelnen Fall der Zuwiderhandlung gegen die Verpflichtungen dieses Vertrags je nach Schwere des Verstoßes eine Vertragsstrafe bis zu 5.000,00 Euro zu zahlen. Die jeweilige Höhe der Vertragsstrafe liegt im Ermessen der DAK-Gesundheit.

2. Dies gilt ebenso für Verstöße gegen § 128 Absätze 1 und 2 SGB V. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße dieser Art kann die DAK-Gesundheit den Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen.

3. Eine Vertragsstrafe gemäß Abs. 1 und 2 wird nicht fällig, wenn der Vertragspartner nachweist, dass ihn in Bezug auf die Pflichtverletzung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft.

4. Für den Fall des Verstoßes gegen die Pflicht zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie gegen die Pflicht zur Geheimhaltung gem. § 14 Abs. 1 und 2 dieses Vertrages verwirkt der Vertragspartner für jeden einzelnen Fall der Zuwiderhandlung je nach Schwere des Verstoßes eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 25.000,00 Euro. Die jeweilige Höhe der Vertragsstrafe liegt im Ermessen der DAK-Gesundheit.

5. Die Vertragsstrafe ist an die DAK-Gesundheit zu zahlen und sofort in einer Summe fällig. Ansprüche auf Zahlung von Vertragsstrafen bestehen unabhängig von einer

Kündigung nach § 21.

6. Die Geltendmachung weitergehender Ansprüche und Rechte, insbesondere eines Anspruchs auf Schadensersatz, bleibt durch diese Regelungen unberührt. Eine verwirkte Vertragsstrafe ist auf einen darüber hinausgehenden Anspruch anzurechnen.

7. Sofern ein für den Vertragspartner tätiger Nachunternehmer/ Partnerbetrieb die Leistung nicht vertragskonform erbringt, ist die DAK-Gesundheit ohne Einhaltung einer Frist befugt, ein Auftragsverbot auszusprechen. Nur der Vertragspartner hat gegenüber der DAK-Gesundheit ein Einspruchsrecht. Ein Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 19 Antikorruptionsklausel

1. Der Vertragspartner verpflichtet sich für jeden einzelnen gerichtlich nachgewiesenen Fall der Erlangung eines Versorgungsauftrages durch strafbares Handeln oder den Versuch hierzu an die DAK-Gesundheit eine Vertragsstrafe je nach Schwere des Verstoßes in Höhe von 5.000,00 Euro zu zahlen.

2. Strafbares Handeln sind insbesondere Bestechung, Vorteilsgewährung, wettbewerbsbeschränkende Absprachen und Betrug (§§ 334, 333, 298, 299, 299b und 263 Strafgesetzbuch).

3. Dem Vertragspartner bleibt der Nachweis eines wesentlich geringeren, der DAK-Gesundheit der Nachweis eines ungewöhnlich hohen Schadens im Einzelfall vorbehalten.

§ 20 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchsetzbar sein oder werden, so werden die Wirksamkeit und die Durchführbarkeit aller übrigen Bestimmungen dieses Vertrages davon nicht berührt. Die Vertragsparteien sind verpflichtet die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch diejenige wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem von den Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgten wirtschaftlichen Zweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt.

§ 21 Vertragsdauer

1. Der Vertrag tritt am 01.04.2020 in Kraft, hat eine Mindestlaufzeit von 36 Monaten und kann (nach dem 31.03.2023) mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.

2. Für die separate Kündigung der Anlagen gelten die dort vereinbarten Fristen.

3. Sofern dem Vertragspartner, bei Vertragspartnergemeinschaften dem jeweiligen Partnerbetrieb, die Präqualifizierung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln (§ 126 SGB V) entzogen wird, endet der Vertrag mit dem Ende der Präqualifizierung.

4. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Vertragspartner unberührt. Die DAK-Gesundheit hat insbesondere das Recht zur Kündigung ohne Einhaltung einer Frist,

a) wenn der Leistungserbringer trotz schriftlicher Aufforderung die vereinbarte Leistung nach diesem Vertrag nicht ordnungsgemäß erbringt oder seine Hauptpflichten verletzt,

b) wenn der Leistungserbringer bei den Nachweisen und Erklärungen zur Eignung des Leistungserbringers vorsätzlich oder grob fahrlässig unwahre Angaben gemacht hat,

c) wenn ein schwerwiegender Verstoß des Leistungserbringers gegen vertragliche Bestimmungen über die Vertraulichkeit oder den Datenschutz vorliegt,

d) wenn bestehende oder zukünftige Bestimmungen oder Maßnahmen aufsichtsrechtlicher, vergaberechtlicher, haushaltsrechtlicher oder sonstiger gesetzlicher Art der Erfüllung dieses Vertrages entgegenstehen,

e) wenn über das Vermögen des Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren beantragt oder eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrages dadurch in Frage gestellt ist.

Bereits erbrachte Leistungen sind der DAK-Gesundheit zu erstatten.

5. Im Fall einer wesentlichen Veränderung der Kassenstruktur (z.B. organisatorische Änderungen sowie Fusionen) besteht für die DAK-Gesundheit das Recht der außerordentlichen Kündigung. Die DAK-Gesundheit wird den Leistungserbringer unverzüglich über entsprechende Veränderungen informieren. Von einer wesentlichen Veränderung der Kassenstruktur ist jedenfalls bei einer Fusion mit einer Krankenkasse mit mehr als 1 Million Versicherten auszugehen.

6. Die Kündigung bzw. Teilkündigung aus wichtigem Grund muss spätestens einen Monat nach Kenntnis vom Kündigungsgrund erklärt werden. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit ist der Zugang der Kündigungserklärung bei dem Leistungserbringer. Das Vertragsverhältnis endet in diesem Fall mit sofortiger Wirkung.

7. Jegliche Kündigung dieses Vertrages bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

8. Im Fall der Kündigung steht dem Leistungserbringer nur das aktuell fällige Entgelt zu.

§ 22 Schlussbestimmungen

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

Unterschriften siehe nächste Seite.

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Andreas Rudolph

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Thomas Hutfilz

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Thomas Bodmer

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Frank Lätsch

Anlage A - MIP/Wiedereinsatz



§ 1 Grundsätze

1. Der Wiedereinsatz von Hilfsmitteln ist ein wesentlicher Ansatz zur wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten der DAK-Gesundheit. Der MIP-Pool ermöglicht sowohl dem Vertragspartner als auch der DAK-Gesundheit den schnellen und immer aktuellen Zugriff auf die wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel. Die Verwaltung der Hilfsmittel-Bestände über den MIP-Pool spart beiden Seiten administrative Aufwände. Darüber hinaus unterstützt der MIP-Pool die Analyse und Bewertung des Wiedereinsatzgeschehens.
2. Der Lagerbetrieb und die Pflege des MIP-Pools sind ganzjährig sicher zu stellen.
3. Verantwortungsbereiche

Den Beteiligten fallen bei der Nutzung des MIP-Pools unterschiedliche Aufgaben zu. Der Vertragspartner ist verantwortlich für:

- Pflege des MIP-Pools (zeitgerecht, vollständig, fehlerfrei, aussagekräftig)
- Poolabfragen (sinnvoll, vollständig)
- Erstellen von Kostenvoranschlägen für Neulieferung oder Wiedereinsatz
- Durchführung der Versorgungen (Neulieferung oder Wiedereinsatz)
- Rückholung, Einlagerung, Instandsetzung der Hilfsmittel
- Überwachung der Lagerbestände (Lagerabgleich mit Online-Beständen)
- Erstellen von Aussonderungsanträgen
- Einhaltung der Vertragsregelungen

Die DAK-Gesundheit ist verantwortlich für:

- Vertragsregelungen mit Vertragspartnern und medicomp
- Fortentwicklung des MIP-Pools
- Überwachung der Einhaltung der Vertragsregelungen
- Steuerung und Überwachung des Wiedereinsatzgeschehens
- Beurteilung von Aussonderungsanträgen
- Erteilen von Rückholaufträgen
- Überwachung der Pflege des MIP-Pools (zeitgerechte, vollständige, fehlerfreie und aussagekräftige Einträge)

- Prüfung der Lagerbestände (Lagerbegehungen)
- Kontrolle der Versorgungsqualität (Versicherten-Befragungen, Inaugenscheinnahme von Hilfsmitteln und Versorgungsungen)
- Sanktionierung einzelner Partnerbetriebe/Mitglieder bei Vertragsverstößen

4. Technische Voraussetzungen

Die DAK-Gesundheit nutzt für die Überwachung des Wiedereinsatzgeschehens und die Abwicklung aller Einzelvorgänge (Rückholaufträge, Aussonderungsanträge, Kommunikation) die MIP-Plattform der medicomp GmbH. Diese stellt der DAK-Gesundheit ggf. einen virtuellen Pool für die Sicht auf die Pools anderer Betreiber zur Verfügung.

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die in externen Pools vorgehaltenen Daten online und in Echtzeit an den MIP-Pool übermittelt und allen DAK-Vertragspartnern zur Verfügung gestellt werden, damit Aufträge angenommen und bearbeitet werden können. Die technischen Details können der Schnittstellenbeschreibung der Fa. medicomp GmbH entnommen werden. Die Schnittstelle zum MIP-Pool ist bei der Fa. medicomp GmbH kostenfrei erhältlich. Es fallen für den Datentransfer keine zusätzlichen Gebühren der Fa. medicomp oder der DAK-Gesundheit an. Für im MIP-Pool durchgeführte Buchungen können ggf. Kosten anfallen, die der Nutzungsvereinbarung mit der Fa. medicomp GmbH zu entnehmen sind.

Pool-Daten werden ebenfalls für den elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) benötigt. Der Vertragspartner stellt sicher, dass die benötigten Daten im eKV übermittelt werden.

5. Sonstiges

Für die Nutzung des MIP-Pools sind gesonderte Vereinbarungen mit medicomp zu schließen. Gebühren, die für die Nutzung des MIP-Pools anfallen, können von der DAK-Gesundheit weder beeinflusst noch erstattet werden.

§ 2 Zugangsberechtigung / Vertretung in Abwesenheit / Datenschutz

1. Die Stammdaten des Vertragspartners (Ansprechpartner, Adresse, Telefon, Email, etc.) sind von ihm auf der MIP-Plattform selbstständig zu pflegen. Für diese Änderungen und Ergänzungen trägt der Vertragspartner die alleinige Verantwortung.

2. Die Zugangsberechtigungen zum MIP-Pool ergeben sich aus den bestehenden Verträgen zwischen der DAK-Gesundheit und dem Vertragspartner. Sie sind vom Vertragspartner auf die notwendige Anzahl von Mitarbeitern zu beschränken und

dürfen nur von diesen verwendet werden. Bei Ausscheiden von Mitarbeitern ist umgehend die Zugangsberechtigung über die medicomp GmbH sperren zu lassen. Die Vertretung in Abwesenheit ist sicher zu stellen.

3. Die Zugangsberechtigung endet 8 Wochen nach Ende der Vertragspartnerschaft. In dieser Zeit sind alle noch offenen Buchungen im MIP-Pool zu erledigen.

4. Alle mit Sozialdaten unserer Versicherten in Kontakt tretenden Mitarbeiter sind auf die Geheimhaltung der Daten gemäß Datenschutz zu verpflichten. Die Verpflichtung ist schriftlich zu dokumentieren und der DAK-Gesundheit oder den von der DAK-Gesundheit beauftragten Personen auf Anforderung vorzulegen oder in Kopie zuzusenden.

§ 3 Vorgangsbuchungen

1. Hilfsmittel mit einem Neulieferungspreis über 300,00 Euro sind im MIP-Pool zu erfassen und dauerhaft mit der Registernummer des MIP-Pools und einem Hinweis auf das „Eigentum der DAK-Gesundheit“ zu versehen. Die DAK-Gesundheit stellt dem Vertragspartner dafür auf Anforderung unter hilfsmittelmanagement@dak.de entsprechende Aufkleber zur Verfügung.

2. Bei der Erfassung ist auf Fehlerfreiheit, Vollständigkeit und Aussagekraft der Einträge zu achten. Dies gilt insbesondere bei Einträgen in den Versicherten- und Freitext-Feldern z. B. zur Erfassung von Zubehörteilen oder anderen Besonderheiten und Merkmalen.

3. Folgende Vorgangsbuchungen sind vom Vertragspartner vornehmbar:

Aussonderungsantrag
Einlagerung
Klärfall
Nachrüstung
Neulieferung
Reinigung / Aufbereitung
Reparatur
Reservierung
Rückholung
Rückholungsauftrag in Klärung
Sicherheitstechnische Kontrolle
Verlustmeldung
Wartung
Wiedereinsatz

§ 4 Fristen

1. Der MIP-Pool ist zeitnah zu pflegen. Vorgänge, die nicht maschinell von der DAK-Gesundheit gebucht werden können (z. B. Auslieferung, Einlagerung), sind regelmäßig spätestens 5 Arbeitstage nach der Durchführung vorzunehmen.
2. Gegebenenfalls abweichende Fristen sind in den jeweiligen Paragraphen zu den einzelnen Vorgangsbuchungen geregelt.

§ 5 MIP-Interimsnummern

1. Für Hilfsmittel ohne offizielle Hilfsmittelpositionsnummer (10-Steller) ist die von der medicomp GmbH vergebene MIP-Interimsnummer anzugeben. Liegt noch keine MIP-Interimsnummer vor, ist diese unter Angabe der Produktart (7-Steller) bei der medicomp GmbH zu beantragen. Vor der Beantragung einer MIP-Interimsnummer ist im Hilfsmittelkatalog der MIP-Plattform sorgfältig zu recherchieren, ob bereits eine MIP-Interimsnummer vergeben wurde.
2. Hilfsmittel mit einer MIP-Interimsnummer sind mindestens halbjährlich darauf zu überprüfen, ob zwischenzeitlich eine offizielle Hilfsmittelpositionsnummer vergeben wurde. Die offizielle Hilfsmittelpositionsnummer ist mit Hinweis auf die zu ersetzende MIP-Interimsnummer an die medicomp GmbH zu melden. Die Korrektur der registrierten MIP-Interimshilfsmittel erfolgt automatisch.

§ 6 Erstellen von Pool-Abfragen

1. Vor jeder Neulieferung ist eine Wiedereinsatzabfrage in allen in Frage kommenden Produktarten vorzunehmen. Sie erfolgt je Versorgungsfall und Produktart nur einmal. Die Abfrage kann bereits durchgeführt werden, sobald der Vertragspartner von der bevorstehenden Versorgung Kenntnis erhält. Sofern die Abfrage zeitnah zur Versorgungsanfrage/ Versorgung erfolgt, darf die DAK-Gesundheit keine erneute Abfrage vom Vertragspartner fordern. Die Einschränkung durch Abfrageparameter darf nur unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Notwendigkeit erfolgen. Die Auslegung ist eng vorzunehmen.
2. Jede Wiedereinsatzabfrage erhält eine Wiedereinsatz-Belegnummer (WE-Belegnummer). Die WE-Belegnummer ist im zur Versorgung gehörenden

eKV anzugeben.

3. Nur bei einer negativen Wiedereinsatzabfrage kann eine Neulieferung des Hilfsmittels beantragt werden.
4. Ist eine Versorgung aus dem Hilfsmittel-Bestand trotz positiver Wiedereinsatzabfrage aus Sicht des Vertragspartners nicht möglich, ist unter Bemerkungen im eKV die individuelle Begründung anzugeben.
5. Bei Verzögerungen von Versorgungen aus nicht vertragskonform erstellten Negativ-Abfragen, die dem Versicherten nicht zugemutet werden können, erfolgt im Wiederholungsfall die umgehende Umversorgung auf einen anderen Vertragspartner.

§ 7 Reservierungen

1. Reservierungen werden bei positiver Pool-Abfrage für das in Frage kommende Hilfsmittel vorgenommen, wenn die Versorgung mit diesem Hilfsmittel erfolgen soll. Die Versorgung ist dann umgehend beim zuständigen Fachzentrum Hilfsmittel der DAK-Gesundheit (FZH) über den eKV zu beantragen.
2. Die Reservierungsfrist beträgt 30 Kalendertage und kann einmal um weitere 30 Kalendertage verlängert werden. Für die Verlängerung ist im MIP-Pool eine Begründung anzugeben. Sollte eine noch längere Reservierung notwendig sein, ist das weitere Vorgehen mit dem zuständigen FZH abzustimmen.
3. Reservierungen ohne konkrete Versorgungsintention (Vorliegen einer ärztlichen Verordnung oder eines Versorgungsauftrags der DAK-Gesundheit) sind nicht zulässig und begründen den Verdacht der Bildung von Schwarz-Lagern.
4. Entfällt die Grundlage für die Reservierung (z. B. durch Ablehnung der Kostenübernahme), ist das Hilfsmittel unverzüglich frei zu geben.
5. Fünf Kalendertage vor Ablauf der Reservierungsfrist erfolgt eine Warnmeldung. Wird die Reservierung nicht rechtzeitig aufgehoben oder verlängert, wird das Hilfsmittel automatisch freigegeben und an das Lager des Vertragspartners gebucht.

§ 8 Rückholungen und Aussonderungen

1. Rückholungen und Aussonderungen werden in EDV-Form über den MIP-Pool abgewickelt. Voraussetzung ist, dass alle Hilfsmittel im MIP-Pool registriert sind.

Bei nicht registrierten Hilfsmitteln erfolgt der Rückholauftrag über den eKV. Das bisher nicht registrierte Hilfsmittel ist vom Vertragspartner sofort im MIP-Pool nachträglich zu erfassen.

2. Das zuständige Fachzentrum Hilfsmittel der DAK-Gesundheit (FZH) erteilt elektronisch einen Rückholungsauftrag. Die Rückholung muss innerhalb von 14 Kalendertagen erfolgt und das Hilfsmittel eingelagert sein.

3. Kann die Rückholung nicht fristgerecht durchgeführt werden, muss der Rückholauftrag in Klärung gesetzt werden. Dabei ist zwingend der Grund der Verzögerung anzugeben. Die Rückholungsfrist verlängert sich um weitere 14 Kalendertage.

4. Wurde das Hilfsmittel nach spätestens 28 Kalendertagen seit dem Rückholauftrag nicht eingelagert, erfolgt automatisch der Rückkauf an den Vertragspartner zum Zeitwert, mindestens in Höhe der jeweils aktuellen Wiedereinsatzpauschale über den MIP-Pool. Der Betrag wird mit der nächsten Hilfsmittelabrechnung des Vertragspartners unter Angabe des Vorgangs aufgerechnet.

5. Für nicht mehr einsatzfähige Hilfsmittel stellt der Vertragspartner über den MIP-Pool einen Aussonderungsantrag. In dem Aussonderungsantrag sind die voraussichtlichen Reparaturleistungen und –kosten, Zustandsangaben, Zeitwert und gegebenenfalls eine Fotodokumentation ausführlich anzugeben.

6. Die Aussonderung kann nach genehmigtem Aussonderungsantrag erfolgen und ist für die DAK-Gesundheit kostenfrei. Bei abgelehnten Aussonderungsanträgen wird das Hilfsmittel automatisch an das Lager des Vertragspartners gebucht.

7. Rückholungen und Aussonderungsanträge nach dem Ende der Vertragspartnerschaft sind nach Sperrung der Zugangsberechtigung unter Angabe der Registernummer dem zuständigen FZH zu melden. Das FZH veranlasst dann die Bereinigung und Aktualisierung des MIP-Pools und teilt dem Vertragspartner die Entscheidung über den Aussonderungsantrag mit.

§ 9 Einlagerung von Hilfsmitteln

1. Alle Hilfsmittel sind so einzulagern, dass eine Verschlechterung des Hilfsmittels durch die Lagerung auszuschließen ist. Die einzulagernden Hilfsmittel sind in jedem Fall auf Schäden zu inspizieren und von grobem Schmutz zu reinigen. Besonders empfindliche Bauteile, zum Beispiel Elektronik-Komponenten, sind vor Einlagerung besonders zu behandeln. Insbesondere ist auf eine einwandfreie Lagerung und Pflege von Akkus zu achten.

2. Hilfsmittel, die mit Körperflüssigkeiten der Versicherten in Kontakt kommen, sind vor Einlagerung gründlich zu reinigen und zu desinfizieren (z. B. Absauggeräte, Dekubitus-Matratzen). Die Versorgungsverträge enthalten diesbezüglich spezifischere Regelungen, die zu beachten sind.

3. Die Zustandsbeschreibung ist korrekt vorzunehmen. Aufgrund falscher Zustandsangaben anderen Vertragspartnern entstehende Kosten sind vom Vertragspartner an den anderen Vertragspartner zu erstatten.

§ 10 Verlust oder Verschlechterung während der Einlagerung

1. Der Verlust oder die Verschlechterung eines Hilfsmittels sind dem zuständigen FZH unverzüglich anzuzeigen. Die Meldung muss neben den Hilfsmittel-Daten eine Schilderung der Gründe für den Verlust oder der Zustandsverschlechterung (inklusive aktueller Fotodokumentation) beinhalten.

2. Hat der Vertragspartner den Verlust oder die Verschlechterung zu vertreten, ist der DAK-Gesundheit ein Ersatz zu stellen in Form eines gleichwertigen Hilfsmittels oder als Geldleistung in Höhe des Zeitwerts.

§ 11 Überprüfung von Einträgen / Lagerbegehung

1. Zur Prüfung von Einträgen können einzelne Hilfsmittel von der DAK-Gesundheit oder beauftragten Personen angefordert werden. Sofern bei der Prüfung ein Fehlverhalten des Vertragspartners erkannt wird, sind die Versandkosten von ihm zu tragen; andernfalls von der DAK-Gesundheit.

2. Ebenso sind Lagerbegehungen durch Mitarbeiter der DAK-Gesundheit oder beauftragte Personen im Rahmen routinemäßiger Kontrollen zulässig. Die Lagerbegehung ist im Regelfall mindestens eine Woche vorher anzukündigen. Bei konkretem Verdacht auf nicht-vertragskonformes Verhalten kann die Lagerbegehung auch ohne Ankündigung durchgeführt werden. Der Zugang zu den Räumlichkeiten des Betriebs ist während der Geschäftszeiten zu gewähren.

§ 12 Lagerbereinigung

1. Mindestens einmal jährlich ist vom Vertragspartner eine Lagerbereinigung durchzuführen. Dabei werden die tatsächlichen Lagerbestände mit den im MIP-Pool erfassten Beständen abgeglichen. Differenzen sind an das zuständige FZH zu melden und das weitere Vorgehen mit diesem abzustimmen. Die

Lagerbereinigung ist betriebsintern in geeigneter Form unter Benennung eines Verantwortlichen zu dokumentieren. Die Dokumentation ist auf Anforderung der DAK-Gesundheit zu übermitteln.

2. Die DAK-Gesundheit behält sich vor, auch unterjährig zu einer Lagerbereinigung zu verpflichten. Gründe hierfür können zum Beispiel gehäufte Fehleinträge im MIP-Pool oder Hinweise von anderen Vertragspartnern über Unregelmäßigkeiten bei der Abwicklung des Wiedereinsatzes sein.

§ 13 Umbuchungen / Lagerübergang / Änderungen systemseitiger Einträge

1. Fehlbuchungen (zum Beispiel Falscherfassungen, Lagerstandortwechsel, Doppelbuchungen) sind umgehend dem zuständigen FZH zu melden. Die Bereinigung wird vom FZH vorgenommen. Für den Aufwand können dem Vertragspartner 10,00 Euro inklusive Mehrwertsteuer als Verwaltungsgebühr pro Vorgang berechnet werden.

2. Bei Eröffnung eines Insolvenzverfahrens hat der Vertragspartner sofort das zuständige FZH zu informieren. Das FZH veranlasst die Abholung der eingelagerten Hilfsmittel beim Vertragspartner und die Umbuchung aus dem MIP-Pool.

3. Einträge, die vom MIP-Pool automatisch generiert werden, dürfen vom Vertragspartner nicht geändert werden. Fehlerhafte automatische Einträge (zum Beispiel Hilfsmittelbezeichnung, Hersteller) sind der medicomp GmbH zu melden.

§ 14 nicht aktive Lagerbestände (Schwarz-Lager)

1. Durch die Verzögerung von Einträgen im MIP-Pool, insbesondere nach Rückholungen, oder andere Manipulationen entstehen Lücken im aktiven Lagerbestand, sog. „Schwarz-Lager“. Beim Verdacht auf die gezielte Bildung von Schwarz-Lagern wird der Vertragspartner sofort für den MIP-Pool gesperrt und von weiteren Versorgungen ausgeschlossen.

2. Als hinreichender Verdacht gilt neben der Nichteinhaltung von Fristen, ungerechtfertigten Reservierungen, doppelten Abfragen insbesondere eine Quote von über 10 Prozent von Wiedereinsätzen, bei denen Hilfsmittel innerhalb kürzester Frist eingelagert und reserviert beziehungsweise wiedereingesetzt wurden.

3. Die Sperre wird erst nach Klärung mit dem zuständigen FZH aufgehoben.

§ 15 Wiedereinsatz (Sechs-Wochen-Frist)

1. Eingelagerte Hilfsmittel stehen innerhalb der ersten sechs Wochen nach Einlagerung ausschließlich dem Vertragspartner zur Verfügung. Diese Regelung stellt einen wirtschaftlichen Anreiz dar, die im eigenen Lager befindlichen Hilfsmittel zeitnah aufbereitet in den Wiedereinsatz zu bringen und so Kosten einzusparen. Eine Verlängerung dieser Frist ist nicht möglich.
2. Länger als sechs Wochen eingelagerte Hilfsmittel werden allen Vertragspartnern angezeigt und können von diesen reserviert werden.

§ 16 Transport und Verpackung

1. Sofern keine andere Regelung in den Versorgungsverträgen oder den Vertragspartner-internen Verträgen getroffen ist, trägt die Kosten für den Transport derjenige, der den Wiedereinsatz durchführt.
2. Von anderen Vertragspartnern angeforderte reservierte Hilfsmittel sind vom Vertragspartner unverzüglich angemessen transportsicher verpackt zu versenden. Der Vertragspartner ist gegenüber dem anfordernden Vertragspartner unverzüglich auskunftspflichtig.
3. Transportschäden sind nach Feststellung sofort dem zuständigen FZH zu melden. Die im Rahmen eines Transportschadens notwendigen Reparaturen und Aufbereitungen gehen zu Lasten des Vertragspartners, der das Hilfsmittel versandt hat.
4. Die Kommunikation erfolgt einheitlich über den MIP-Pool.

§ 17 Nutzung der Kommunikationsmöglichkeiten des MIP-Pools

1. Der MIP-Pool bietet die Möglichkeit, mit anderen Nutzern über ein internes Mail-System zu kommunizieren. Dieses Mail-System ist für Anfragen (z. B. zur Anforderung von Hilfsmitteln) zwischen den Vertragspartnern oder der medicomp GmbH (z. B. zur Anforderung einer MIP-Interimsnummer) zu verwenden. Von der Versendung von Schriftstücken und Fax-Briefen ist weitestgehend abzusehen. Der Versand von Emails mit versichertenbezogenen Daten ist nicht zulässig und untersagt.

§ 18 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

1. Der Vertragspartner hat, sofern sich ursächlich daraus Vermögensschäden für die DAK-Gesundheit ergeben, unter anderem zu vertreten:

- Fristversäumnisse (z. B. bei Rückholungen)
- Fehlerhafte Einträge im MIP-Pool
- Fehlerhafter Umgang mit dem MIP-Pool
- Fehlerhafte Einlagerung und Lagerhaltung
- Fehlerhafte Auslieferung
- Fehlerhafter Versand
- Verlust oder Verschlechterung von Hilfsmitteln

2. Als Sanktionen kommen bei allen Arten von Verstößen im Rahmen der Nutzung des MIP-Pools in Betracht:

- Aufklärung des Vertragspartners, welche Unregelmäßigkeiten aufgefallen sind,
- Vereinbarung, wie diese kurzfristig zu beheben sind,
- umgehende Nachbesserung von nicht vertragskonformen eKV oder Einträgen,
- umgehende Einleitung einer Umversorgung auf einen anderen Vertragspartner,
- Erhebung einer Verwaltungsgebühr von 10,00 Euro inklusive Mehrwertsteuer je Vorgang,
- der Zeitwert des Hilfsmittels wird mit der nächsten Hilfsmittelabrechnung verrechnet,
- Vertragsstrafe bis 2.500 Euro pro Vorgang,
- unbegrenzte Sperrung für den MIP-Pool und
- Verlagerung des Hilfsmittelbestands auf einen anderen Vertragspartner
- Kündigung der Vertragsbeziehung

3. Müssen die zeitgerechte Erfassung angemahnt oder Buchungen durch die DAK-Gesundheit vorgenommen werden, fällt die oben genannte Verwaltungsgebühr an.

4. Der Zeitwert errechnet sich aus dem aktuellen Neuwert des Hilfsmittels als lineare Abschreibung über fünf Jahre (20 Prozent Abzug vom Neuwert je vollständig genutztem Jahr), mindestens die Wiedereinsatzpauschale. Bei nicht mehr vertriebenen Hilfsmitteln wird der Neuwert des Nachfolge-Produkts oder eines vergleichbaren Produkts, vorzugsweise desselben Herstellers, herangezogen.

5. Die Verwaltungsgebühren, Zeitwerte und Vertragsstrafen werden mit der nächsten Hilfsmittelabrechnung unter Angabe der Vorgänge aufgerechnet.

6. Die Auswahl der geeigneten Maßnahme obliegt der DAK-Gesundheit. Dabei wird der individuelle Sachverhalt berücksichtigt.

7. Die strafrechtliche Verfolgung sowie die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen bleiben hiervon unberührt.

§ 19 Fortentwicklung des MIP-Pools

1. Der MIP-Pool wird von der DAK-Gesundheit in Abstimmung mit der medicomp GmbH laufend fortentwickelt. Optimierungs- oder Verbesserungsvorschläge seitens des Vertragspartners können der DAK-Gesundheit mitgeteilt werden. Fachliche Hinweise und Neuerungen werden von der DAK-Gesundheit erstellt und über www.mip-ekv.de und www.dak.de/leistungserbringer veröffentlicht und werden dann ebenfalls Bestandteil dieser Vereinbarung. Ein außerordentliches Kündigungsrecht entsteht dadurch nicht.

§ 20 Gültigkeitsbereich

1. Diese Vereinbarung ersetzt für die Dauer Ihrer Gültigkeit die gegebenenfalls in den Versorgungsverträgen gemäß § 127 SGB V (Rahmenvertrag nebst Anlagen und Anhängen) getroffenen Regelungen zur Nutzung von Wiedereinsatzsystemen. Sie berührt alle anderen Regelungen jedoch nicht.

2. Produktspezifische Regelungen zum Wiedereinsatz, die von den hier genannten Grundsätzen abweichen, können als Anlage zu dieser Vereinbarung oder in den Verträgen nach § 127 SGB V geschlossen werden.

§ 21 Salvatorische Klausel

1. Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein, hat dies nicht die Unwirksamkeit der gesamten Vereinbarung zur Folge. Es erfolgt unverzüglich die erforderliche Anpassung. Der Vereinbarungskonsens bleibt auch während dieser Übergangszeit bestehen.

§ 22 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung der Anlage

Diese Anlage tritt ab Leistungsmonat April 2020 in Kraft und hat eine Mindestlaufzeit von 36 Monaten.

Die gesamte Anlage oder einzelne Produktgruppen, Anwendungsorte,

Untergruppen, Produktarten, Produkte kann/können (nach dem 31.03.2023) mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Mit der Kündigung des Rahmenvertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.

Unterschriften siehe nächste Seite.

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Andreas Rudolph

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Thomas Hutfilz

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Thomas Bodmer

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Frank Lätsch

Anlage B - elektronischer Kostenvoranschlag (eKV)



§ 1 Gegenstand

1. Die Vereinbarung regelt die Umsetzung des eKV zwischen dem Vertragspartner und der DAK-Gesundheit.
2. Sie gilt für alle Verträge gemäß § 127 Sozialgesetzbuch (SGB) V und sonstige Liefergrundlagen (z. B. Festbeträge), die zwischen dem Vertragspartner einerseits und der DAK-Gesundheit oder dem vdek andererseits bei der Abgabe von Hilfsmitteln und damit im Zusammenhang stehenden Arznei- und Verbandmitteln (zum Beispiel Sondennahrung, Blutzuckerteststreifen, Verbandmaterial) Anwendung finden.
3. Ziel des eKV ist es, durch die Vermeidung von Medienbrüchen und durch die Beschleunigung der Abläufe Wirtschaftlichkeitspotenziale zu realisieren, die Datenqualität zu erhöhen und die Zufriedenheit der Versicherten zu steigern.

§ 2 Grundlagen des eKV

1. Für die Datenlieferungen im Rahmen des eKV wird die Schnittstelle der medicomp GmbH, Hoheloogstr. 14, 67065 Ludwigshafen verwendet.
2. Die Datenlieferung erfolgt direkt an die medicomp GmbH entweder über die Webanwendung (www.mip-ekv.de) oder über eine Schnittstelle zur jeweiligen Branchensoftware.
3. Informationen zu den technischen Voraussetzungen können bei der medicomp GmbH erfragt werden. Fachliche Hinweise zur Umsetzung werden von der DAK-Gesundheit erstellt und über www.mip-ekv.de und www.dak.de/dak/leistungserbringer veröffentlicht.

§ 3 Vertrags- und Stammdaten

1. Die Vertragsdaten (Preise, Kombinationen aus Mehrwertsteuer, Produktbesonderheit, LEGS) werden dem Vertragspartner von der

DAK-Gesundheit im Preis- und Vertragsmanager (PV-Manager) unter www.mip-ekv.de zur Verfügung gestellt. Diese Daten werden bei den Prüfungen im Rahmen des eKV angewendet.

2. Die Stammdaten des Vertragspartners (Adresse, Telefon, Email, etc.), Zusatzleistungen sowie Versorgungsbereiche inklusive der Verknüpfung mit dem Vertrag sind von ihm auf der eKV-Plattform selbstständig zu pflegen. Für diese Änderungen und Ergänzungen trägt der Vertragspartner die alleinige Verantwortung. Näheres enthält das Handbuch zur Nutzung des MIP-Vertragsmanagers. Diese Daten stehen den Versicherten der DAK-Gesundheit bei der Vertragspartner-Umkreissuche für ihre Hilfsmittelversorgung zur Verfügung.

§ 4 Umsetzung des eKV

1. Vor jeder beabsichtigten Versorgung ist von dem Vertragspartner ein eKV einzureichen, sofern keine besonderen Regelungen in den Verträgen gemäß § 127 SGB V bestehen.

2. Sofern die DAK-Gesundheit eine ihr vorliegende ärztliche Verordnung dem Vertragspartner übermittelt, erfolgt dies als elektronische Versorgungsanfrage oder elektronischer Auftrag über die MIP-Plattform. Ein zusätzlicher eKV des Vertragspartners ist bei elektronischen Aufträgen nicht erforderlich. Die ärztliche Verordnung verbleibt bei der DAK-Gesundheit. Im elektronischen Auftrag zur Leistungserbringung fehlende Informationen hat der Vertragspartner beim behandelnden Arzt einzuholen.

3. Es sind alle Produktgruppen und Einzelprodukte für den eKV frei geschaltet.

4. Allgemeine Bearbeitungshinweise zur Umsetzung des eKV und spezielle Hinweise für Produktgruppen oder Produktarten werden auf www.dak.de/dak/leistungserbringer hinterlegt und sind regelmäßig mindestens monatlich auf Aktualisierungen zu überprüfen.

5. Unplausible Ablehnungen sind mit dem zuständigen Fachzentrum Hilfsmittel (FZH) der DAK-Gesundheit zu klären. Der eKV ist bei Bedarf mit korrigierten Daten erneut einzureichen. Eventuelle Forderungen auf Grund von Verfristungen nach dem Patientenrechtegesetz oder Bundesteilhabegesetz gehen zu Lasten des Vertragspartners, sofern er diese durch fehlerhafte Angaben im eKV zu vertreten hat.

6. Im Rahmen des eKV vergebene Genehmigungskennzeichen und -datum sind bei der Abrechnung im Datensatz nach § 302 SGB V anzugeben.

7. Nicht abrechenbar trotz Vorliegen einer elektronischen Genehmigung der DAK-Gesundheit sind die Versorgungen, in denen die Genehmigung auf Angaben des Vertragspartners beruht, die dieser unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Diese Genehmigungen sind ungültig und verwirken den Vergütungsanspruch des Vertragspartners.

Zu den unrichtigen oder unvollständigen Angaben im eKV gehören insbesondere:

- fehlende oder unrichtige Angabe des Auslieferungsdatums, wenn die Auslieferung bereits vor der Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags erfolgte
- die in den Rechnungsunterlagen erfassten Daten des Versorgungsbeginns und/oder des Auslieferungsdatums weichen mehr als ein Monat von den im elektronischen Kostenvoranschlag gemachten Daten ab
- die angegebenen Hilfsmittelpositionsnummern entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen
- die angegebene Kombination von Hilfsmittelkennzeichen und/oder Produktbesonderheiten entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen.

§ 5 Nachrichtenaustausch

Der vorgangsbezogene Nachrichtenaustausch ist über das Modul „Nachrichten“ sicherzustellen.

§ 6 Lieferbestätigung

Nach erfolgter Lieferung ist die Auslieferung im eKV zu bestätigen. Beim Versand von Hilfsmitteln sind unter Bemerkungen die Sendungsverfolgungsnummer und die Internetadresse des Versanddienstleisters einzutragen.

§ 7 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung der Anlage

Diese Anlage tritt ab Leistungsmonat April 2020 in Kraft und hat eine Mindestlaufzeit von 36 Monaten.

Änderungen dieser Anlage werden über das Nachrichtenmodul der MIP-Plattform bekanntgegeben und treten zum jeweils angegebenen Zeitpunkt automatisch in Kraft.

Die gesamte Anlage oder einzelne Produktgruppen, Anwendungsorte, Untergruppen, Produktarten, Produkte kann/können mit einer Frist von

drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Mit der Kündigung des Rahmenvertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland GmbH
Andreas Rudolph

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland GmbH
Thomas Hutfilz

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Thomas Bodmer

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Frank Lätsch



Anlage 29

**Versorgung mit
Stomaartikeln der Produktgruppe 29
und den in diesem Zusammenhang notwendigen
Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15**

zwischen

**DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27 – 31
20097 Hamburg**
(im Folgenden „DAK-G“ genannt)

und

**GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg**
IK 330105084
(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

Schlüssel Leistungserbringergruppe (LEGS)
1998293

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

**§ 1
Gegenstand der Anlage**

1. Diese Anlage regelt die **bundesweite Versorgung** nach § 33 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) i.V.m. § 127 SGB V der anspruchsberechtigten Versicherten der DAK-G mit

- **Stomaartikeln** der Produktuntergruppe (PG) 29 sowie mit
- **Inkontinenzhilfen** der PG 15 zur ergänzenden Versorgung von Urostomaanlagen,

im Folgenden zusammenfassend „Stomaartikel“ genannt, des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einschließlich

- des gesamten medizinisch notwendigen Zubehörs,
- notwendigen Reparaturen und Ersatzteilen bzw. – bei unwirtschaftlicher Reparatur – dem kostenlosen Produktersatz,
- notwendigen Wartungen und sicherheitstechnischen Kontrollen sowie
- aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen gemäß § 127 SGB V

auf Basis von monatlichen Vergütungspauschalen.

Die bei einer Urostoma-Versorgung der PG 29 notwendigen **Inkontinenzhilfen der PG 15** sind ebenfalls Gegenstand dieser Anlage. Die Kosten sind mit den vereinbarten Stoma-Vergütungspauschalen abgegolten (siehe auch § 10 Nr. 2) und sind damit nicht gesondert abrechenbar.

2. Nicht Gegenstand dieser Anlage sind

- Produkte/Hilfsmittel zur **Versorgung von Fisteln, Pouches, Zystostoma, Nephrostoma und Drainagen sowie Produkte der klassischen und der modernen Wundversorgung.**

Die im Bereich der Wund- und Fistelversorgung verordneten/abgegebenen Stomaartikel und/oder Inkontinenzhilfen der PGn 29 bzw. 15 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V gelten indikationsbedingt als Verbandmittel und sind damit nicht Gegenstand dieser Anlage.

Sollten derartige Versorgungen neben einer Kolo-, Ileo- bzw. Urostoma-Versorgung notwendig sein, ist dafür eine gesonderte Dokumentation zu führen, die der DAK-G auf Verlangen vorzulegen ist.

- **elektrisch betriebene Irrigatoren** (Produktart 29.26.08.1), siehe § 8 Nr. 9.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Dagegen ist die Versorgung mit manuell betriebenen Irrigatoren (Produktart 29.26.08.0) und Ersatzbeuteln für Irrigatoren (Produktart 29.26.08.2) Gegenstand dieser Anlage.

3. Die Anlage A – „Online **Wiedereinsatzsystem**“ entfällt für die in dieser Anlage geregelten zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel.
4. Soweit in dieser Anlage keine gesonderten Regelungen vereinbart wurden, gelten die **Regelungen des Rahmenvertrages**.
5. Der Rahmenvertrag nebst Anlagen gilt für alle im Anhang 1 zu dieser Anlage genannten **Standorte/Betriebsstätten des Leistungserbringers**.

**§ 2
Qualitäts- und Servicestandards**

1. Die zum Einsatz kommenden **Stomaartikel** haben den jeweiligen gesetzlichen Regelungen und Normen sowie den technischen und medizinischen Anforderungen zu entsprechen. Sie müssen geeignet und ausreichend sein die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten im ausreichenden Umfange sicherzustellen.

Die Hilfsmittel müssen mindestens die jeweils aktuell **im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen** der vertragsgegenständlichen Produktarten in Bezug auf die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen. Bei den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmitteln gelten diese Voraussetzungen als erfüllt. Es gilt § 70 SGB V.

2. **Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte** müssen in Bezug auf die Voraussetzungen gemäß § 139 SGB V gleichwertig sein. Dazu müssen die Produkte mindestens folgende Vorgaben erfüllen:

Funktionstauglichkeit des Produktes

- CE-Kennzeichnung: Nach § 139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 des Medizinproduktegesetzes (MPG) der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- Für Produkte, die nicht im Sinne des § 3 Nr. 1 des MPG als Medizinprodukte gelten, gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung nach anderen Richtlinien ebenfalls grundsätzlich als erbracht.

Unbedenklichkeit der Verwendung des Produktes

- CE-Kennzeichnung: Nach § 139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 MPG der Nachweis der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.
- Für Produkte, die nicht im Sinne des Paragraphen 3 Nr. 1 des MPG als Medizinprodukte gelten, gilt der Nachweis der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung nach anderen Richtlinien ebenfalls grundsätzlich als erbracht.

Beabsichtigt der Leistungserbringer den **Einsatz von (bisher) nicht gelisteten Produkten**, ist die Gleichwertigkeit und die Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen zuvor durch eine entsprechende Eigenerklärung (Anhang 2 zur Anlage 29) nachzuweisen. Zusätzlich müssen keine weiteren Nachweise vorgelegt werden.

Der Einsatz von Produkten, für die ein **Antrag auf Listung im Hilfsmittelverzeichnis** nach § 139 SGB V **abgelehnt** wurde, ist nicht zulässig.

3. Die DAK-G hat die Möglichkeit einzelne **Produkte auszuschließen**, wenn festgestellt wird, dass durch das Hilfsmittel eine wirtschaftliche und sinnvolle Versorgung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Die Einzelheiten hierzu regelt § 4 Nr. 10 des Rahmenvertrages.
4. Der Leistungserbringer hält ein breitgefächertes und **herstellerübergreifendes Produktportfolio** vor, stellt die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionstauglichkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sicher und sorgt für eine verlässliche **Lieferfähigkeit und Logistik** (vgl. § 9 Nr. 1).

Sollten hier Probleme auftreten, sind diese der DAK-G unverzüglich anzuzeigen und schnellstmöglich zu beheben.

5. Der **Leistungserbringer** gewährleistet das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 70 Abs. 1 SGBV und § 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 126 SGB V (u.a. **Präqualifizierung**), jeweils in der aktuellen Fassung, während der gesamten Vertragslaufzeit und, für die über das Vertragsende hinausreichende Genehmigungen, auch für die Vertragsnachlaufzeit. Er hat insbesondere sicherzustellen, dass

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- die **Voraussetzungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel sowie die gebotene Dienstleistungsqualität** erfüllt sind,
 - den **Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes** bzw. deren Aktualisierungen für die Versorgungsbereiche 29A und 15A8 Rechnung getragen wird und dass
 - eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem **allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse** entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.
6. Zur **fachgerechten und qualitätsorientierten Versorgung** der Versicherten gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen, die sich an den gültigen **Hygiene-, Pflege- und Versorgungsstandards** orientieren. Hierzu zählen insbesondere die persönliche Beratung, die Lieferung, die Anpassung* und eine umfassende Einweisung der Versicherten bzw. deren Unterstützungspersonen in den sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel und deren (Nach-)Betreuung.

*Dazu gehört auch das **Anpassen bzw. Zuschneiden von Basisplatten**, sofern der Versicherte hierzu nicht in der Lage ist.

Dazu setzt der Leistungserbringer **fachlich qualifiziertes Personal** und **Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde** in der für eine qualitätsorientierte Versorgung notwendigen Anzahl ein.

Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung setzt der Leistungserbringer je Bundesland mindestens zwei Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde ein (höhere personelle Anforderungen gelten nur im Bundesland Nordrhein-Westfalen mit mindestens vier Pflegeexperten), die eine der nachstehenden, höherwertigen Qualifikationen besitzen:

- Weiterbildung als Enterostomatherapeut(in) mit einem vom World Council of Enterostomal Therapists (WCET) anerkannten Abschluss oder
- Weiterbildung als Pflegeexpertin/-experte Stoma, Kontinenz, Wunde mit einem von der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW) anerkannten Abschluss mit einem Weiterbildungsumfang von mindestens 700 Stunden oder

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- nachgewiesene Weiterbildung zuzüglich praktischer Einheiten mit Inhalten wie Curriculum Pflegeexperte, Stoma, Kontinenz, Wunde der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. exklusive der Abschnitte Inkontinenz und Wunde mit Weiterbildungsumfang von mindestens 400 Stunden (gilt maximal bis zum 31.12.2021 / vgl. 11. Fortschreibung Präqualifizierungsempfehlung zum Stomabereich des GKV-Spitzenverbands vom 09.12.2019)

U.a. müssen die Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde über Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Stoma-Management, Ernährung, onkologische Pflege, Schmerzmanagement, Patientenedukation, Gesundheitssysteme, Kommunikation und Recht verfügen.

Für die **neonatologische und pädiatrische Versorgung** von Stomaanlagen setzt der Leistungserbringer je Bundesland einen staatlich anerkannten Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ein.

Fachlich qualifiziertes Personal (Stoma-Fachkräfte)

Die neben den Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde für die Beratung der Versicherten eingesetzten Mitarbeiter(innen) des Leistungserbringers müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllen:

- staatlich anerkannte(r) Gesundheits- und Krankenpfleger(in),
- staatlich anerkannte(r) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in),
- staatlich anerkannte(r) Altenpfleger(in) mit dreijähriger Ausbildung oder
- Medizinprodukteberater(innen) mit einschlägiger Berufserfahrung sowie einer speziellen Fort- und/oder Weiterbildung in der Stomaversorgung und –therapie.

Die vorgenannten Mitarbeiter(innen) müssen darüber hinaus und im Sinne dieses Vertrages über ausreichende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Hilfsmittelversorgung von Versicherten mit Stomaanlage(n) verfügen.

Eine laufende **Fort-/Weiterbildung** der Mitarbeiter(innen) ist vom Leistungserbringer sicherzustellen (bis zum 31.12.2022 sind dies 40 Stunden à mindestens 45 Minuten / vgl. 11. Fortschreibung Präqualifizierungsempfehlung zum Stoma-Bereich des GKV-Spitzenverbands vom 09.12.2019), um jederzeit eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und dieser Anlage entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Auf Verlangen der DAK-G ist die Qualifikation und die Teilnahme an den Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen des Personals nachzuweisen; dazu ist eine personenbezogene Dokumentation erforderlich.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung setzt der Leistungserbringer für jeweils bis zu 100 Stoma-Träger mindestens zwei examinierte bzw. zukünftig zertifizierte Stoma-Fachkräfte ein.

Für die **telefonische Auftragsannahme oder sonstige administrative Aufgaben ohne Beratungsbedarf** kann der Leistungserbringer auch Mitarbeiter(innen) einsetzen, die nicht über die o.g. medizinisch-fachlichen Qualifikationen verfügen.

Das eingesetzte Personal (insbesondere für die Beratung/Betreuung, Information, Auslieferung, Einweisung usw.) muss die **deutsche Sprache** in Wort und Schrift beherrschen.

7. Darüber hinaus kann die DAK-G die Qualität der Versorgung und der Dienstleistungen durch **Testversorgungen und Betriebsstättenbegehungen** kontrollieren. Der Leistungserbringer gestattet der DAK-G, nach entsprechender Abstimmung und unter Berücksichtigung der Belange des Leistungserbringers, dazu den Zutritt zur/zu der/den Betriebsstätte(n) sowie die Einsichtnahme in die Nachweise über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und die Einsicht in die Falldokumentationen (Beratungs- und Versorgungsprotokolle usw.).
8. Der Leistungserbringer stellt während der gesamten Vertragslaufzeit sicher, dass ein umfangreiches **Qualitätsmanagementsystem** angewendet wird und dass dazu eine fortlaufend gültige **Zertifizierung** nach DIN EN ISO 9001 und/oder DIN EN ISO 13485 in der jeweils aktuellen Fassung vorliegt.

Entsprechende Nachweise sind der DAK-G auf Anforderung vorzulegen.

9. Den Versicherten der DAK-G ist als innovative Leistung und Mehrwert eine kostenfreie **Chat- bzw. Video-Beratung** anzubieten:

Chat-Beratung

Dazu fordert der Versicherte über einen Button auf der Webseite des Leistungserbringers eine Chat-Beratung an. Nach dem Anklicken des Buttons und der anschließenden Auswahl eines Beraters bzw. Themas soll sich ein Chat-Fenster öffnen, sodass die elektronische Kommunikation/Beratung (Text-Chat) in Echtzeit beginnen kann.

Die Chat-Funktion sollte darüber hinaus z.B. Folgendes leisten bzw. beinhalten:

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- eine niederschwellige Möglichkeit der Kontaktaufnahme für den Kunden mit dem Leistungserbringer,
- einen Hinweis zu den Servicezeiten des Chats (= Erreichbarkeitszeiten),
- ein Eingabefeld für den Namen und/oder die Versichertennummer des Versicherten,
- ein Auswahlmenü zur Eingrenzung des Themas,
- eine zwingende Möglichkeit der Einsichtnahme (über eine Verlinkung zu den Nutzungsbedingungen) und der expliziten Akzeptanz der Nutzungsbedingungen, damit der Versicherten darüber informiert, was mit seinen Daten passiert.

Idealerweise gibt es am Ende des Chats eine Feedback-Funktion, um dem Versicherten eine Qualitätsbewertung des Chats zu ermöglichen.

Video-Beratung

Dazu fordert der Versicherte über einen Button auf der Webseite des Leistungserbringers eine Video-Beratung an. Dabei trägt der Versicherte seine Frage(n) in ein Webformular ein bzw. wählt dort das/die gewünschte(n) Beratungsthema/-themen aus, erfasst, wann die Beratung gewünscht wird (unmittelbar oder Datum mit Uhrzeit) und sendet die Nachricht an den Leistungserbringer. Anschließend erhält er Versicherte den Hinweis, dass er in Kürze die Einladung in den virtuellen Warteraum erhält. Dann verbindet sich der Versicherte zur vereinbarten Zeit über den Link mit dem virtuellen Warteraum. Sobald der Berater für den jeweiligen virtuellen Warteraum frei wird, erfolgt der Aufbau einer Verbindung und die Video-Beratung wird durchgeführt.

Die Video-Beratung sollte darüber hinaus z.B. Folgendes leisten bzw. beinhalten:

- eine niederschwellige Möglichkeit der Kontaktaufnahme für den Kunden mit dem Leistungserbringer,
- einen Hinweis zu den Servicezeiten der Video-Beratung (= Erreichbarkeitszeiten),
- soweit notwendig: ein Eingabefeld für den Namen und/oder die Versichertennummer des Versicherten,
- soweit notwendig: ein Auswahlmenü zur Eingrenzung des Themas,
- eine zwingende Möglichkeit der Einsichtnahme (über eine Verlinkung zu den Nutzungsbedingungen) und der expliziten Akzeptanz der Nutzungsbedingungen, damit der Versicherten darüber informiert, was mit seinen Daten passiert.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Idealerweise gibt es am Ende der Video-Beratung eine Feedback-Funktion, um dem Versicherten eine Qualitätsbewertung der Video-Beratung zu ermöglichen.

10. Der Leistungserbringer führt kundenspezifisch **Beratungs-, Besuchs- und Versorgungsprotokolle**, die der DAK-G auf Anforderung vorzulegen sind.

Es gelten § 127 Abs. 5 und 7 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

11. Der Leistungserbringer hat sich über den **aktuellen Stand des Hilfsmittelverzeichnisses** nach § 139 SGB V ständig informiert zu halten (Ifd. Änderungen, Einzelproduktzu- und –abgänge, Fortschreibungen usw.) und setzt eventuelle Anpassungen unverzüglich um.
12. Der Leistungserbringer hat während der Vertragslaufzeit das **Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen** durch geeignete Nachweise prüffähig darzulegen und der DAK-G auf Anforderung vorzulegen.
13. Den Versicherten der DAK-G ist eine **Auftrags- und Paketverfolgung** in Echtzeit sowie eine komplette Abwicklung des administrativen Prozesses (Ausnahme: (Erst-)Beratungen) über ein **Online-Tool** zu ermöglichen.

Dazu sind dem Versicherten vom Leistungserbringer die Zugriffsberechtigungen und die jeweils gültigen Auftrags- bzw. Sendenummern zur Verfügung zu stellen.

Der Versicherte soll damit jederzeit online den aktuellen Auftrags- und Paketstatus (inkl. voraussichtl. Zustellung), die Bestell-/Lieferhistorie, die Zuzahlungs-/Aufzahlungsrechnungen usw. einsehen können.

Bei Bedarf soll der Versicherte damit z.B. auch mit dem Leistungserbringer kommunizieren (Nachbestellungen aufgeben bzw. Terminlieferungen vereinbaren, Fragen zu Lieferungen und Rechnungen stellen, persönliche Daten ändern, um Kontaktaufnahme bitten usw.) sowie den Liefertermin und/oder -ort anpassen können.

§ 3

Grundsätze der Versorgung

1. Es gelten mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V jeweils aktuell veröffentlichten **indikations-/einsatzbezogenen Voraussetzungen** für die vertragsgegenständlichen Produktbereiche der PGn 29 „Stomaartikel“ und 15 „Inkontinenzhilfen“.
2. Der Leistungserbringer gewährleistet jederzeit eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten im Sinne der **§§ 12 Abs. 1 und 70 SGB V** in der fachlich gebotenen Qualität.
3. Die sach- und fachgerechte Versorgung umfasst u.a. die Bereitstellung von Hilfsmitteln. Das Versorgungssystem sollte möglichst **unauffällig** sein, **bequem** sitzen und den Versicherten **so wenig wie möglich in seiner Bewegungsfähigkeit einschränken**. Das System muss dicht und weitgehend **geruchsfrei** sein.

Ziel der Versorgung ist, dass sich der Versicherte soweit wie möglich selbst versorgen kann und dass insbesondere ein(e) selbständige(r) Nutzung/Wechsel der Stomaartikel erreicht wird, um so eine möglichst **selbständige und weitestgehend uneingeschränkte Lebensführung** zu erreichen/zu ermöglichen.

4. Die Versicherten sind, abgesehen von den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V, grundsätzlich **aufzahlungsfrei zu versorgen**.

Dazu ist der Versicherte über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Versorgung ausführlich zu beraten/aufzuklären. Dem Versicherten sind verschiedene individuell geeignete Versorgungsmöglichkeiten (Umfang siehe § 6 Nr. 4) aufzahlungsfrei zur Auswahl anzubieten.

Wünschen Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, kann der Leistungserbringer die entstehenden **Mehrkosten** dem Versicherten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V in Rechnung stellen. Entsprechend hat der Versicherte auch dadurch eventuell verursachte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung liegt z.B. vor, wenn der Versicherte ein **bestimmtes Einzelprodukt wünscht**, obwohl aus medizinischer Sicht die vom Leistungserbringer gewählten Stomaartikel ausreichend wären.

Voraussetzung für die In-Rechnung-Stellung der Mehrkosten ist, dass der Leistungserbringer den Versicherten **vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die entstehenden Mehrkosten aufgeklärt hat**. Der Versicherte muss die Mehrleistung ausdrücklich fordern und dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorlegen.

Aus der schriftlichen Aufklärung muss mindestens hervorgehen, dass

- der Leistungserbringer dem Versicherten die in § 6 Nr. 4 vorgegebenen aufzahlungsfreien Versorgungsleistungen im Rahmen der Vergütungspauschale zur Auswahl angeboten hat, die der ärztlichen Verordnung, dem Krankheitsbild, dem individuellen Bedarf und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen,
- der Versicherte in Kenntnis dieser Sachlage ausdrücklich eine höherwertigere Versorgung wünscht, in welcher Höhe Mehrkosten entstehen und dass er bereit ist, die hierfür anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen,
- die von der DAK-G übernommenen Kosten für den vereinbarten Versorgungszeitraum alle mit der fachgerechten Versorgung im Zusammenhang stehenden Dienstleistungen sowie gesetzliche Gewährleistungspflichten abdecken und dass
- während dieser Zeit ggf. anfallende Folgekosten für Zubehör, Reparaturen und sonstige Dienst- und Serviceleistungen, Austauschversorgungen o.ä. von der DAK-G nicht übernommen werden.

Die schriftliche Aufklärung sowie die Bestätigung des Versicherten sind der DAK-G vom Leistungserbringer auf Verlangen vorzulegen.

Kann der Leistungserbringer nicht nachweisen, dass der Versicherte entsprechend aufgeklärt wurde, muss er im Konfliktfall die (eingenommenen) Mehrkosten tragen bzw. an den Versicherten zurückerstatten.

Es gelten § 127 Abs. 5 und 7 SGB V.

5. Der Leistungserbringer übernimmt bzw. unterstützt die **Überleitung des Versicherten vom/aus dem Krankenhaus** in den häuslichen/ambulanten Bereich oder in die voll- bzw. teilstationäre Pflege (Entlassmanagement).

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Hinweis

Erfüllt das Krankenhaus die im Rahmen des Entlassmanagements vereinbarten Aufgaben nicht bzw. nur unzureichend, ist das für den Stoma-Träger zuständige Fachzentrum Hilfsmittel der DAK-Gesundheit umgehend vom Leistungserbringer zu informieren (idealerweise per mip-Systemnachricht).

Die Kontaktaufnahme zur Beratung und die Einweisung des Versicherten sowie die **Erstbelieferung** für die Versorgung ab dem Entlassungstag erfolgt idealerweise bereits während des stationären Krankenhausaufenthaltes, spätestens jedoch während der Überleitung in den häuslichen, ambulanten Bereich oder in die voll- bzw. teilstationäre Pflege (Entlassmanagement).

Insbesondere am Tag der Krankenhausentlassung und in den ersten sechs Monaten nach der operativen Anlage des Stomas stellt der Leistungserbringer zur Stomakontrolle, zur individuellen, persönlichen Beratung (vor Ort, nicht nur telefonisch) und Betreuung, zur Überprüfung der Versorgung und damit insgesamt zur Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsqualität individuell und indikationsabhängig die notwendigen **(Haus-)Besuche** durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde bzw. durch fachlich qualifiziertes Personal sicher.

Am Tag der Krankenhausentlassung erfolgt ein Hausbesuch durch einen Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde; dem Stoma-Träger sind spätestens in diesem Zusammenhang die **Kontakt- und die Mobiltelefonnummer des Pflegeexperten** sowie eine kostenfreie 24-Stunden-Notrufnummer des Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen.

In den **ersten sechs Versorgungsmonaten** nach der operativen Stomaanlage sollten **mindestens vier Hausbesuche** erfolgen. Sofern der Leistungserbringer auch in das Entlassmanagement (Krankenhaus und/oder Rehabilitationseinrichtung) eingebunden ist, sollten in den ersten sechs Versorgungsmonaten nach der operativen Stomaanlage **mindestens sechs Hausbesuche** beim Stoma-Träger durchgeführt werden.

6. Die Versicherten der DAK-G werden durch die Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde bzw. durch qualifiziertes Fachpersonal (siehe hierzu auch § 2 Nr. 6) des Leistungserbringers **beraten, eingewiesen, besucht und betreut**.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Zu Beginn der Versorgung durch den Leistungserbringer, bei einer Umstellung der Versorgungsversorgung / bei einem Produktwechsel und bei Bedarf finden dazu **persönliche Beratungs- und Einweisungsgespräche beim Versicherten (vor Ort)** statt. Im Anschluss daran bzw. bei Folgeversorgungen kann die Beratung/Betreuung – in Abstimmung mit dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungspersonen – auch telefonisch erfolgen, allerdings sollte **nach der beratungsintensiven Phase der ersten sechs Versorgungsmonate** mindestens einmal jährlich ein persönlicher Beratungsbesuch beim Versicherten durch Stoma-Fachpersonal erfolgen. Bei Bedarf des Stoma-Trägers sind auch halbjährliche Beratungsbesuchintervalle einzurichten.

Dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en) sind beim ersten Kontakt, spätestens jedoch mit der ersten Lieferung/Bemusterung, die **Kontakt Daten des Leistungserbringers** (Name, Anschrift und Kontaktkanäle des Leistungserbringers sowie Name und Telefonnummer des dortigen Ansprechpartners usw.) schriftlich mitzuteilen.

In diesem Zusammenhang ist der Versicherte zu bitten, sich bei Fragen zur Versorgung, bei Problemen, Lieferverzögerungen usw. (zunächst) direkt an den Leistungserbringer zu wenden, um so schnellstmöglich eine Klärung und Abhilfe zu erreichen.

Mit dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungspersonen ist der **Betreuungsverlauf abzusprechen** (Erst- und Folgeberatung(en)), um eine sachgerechte und kontinuierliche Hilfsmittelversorgung, Belieferung sowie die bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Beratung/Betreuung/Versorgung sicherstellen zu können. Dazu erfolgt eine enge Abstimmung mit dem Fachpersonal des Krankenhauses, des/der behandelnden Krankenhaus- bzw. niedergelassenen Ärzte und/oder der Pflegedienstmitarbeiter(inne)n.

Dabei sind insbesondere während der ersten sechs Monate nach der operativen Stomaanlage die **Beratungen, Einweisungen und Hausbesuche** so durchzuführen, dass damit einerseits mindestens die im Vertrag beschriebene Versorgungsqualität sichergestellt ist und dass andererseits dem individuellen Bedarf des Versicherten sowie der Indikation entsprochen wird.

Wird der **Hausbesuch** vom Stoma-Träger **verweigert**, sind

- die DAK-G (idealerweise per mip-Systemnachricht) und
- der die Stoma-Versorgung verordnende Arzt formlos entsprechend zu informieren (inkl. Hausbesuchsbegründung des Leistungserbringers).

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Eine **längerfristige, intensivere sowie persönliche Beratungs-, Einweisungs- und Betreuungsphase** kann z.B. bei folgenden Konstellationen erforderlich sein:

- bei älteren Versicherten mit Sehschwäche, Morbus Parkinson oder Schlaganfall;
- bei Versicherten mit vorgeschädigter Haut, z.B. durch Cortison, oder bei Versicherten, deren Stomaanlage in einer Falte liegt oder vom Versicherten nicht einsehbar ist;
- bei Versicherten mit massiven Ausscheidungen (z.B. Kurzdarmsyndrom), bei denen die Versorgung nicht hält und die Ernährungssituation nicht ausreichend ist.

Speziell während der ersten sechs Monate nach der Stomaanlage sollte vom Leistungserbringer eine **Beratungs- und Betreuungskontinuität** etabliert werden, um die Versicherten in dieser schwierigen Phase nicht zusätzlich durch wechselnde Ansprechpartner zu belasten.

Der Stoma-Träger erhält den Zugang zur ihm bekannten Stoma-Fachkraft, die mit der Versorgungssituation des Stoma-Trägers vertraut ist. In Vertretungsfall ist die Benennung einer adäquaten Vertretungsperson zu gewährleisten.

Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine **geschlechtsspezifische Beratung, Einweisung und Betreuung** durch den Leistungserbringer. Das bedeutet z.B., dass weibliche Versicherte auf Wunsch durch weibliches Personal des Leistungserbringers beraten und betreut werden.

7. **Hausbesuche** sind – zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung – bei den zuvor beschriebenen Anlässen, bei Bedarf, auf Anforderung des Versicherten, seiner Angehörigen bzw. Unterstützungspersonen, seines Pflegedienstes bzw. Pflegepersonals sowie auf Veranlassung der DAK-G umgehend, **spätestens jedoch innerhalb von zwölf Stunden nach Anforderung/Veranlassung*** durch examiniertes oder zertifiziertes Fachpersonal des Leistungserbringers durchzuführen. Zu diesem Zweck sollten der Wohnort bzw. der Arbeitsplatz der **Stoma-Fachkraft max. 50 Kilometer vom Aufenthaltsort des Stoma-Trägers** entfernt liegen. Zur vertraglichen Regelung siehe § 6 Nr. 2 des Rahmenvertrages.

*) Ausnahme

Ist die **Einhaltung der Frist** nicht zwingend notwendig, kann – in Abstimmung mit dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en) – der Besuch auch nach Vereinbarung erfolgen.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Die Hausbesuche bedürfen der vorherigen **Terminabsprache** mit der/m Versicherten bzw. dessen Unterstützungspersonen durch den Leistungserbringer.

Falls erforderlich, sind die Beratung und die Einweisung auch an einem **vorübergehenden Aufenthaltsort** des Versicherten innerhalb Deutschlands durchzuführen (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung). Eine lfd. persönliche Beratung/Betreuung vor Ort bzw. telefonisch ist bedarfsabhängig zu gewährleisten.

Erfolgt die persönliche **Beratung bzw. Einweisung** in den Gebrauch der Stomaartikel **außerhalb der Häuslichkeit**, muss diese in einem akustisch und optisch abgegrenzten Raum erfolgen.

8. Die **Beratungen und Besuche sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren** und der DAK-G auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Es gelten § 127 Abs. 5 und 7 SGB V.

9. Der Versicherte soll die **Risikofaktoren und Anzeichen von Komplikationen** (Hernie, Prolaps, Hautdefekte, Entzündungen usw.) kennen, um so Probleme zu vermeiden, aber auch unvermeidbare zu erkennen und adäquat darauf reagieren zu können. Der Leistungserbringer schult dazu den Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en) entsprechend, nennt ihm/ihnen in diesem Zusammenhang u.a. Wege sowie Ansprechpartner und deren Kontaktdaten (inkl. Telefonnummer für die erweiterten Service-Zeiten des Leistungserbringers – siehe hierzu auch § 4 Nr. 1) zum Einleiten von erforderlichen Maßnahmen (**Notfall- bzw. Krisenmanagement**).
10. Ebenso soll der Versicherte **kontinenserhaltende Maßnahmen** kennen und diese, gerade bei temporären Stomaanlagen, auch umsetzen können.

Ergänzend gibt der Leistungserbringer dem Versicherten dazu im Rahmen der Stomaberatung **regelmäßig Tipps/Informationen**

- zur Ernährung, inkl. Kochrezepte für Stoma-Träger,
- zur Anpassung der Trinkmenge (insbesondere bei Uro- und Ileostomie),
- zur Mobilität bzw. Alltagstipps (z.B. zum Umgang mit Sport, Sauna, Urlaub, Flugreisen etc.),
- zu prophylaktischen Maßnahmen,

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- zur weiteren Lebensführung,
- zu Selbsthilfegruppen bzw. Vermittlung eines Zugangs zu Chatgruppen Betroffener
- Lernvideos (z.B. Erfahrungsberichte, Expertenwissen).
- Elektronischer Toilettenfinder mit Bewertungsoption.
- usw.

Außerdem erhält der Stoma-Träger vom Leistungserbringer einen **persönlichen Stoma-Pass**, der alle wesentlichen Informationen zum Stoma-Träger (persönliche Angaben, Name und Kontaktdaten der/des Stoma-Therapeuten, Name und Kontaktdaten der/des behandelnden Ärztin/Arztes usw.) und zur Stoma-Versorgung (Art des Stomas, genutzte Stomaartikel usw.) enthält.

Den Stoma-Pass kann der Stoma-Träger bei Bedarf für seine Zwecke benutzen oder einsetzen.

§ 4

Auftragsannahme durch den Leistungserbringer

1. Der Leistungserbringer stellt die **persönliche telefonische Erreichbarkeit** von produkt-spezifisch geschultem Fachpersonal bzw. Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde zur Auftragsannahme, zur Beratung/Betreuung der Versicherten der DAK-G und zu allen mit der Leistungserbringung im Zusammenhang stehenden Fragen sowie zur Bearbeitung/Ausführung/Behebung von Bestellungen und Reklamationen mindestens von montags bis freitags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr und samstags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr, jeweils soweit kein gesetzlicher Feiertag am Erfüllungsort, zur Verfügung (deutsche Ortsvorwahl, keine kostenpflichtige Sonderrufnummer).

Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer die persönliche telefonische Erreichbarkeit von produktspezifisch geschultem Fachpersonal bzw. Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde zur Auftragsannahme, zur Beratung/Betreuung der Versicherten der DAK-G und zu allen mit der Leistungserbringung im Zusammenhang stehenden Fragen sowie zur Aufnahme/Klärung von Reklamationen in Form von **erweiterten Service-Zeiten** (Service-Hotline) montags bis freitags in der Zeit von 17.00 Uhr bis 20.00 Uhr und samstags in der Zeit von 13.00 Uhr bis 20.00 Uhr, jeweils soweit kein gesetzlicher Feiertag am Erfüllungsort, zur Verfügung (deutsche Ortsvorwahl, keine kostenpflichtige Sonderrufnummer).

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Die vorgenannten persönlichen telefonischen Erreichbarkeitszeiten (inkl. der erweiterten Service-Zeiten (Service-Hotline)) müssen **mindestens ab Vertragsbeginn** eingerichtet und funktionsfähig sein und können von der DAK-G durch **Testanrufe** kontrolliert werden.

Mindestens **80% aller eingehenden Anrufe müssen innerhalb von 20 Sekunden persönlich angenommen** werden. Zur vertraglichen Regelung siehe § 6 Nr. 1 des Rahmenvertrages.

Quartalsweise hat der Leistungserbringer der DAK-G auf Anforderung eine **Telefonstatistik** vorzulegen, aus der taggenau die Anzahl der angenommenen Anrufe sowie der nicht angenommenen Anrufe sowie der durchschnittlichen Annahmezeiten eingehender Anrufe während der oben genannten Erreichbarkeitszeiten hervorgehen.

Bei Beschwerden über die telefonische Erreichbarkeit (inkl. der erweiterten telefonischen Service-Zeiten (Service-Hotline)) ist die DAK-G berechtigt, die Telefonstatistiken wöchentlich (Montag bis Samstag) beim Leistungserbringer anzufordern.

Ergibt sich aus der täglichen Telefonstatistik das Nichterreichen der Quote an mehr als zwei Tagen in der Woche (Montag bis Samstag), ist die DAK-G berechtigt, eine Vertragsstrafe nach § 18 des Rahmenvertrages geltend zu machen.

2. Eine **Auftragsannahme** sowie die Möglichkeit **Nachrichten/Mitteilungen oder Rückrufwünsche** zu hinterlassen, ist per **Online-Formular** (z.B. zur Vorberatung, Nachlieferungsanforderungen), **E-Mail, Anrufbeantworter und Telefax** rund um die Uhr sicherzustellen (siehe hierzu auch § 2 Nr. 13 und § 9 Nr. 6).

Der Versicherte muss die Möglichkeit haben, für den Rückruf bzw. die telefonische Beratung einen Termin mit einem Zeitfenster von maximal zwei Stunden buchen zu können.

Die Bearbeitung/Erledigung durch den Leistungserbringer muss hier umgehend, innerhalb des vom Versicherten genannten Termins/Zeitfensters bzw. spätestens jedoch am nächsten Arbeitstag erfolgen.

3. Der **Erstkontakt zum Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en)** ist bei Verordnungen, die bei
 - dem Leistungserbringer eingehen (siehe § 8 Nr. 2), am Tag des Verordnungseinganges, spätestens jedoch am folgenden Arbeitstag, herzustellen.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- der DAK-G eingehen (siehe § 8 Nr. 2) und von dort als genehmigter Versorgungsauftrag entsprechend Anlage B „elektronischer Kostenvoranschlag (eKV)“ zum Rahmenvertrag an den Leistungserbringer übermittelt wird, am Eingangstag des genehmigten Versorgungsauftrages, spätestens jedoch am folgenden Arbeitstag, herzustellen.
4. Vom Leistungserbringer dürfen Versorgungen ohne wichtigen Grund nicht abgelehnt werden; eine **Risikoselektion ist ausgeschlossen**.

§ 5

Prüfung der ärztlichen Verordnung

1. Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine **(vertrags-)ärztliche Verordnung** („Muster 16“) gemäß der Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte nachzuweisen.

Von Krankenhausärzten ausgestellte und vom „Muster 16“ abweichende **Verordnungen** werden von der DAK-G akzeptiert, wenn diese in Folge eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt worden sind.

2. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass bei ihm eingehende Verordnungen **ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt** (insbesondere Angabe der Indikation/Diagnose, der Produktart(en) mit Mengenbedarf und Bezugszeitraum, des Gültigkeitszeitraumes der Verordnung usw.) und dass die Angaben plausibel sind.

Dazu kann der Leistungserbringer **Rücksprache mit dem Verordner** halten; das Ergebnis ist nachvollziehbar zu dokumentieren und der DAK-G mit der Verordnung im Wege des Kostenvoranschlages zur Verfügung zu stellen.

3. Als **Gültigkeitszeitraum der Verordnung** akzeptiert die DAK-G den in der Verordnung genannten Zeitraum, maximal jedoch zwölf Monate. Letzteres gilt auch für sog. „Dauerordnungen“.

Ist in der Verordnung kein Gültigkeitszeitraum vermerkt, gilt diese lediglich für einen Kalendermonat. Das ist der Kalendermonat des Ausstellungsdatums, wenn die Versorgung

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

auch in diesem Kalendermonat aufgenommen worden ist. Wurde die Versorgung erst im unmittelbar auf das Ausstellungsdatum folgenden Kalendermonat aufgenommen, gilt die Verordnung für diesen Kalendermonat.

Auch hier kann der Leistungserbringer – zur Klärung des Gültigkeitszeitraumes – **Rücksprache mit dem Verordner** halten. Das Ergebnis ist nachvollziehbar zu dokumentieren und der DAK-G mit der Verordnung im Wege des elektronischen Kostenvoranschlages mit zur Verfügung zu stellen.

4. Nach **Ablauf des Verordnungs- bzw. Genehmigungszeitraumes** ist eine neue (vertrags-)ärztliche Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist. Dazu informiert der Leistungserbringer den Versicherten rechtzeitig, mindestens jedoch vier Wochen vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes, dass und wann die Versorgungsgenehmigung abläuft und dass das rechtzeitige Einreichen einer erneuten Verordnung Voraussetzung für eine weitere und kontinuierliche Versorgung/Belieferung ist.

§ 6

Auswahl der notwendigen Produkte

1. Die **Auswahl der notwendigen Produkte** hat nach Maßgabe der Verordnung (u.a. Hinweis/Vorgaben des Arztes, medizinische Indikation/Diagnose, bestehende Allergien gegen bestimmte Materialien) so zu erfolgen, dass die Leistung dem individuellen Versorgungsbedarf, den Vertragsinhalten sowie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und an den individuellen Unterstützungsbedarf des Versicherten angepasst ist, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Die §§ 12 Abs. 1 und 70 SGB V sind zu beachten.
2. **Art und Umfang der Versorgung** richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils aktuell und individuell notwendigen Bedarf sowie der persönlichen Situation (Art und Platzierung der Stoma-Anlage, Hautbeschaffenheit, Körperbild, Krankheitsbild, Begleiterkrankungen, die beruflichen sowie privaten Aktivitäten, die Kleidungsgewohnheiten des Versicherten, ggf. mögliche Wechselwirkung mit anderen Hilfsmitteln, die häusliche (Pflege-)Situation, körperliche und geistige Fähigkeiten des Versicherten zur selbständigen Nutzung der Stomaartikel, seinen Unterstützungsmöglichkeiten, diagnostizierte Allergien des Versicherten gegen bestimmte Materialien usw.), dem allgemein anerkannten Stand der me-

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

dizinischen Erkenntnisse und der dringenden Vermeidung von Begleit- bzw. Folgeerkrankungen. Dabei sind die jeweils aktuell gültigen Hygiene-, Pflege- und Versorgungsstandards zu beachten.

Entsprechend stellt der Leistungserbringer den **individuellen Bedarf** im persönlichen Gespräch mit dem Versicherten, seinen Unterstützungspersonen, ggf. nach Rücksprache bzw. unter Hinzuziehung des Arztes und/oder des Pflegedienstes, fest.

Dies gilt gleichermaßen, wenn sich die o.g. Merkmale und/oder z.B. das Gewicht des Versicherten ändern und deshalb eine **Anpassung der Versorgung** erfordern.

Die Zugrundelegung **pauschalierter Versorgungsmengen** ist unzulässig.

3. Der Leistungserbringer führt ein herstellerübergreifendes Produktportfolio (**alle Hersteller mit ihrer gesamter Produktpalette** für Stomaartikel und ableitende Inkontinenzhilfen (Urostoma-Versorgungen)).
4. Der Leistungserbringer berät den Versicherten individuell vor der Inanspruchnahme der Leistungen über die nach § 6 Nr. 5 geeigneten Produkte und zum umfassten Leistungs- und Lieferumfang (siehe insbesondere § 2).
Die Beratung ist zu dokumentieren und der DAK-G auf Anforderung vorzulegen.
5. Der Leistungserbringer wählt mit dem Versicherten und/oder dessen Unterstützungspersonen die für den Versicherten **möglichen und notwendigen Einzelprodukte** nach Maßgabe des Vertrages i.V.m. dieser Anlage eigenverantwortlich aus; Fehlentscheidungen gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, (ein) **spezielle(s) Hilfsmittel** einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

Dem Versicherten sind vom Leistungserbringer **alle verschiedenen individuell geeignete Einzelprodukte je Produktart aller Hersteller** (siehe hierzu auch Nr. 3), abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung, **aufzahlungsfrei zur freien Auswahl** anzubieten.

6. Auf Wunsch bzw. bei Bedarf ist dem Versicherten bei Erst- und Umversorgungen sowie bei Versorgungsanpassungen eine **Bemusterung bzw. Erprobung** der entsprechend der

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Bedarfsermittlung (siehe hierzu auch § 3 Nr. 3 i.V.m. § 6) möglichen Produkte mit verschiedenen, individuell geeigneten Produkten zukünftigen Versorgung unterschiedlicher Einzelprodukte (Umfang siehe Nr. 4) zu ermöglichen. Diese Bemusterung bzw. Erprobung ist für den Versicherten und die DAK-G kostenfrei.

7. Die angebotenen Versorgungen, die Produktauswahl und die Versorgungsentscheidung sind vom Fachpersonal des Leistungserbringers zu **dokumentieren**, nachvollziehbar zu begründen und der DAK-G auf Verlangen vorzulegen.

Wünschen Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, sind die Ausführungen unter § 3 Nr. 4 zu beachten.

8. Der DAK-G steht es frei, jede **Leistung** in der ihr im Einzelfall geeignet erscheinenden Form **nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen***.

Im Allgemeinen sind beispielsweise Begutachtungen durch den MDK oder durch eigenes Fachpersonal der DAK-G, Versichertenbefragungen, Betriebsbegehungen inkl. Leistungsnachweiskontrolle (Belegprüfung) oder Sachverständigengutachten geeignete Mittel der Prüfung.

- *) Bei Bedarf stellt der Leistungserbringer der DAK-G dazu auf Anforderung kostenfrei Muster der Produkte zur Verfügung, mit denen der Versicherte versorgt ist.

Es gelten § 127 Abs. 5 und 7 SGB V.

§ 7

Ausschluss der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht der DAK-G ist ausgeschlossen für Stomaartikel, die während einer **stationären Behandlung** des Versicherten in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik benötigt werden.

§ 8

Antragsverfahren

1. Die Abgabe der in dieser Anlage geregelten Produkte ist **genehmigungspflichtig**.
2. Der Leistungserbringer reicht am **Eingangstag der ärztlichen Verordnungen** bei ihm einen elektronischen Kostenvoranschlag entsprechend der Anlage A „elektronischer Kostenvoranschlag (eKV)“ bei der DAK-G ein.

Hinweis

Es ist unerheblich, von wem (z.B. Versicherte, Nichtvertragspartner, DAK-G, Ärztin/Arzt) die ärztliche Verordnung an den Leistungserbringer übermittelt wurde.

Bei der DAK-G eingehende Verordnungen werden dem Leistungserbringer umgehend übersandt oder als genehmigte Versorgungsaufträge entsprechend Anlage A „elektronischer Kostenvoranschlag (eKV)“ übermittelt.

Hinweise

Sofern dem Leistungserbringer ein von der DAK-G genehmigter Versorgungsauftrag vorliegt, ist ein zusätzlicher elektronischer Kostenvoranschlag nicht erforderlich.

Die ärztliche Verordnung verbleibt bei genehmigten Versorgungsaufträgen bei der DAK-G.

Neben dem elektronischen Kostenvoranschlag ist parallel weder eine Versorgungsanzeige noch ein Kostenvoranschlag in herkömmlicher Papierform vom Leistungserbringer bei der DAK-G einzureichen.

Neben den auf der Internetseite <https://www.dak.de/dak/hilfsmittel/elektronischer-kostenvoranschlag-2090470.html> zur Verfügung stehenden „Hilfsmittelspezifische Hinweise der DAK-Gesundheit“ sind bei Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlages u.a. folgende Eingabehinweise zu beachten:

KV-Nummer	Krankenversichertennummer gem. ärztlicher Verordnung oder Krankenversichertenkarte (KV-Karte, KVK)
Geburtsdatum	Geburtsdatum des Versicherten

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Vertragsarztnummer	Betriebsstätten- und Vertragsarztnummer bzw. Institutionskennzeichen des Krankenhauses
Verordnungsdatum	Datum der Verordnung
OP-Datum	Datum der operativen Stomaanlage (nur bei Produktbesonderheit „0000000001“ mit Hilfsmittelkennzeichen „08“)
Anlagen	Ärztliche Verordnung und, soweit bereits vorliegend, ggf. die Gesprächsdokumentation mit dem Arzt, Pflegedienst usw. (siehe hierzu z.B. § 6 Nr. 2) sowie ggf. das Beratungsprotokoll und die Bestätigung des Versicherten über die gewünschte höherwertige Versorgung (siehe hierzu auch § 3 Nr. 4)
HMVZ-Nummer	„2900260001“ bei Kolostomie, „2900260002“ bei Ileostomie bzw. „2900260003“ bei Urostomie
Produktbesonderheit	„0000000001“ bei Vergütungspauschale (08) für die ersten sechs Monate nach der operativen Stomaanlage „0000000002“ bei Vergütungspauschale (09) ab dem 7. Monat nach der operativen Stomaanlage
Hilfsmittelkennzeichen	„Vergütungspauschale (08)“ für die ersten sechs Monate nach der operativen Stomaanlage. „Folgevergütungspauschale (09)“ ab dem 7. Monat nach der operativen Stomaanlage.
Schlüssel Leistungserbringergruppe (LEGS)	1998293
Menge / Faktor	Anzahl der Versorgungsmonate in Abhängigkeit vom Versorgungsbeginn und –ende (s.u.)
Versorgungsbeginn und -ende	gemäß Verordnung; siehe hierzu auch § 5 Nr. 3:

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

	<ul style="list-style-type: none">• Versorgungsbeginn = fiktiv erster Tag des Monats,• Versorgungsende = fiktiv letzter Tag des Monats
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Die **ärztliche Verordnung** (Ausnahme siehe Hinweis zu Nr. 2, Hinweise) sowie **alle für die Leistungsentscheidung der DAK-G wichtigen Informationen**, Daten, Angaben, Dokumentationen*, Unterlagen usw. sind im Wege des Kostenvoranschlages bzw. als Anhang mitzuliefern.

*) Dazu gehören u.a.

- Gesprächsnotizen mit dem Verordner,
- Aktennotizen zur besonderen Begründung der Versorgung,
- Beschreibung der Wunde bzw. Fistel, wenn diese neben einem Stoma existieren, zusätzlich mit Informationen zur Art der Fistel/Wunde (z.B. Nierenfistel, Platzbauch, Wunddrainage, Lage der Fistel/Wunde (z.B. „1 cm links vom Stoma“), Art der Sekretion (z.B. Stuhl, Wundsekret), Art der Versorgung/Behandlung (z.B. Spülung, Kompresse, Wundbeutel), Kompresse, Wundbeutel)
- usw.

4. Die **Leistungsentscheidung bzw. Prüfung/Bearbeitung der Kostenvoranschläge** erfolgt ausschließlich in den Fachzentren Hilfsmittel (FZH) der DAK-G.

Liegen die medizinischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen vor, erfolgt durch die DAK-G umgehend die **Genehmigung/Auftragserteilung**.

Kann eine Genehmigung/Auftragserteilung aufgrund fehlender Informationen/Unterlagen, unzutreffender bzw. widersprüchlicher Angaben im Kostenvoranschlag und/oder in den dazugehörigen Anlagen usw. nicht erteilt werden (z.B. **Ablehnungen oder Stornierungen aufgrund fehlender, fehlerhafter, nicht vertragskonformer Angaben oder fehlender Anlagen**), kümmert sich der Leistungserbringer sofort um die Beibringung/Klärung und Neueinreichung. Der betroffene Versicherte ist vom Leistungserbringer entsprechend zu informieren.

5. **Nachträglich bzw. rückwirkend** werden keine **Genehmigungen** ausgesprochen.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Hinweise/Ausnahmen

In besonders dringenden Fällen, sog. „**Eilversorgungen**“ (z.B. bei kurzfristig bekannt gewordenen Krankenhausentlassungen), kann der Leistungserbringer die notwendigen Stomaartikel vorab auch ohne die vorherige Einholung einer Genehmigung der DAK-G liefern.

Der Kostenübernahmeantrag ist in diesen besonderen Einzelfällen spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Lieferung an die DAK-G zu übermitteln. Muss die Kostenübernahme von der DAK-G abgelehnt werden und hätte der Leistungserbringer dies bei pflichtgemäßer Prüfung erkennen können, geht die Lieferung zu Lasten des Leistungserbringers.

Der Leistungserbringer kann einen bisher **versäumten Kostenübernahmeantrag** während der Verordnungsgültigkeit nur noch maximal ab dem Monat stellen (Beginn des Versorgungszeitraumes), der dem Antragsmonat unmittelbar vorausgeht.

Siehe hierzu auch Nr. 2.

6. Bei **nicht genehmigten Abgaben bzw. für nicht genehmigte Versorgungszeiträume** entfällt der Vergütungsanspruch gegenüber der DAK-G. Ebenso besteht gegenüber dem Versicherten kein Zahlungsanspruch.
7. Kosten, die der DAK-G aufgrund vom Leistungserbringer **schuldhaft, verspätet oder nicht erneut eingereichten Kostenvoranschlägen** entstehen, z.B. durch Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, sind vom Leistungserbringer an die DAK-G zu erstatten.
8. Ist die **Versorgung** nach Ablauf des Verordnungs- bzw. Genehmigungszeitraumes **weiterhin erforderlich**, ist, unter Vorlage einer aktuellen Verordnung, die weitere Kostenübernahme zu beantragen (siehe hierzu auch § 5 Nr. 4).
9. Für die Abgabe von **nicht vertragsgegenständlichen Stomaartikeln der PG 29** (z.B. elektrische betriebene Irrigatoren der Produktart 29.26.08.1) und von **Stomabandagen** der Produktart 05.11.03.2 (siehe § 1 Nr. 2) ist der DAK-G vor der Versorgung ein Kostenvoranschlag zur Entscheidung zu übermitteln.

§ 9

Lieferung der Hilfsmittel

1. Die Stomaartikel sind **unverzüglich** nach Erhalt des Auftrages, spätestens innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Auftragseingang, an den Versicherten **auszuliefern** (d.h., die Stomaartikel müssen dem Versicherten innerhalb von 48 Stunden zur Verfügung stehen), soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Gesetzliche Feiertage werden nicht mitgerechnet. Zur vertraglichen Regelung siehe § 6 Nr. 2 des Rahmenvertrages.

Hinweise / Ausnahmen

Sofern dringend notwendig, ist eine kurzfristigere und im Extremfall sogar eine **taggleiche Belieferung/Versorgung** sicherzustellen. Das gilt jedoch nur, wenn der Leistungserbringer während der unter § 4 Nr. 1 genannten Zeiten von der Versorgung Kenntnis erlangt hat und die Versorgung dringend sofort notwendig ist.

Der Leistungserbringer erlangt Kenntnis von der Versorgung durch den Eingang der Verordnung (z.B. per Post, E-Mail, Telefax, jeweils im Original oder in Kopie), durch Telefonate (Anrufe des Versicherten bzw. dessen Angehörige sowie Unterstützungspersonen, des Pflegedienstes, des Krankenhauses, der Arztpraxis, des Personals der DAK-G usw.), durch genehmigte Versorgungsaufträge der DAK-G usw.

Der Leistungserbringer kann sich zu seinen Lasten anderer Leistungserbringer bedienen, sofern er die dringend sofort notwendige Versorgung nicht selbst sicherstellen kann.

Siehe hierzu auch Nr. 5 „Eilversorgungen“.

Ist die **Einhaltung der Fristen** nicht zwingend notwendig (z.B. bei Nachlieferungen und noch soweit ausreichendem Vorrat beim Versicherten), kann – in Abstimmung mit dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en) – die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen.

2. **Unmittelbar nach der operativen Stoma-Erstanlage** erfolgt grundsätzlich eine **persönliche Auslieferung** der Stomaartikel durch den Leistungserbringer an den Versicherten.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Falls erforderlich, ist die Auslieferung auch an einen **vorübergehenden Aufenthaltsort** des Versicherten innerhalb Deutschlands durchzuführen (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung).

3. Die **Lieferung** erfolgt **frei Wohnung** in sachgerechter und, auf Wunsch des Versicherten, auch in **neutraler Verpackung**. Letzteres ist mit dem Versicherten vor der ersten Lieferung abzustimmen.

Die jeweiligen **Liefermengen und -intervalle** sind, abhängig von der Häuslichkeit und den individuellen Lagerungsmöglichkeiten, mit dem Versicherten abzustimmen.

Ebenso sind mit dem Versicherten die **Belieferungsmodalitäten** individuell abzusprechen (z.B. automatische Terminlieferungen, Lieferungen auf Abruf/Anforderung).

Den Lieferungen sind jeweils **Lieferscheine/Warenbegleitscheine** beizufügen. Der Liefer- bzw. Warenbegleitschein muss folgenden Daten/Angaben enthalten:

- Name, Anschrift, IK usw. des Leistungserbringers,
- (Name, Vorname, Versichertennummer, Anschrift usw. des Versicherten,
- Liefer- bzw. Versanddatum,
- spezifizierte Nennung der gelieferten Einzelprodukte/Leistungen mit Hilfsmittelpositionsnummer und genauen/tatsächlichen Mengenangaben (die Angaben der Packungsanzahl ist nicht ausreichend),
- Angabe des Versorgungszeitraumes von/bis, für den die jeweilige Lieferung/Leistung bestimmt ist bzw. voraussichtlich ausreichen wird.

Analog gilt für dies für die Bestätigung des Versicherten über den Erhalt der Leistungen (**Empfangsbestätigung**, siehe hierzu auch § 11 Nr. 4).

4. Kann der Leistungserbringer die **vertraglich vereinbarte Lieferzeit** oder den mit dem Versicherten bzw. seinen Unterstützungspersonen **abgestimmten Liefertermin nicht einhalten**, informiert der Leistungserbringer die DAK-G unverzüglich.

Der Leistungserbringer trägt eventuell entstehende Mehrkosten der DAK-G und erstattet diese auf Verlangen innerhalb von 14 Tagen nach Geltendmachung. §§ 16 und 18 des Rahmenvertrages bleiben hiervon unberührt.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

5. Ein **Versand der Produkte** (insbesondere bei Nachlieferungen) ist zulässig. Dennoch und unabhängig davon ist die vorgenannte **lfd. persönliche Beratung/Betreuung** zu gewährleisten. Dabei hat sich der Leistungserbringer davon zu überzeugen, dass der Versicherte bzw. dessen Unterstützungsperson(en) in der Lage sind, die Stomaartikel sach- und fachgerecht zu nutzen. Die hierzu erfolgten Gespräche und Klärungen sind zu dokumentieren und auf Verlangen der DAK-G vorzulegen.

Der Versand an Krankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen (§ 7 ist zu beachten) oder stationäre Pflegeeinrichtungen auf ausdrücklichem Wunsch des Versicherten setzt ebenfalls das Einverständnis der Einrichtung voraus.

Es gelten § 127 Abs. 5 und 7 SGB V.

6. Den Versicherten der DAK-G ist eine **Auftrags- und Paketverfolgung** in Echtzeit sowie eine komplette Abwicklung des administrativen Prozesses über ein **Online-Tool** zu ermöglichen (siehe § 2 Nr. 13).
7. Der Leistungserbringer stellt, in Abstimmung mit dem Versicherten bzw. dessen Unterstützungsperson(en), sicher, dass dem Versicherten während des genehmigten Versorgungszeitraumes jederzeit mindestens ein **Hilfsmittelvorrat** in Höhe dessen durchschnittlichen Wochenbedarfes zur Verfügung steht. Andernfalls gehen diesbezügliche Not- bzw. Selbstkäufe des Versicherten zu Lasten des Leistungserbringers.

Benötigt der Versicherte zeitweilig einen **darüber hinaus gehenden** und bezüglich des genehmigten Versorgungszeitraumes vertretbaren **Vorrat** (z.B. bei geplanten **Reisen**), so ist dieser zur Verfügung zu stellen.

8. Der Leistungserbringer haftet für **Schäden und Verluste auf dem Transportweg**. In diesem Falle hat der Leistungserbringer kostenfrei und unverzüglich für Ersatz zu sorgen.
9. Bei **Verlust der Hilfsmittel** wird dem Versicherten vom Leistungserbringer umgehend Ersatz zur Verfügung gestellt. Die Kosten sind mit den monatlichen Vergütungspauschalen abgegolten und können weder der DAK-G, noch dem Versicherten gesondert in Rechnung gestellt werden. Bei grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Verlust durch den Versicherten erfolgt eine Abstimmung der Rechnungsstellung mit der DAK-G.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

§ 10

Vergütung / Preis

1. Die Abgeltung der Kosten für die medizinisch notwendige Stoma-Versorgung erfolgt in Form von **monatlichen Vergütungspauschalen**, die **unabhängig von der Art des Stomas einheitlich** für jeden anspruchsberechtigten Versicherten der DAK-G gezahlt werden:

Hilfsmittel- bzw. Abrechnungs-Positionsnummer Produktbesonderheit	Kennzeichen Hilfsmittel	Bezeichnung	monatliche Vergütungs-Pauschale(n)
29.00.26.000n* 0000000001	08 (Vergütungspauschale)	Stoma-Pauschale	205,00 Euro zzgl. MwSt. jeweils pro Monat für die ersten 6 Versorgungsmonate nach der operativen Stomaanlage
29.00.26.000n* 0000000002	09 (Folge-Vergütungspauschale)	Folge-Stoma-Pauschale	185,00 Euro zzgl. MwSt. jeweils pro Monat ab dem 7. Versorgungsmonat nach der operativen Stomaanlage

- *) n = „1“ bei Kolostomie
n = „2“ bei Ileostomie
n = „3“ bei Urostomie

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

2. Die Vergütungspauschale beinhaltet, neben der **sach- und fachgerechten Versorgung** mit Stomaartikeln (inkl. der bei einem Urostoma notwendigen Inkontinenzhilfen) einschließlich Zubehör, alle damit im Zusammenhang stehenden **Dienst- und Serviceleistungen**, wie z.B.
- bedarfsabhängige Beratung und Erprobung einschließlich ihrer Dokumentation,
 - individuelle Anpassung/Einstellung und Lieferung,
 - bedarfsabhängige Einweisung des Versicherten bzw. der von ihm beauftragten Unterstützungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch,
 - während der Versorgung die bedarfsabhängige Betreuung des Versicherten,
 - telefonische und persönliche Beratung sowie Hausbesuche,
 - Bemusterungen,
 - bei Bedarf Austausch-/Umversorgungen,
 - bei Bedarf die Rücknahme überzähliger bzw. nicht mehr benötigter Stomaartikel,
- einschließlich aller in diesem Zusammenhang anfallenden Personal- und Sachkosten (z.B. Versand- und Fahrkosten).

Die DAK-G übernimmt – neben der Vergütungspauschale – keine zusätzlichen Kosten für die vertragsgegenständlichen Stomaartikel, Service- und Dienstleistungen, Reparaturen, sicherheitstechnische Kontrollen, Zubehör, Austauschversorgungen etc.

Die **gesetzliche Gewährleistungspflicht** ist einzuhalten.

3. In den vereinbarten Vergütungspauschalen ist der Aufwand für die Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlages bereits enthalten. Werden **Kostenvoranschläge in herkömmlicher Papierform oder per Telefax** eingereicht/übermittelt, reduziert sich der Kostenübernahmebetrag je Kostenvoranschlag um einen pauschalen Abschlag in Höhe von 10,00 Euro inkl. MwSt. für die mit der Erfassung verbundenen Verwaltungskosten der DAK-G.

Der pauschale Abschlag geht zu Lasten des Leistungserbringers und kann von diesem nicht gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden.

4. Die Monatspauschale kann bei **Beginn der Versorgung** auch dann in voller Höhe abgerechnet werden, wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen erst im Laufe des Kalendermonats erfüllt waren und der Versorgungsbeginn auch im Laufe desselben Monats liegt.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Ebenso kann die Monatspauschale bei **Ende der Versorgung** auch dann in voller Höhe noch für den Kalendermonat abgerechnet werden, in dem die leistungsrechtlichen Voraussetzungen entfallen sind. Voraussetzung ist, dass wenigstens an einem Tag in diesem Kalendermonat versorgt worden ist.

Von daher ist die genehmigte monatliche Vergütungspauschale für **angefangene Versorgungsmonate (Kalendermonate) bzw. für Teilmonate** in voller Höhe abrechenbar.

Im Laufe der genehmigten Versorgung ist die Pauschale auch für den/die Monat(e) in voller Höhe abrechenbar, in denen der Versicherte (noch) über einen ausreichenden Hilfsmittelvorrat vom Leistungserbringer verfügte und deshalb in diesem/n Monat(en) tatsächlich keine Lieferung erfolgen musste.

Dagegen **entfällt der Vergütungsanspruch** bei stationärer Krankenbehandlung bzw. stationärer Rehabilitation, wenn die Maßnahme einen oder mehrere volle Kalendermonate andauert (siehe hierzu auch § 7).

5. Aufgrund der Schwere der Vorerkrankung kann es im Einzelfall zu **mehreren klassischen Stomaanlagen** kommen. In diesen Fällen ist die Abrechnung der Pauschale je Stomaanlage möglich, weil jede Anlage für sich gesehen individuell zu versorgen ist.

Eine **doppelläufige Stomaanlage** ist demgegenüber als nur eine Stomaanlage zu betrachten, sodass die Pauschale hier auch nur ein Mal monatlich genehmigungsfähig und abrechenbar ist.

6. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die DAK-G verringert sich kraft Gesetzes um die **gesetzlich** vorgeschriebenen **Zuzahlungen** nach § 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V. Der Einzug der Zuzahlungen der Versicherten erfolgt durch den Leistungserbringer.
7. Ausgeschlossen ist weiterhin eine gesonderte Abrechnung von **(Geltungs-)Arznei- und Verbandmitteln, Kompressen** u.ä., die im Rahmen einer Kolo-, Ileo- bzw. Urostoma-Versorgung medizinisch begründet benötigt werden. Diese Kosten sind im Allgemeinen bereits mit den vereinbarten Stoma-Pauschalen abgegolten.

§ 11

Abrechnung

Für das **Abrechnungsverfahren** gilt § 13 des Rahmenvertrages mit folgenden Ergänzungen/Spezifizierungen/Abweichungen:

1. Die **Abrechnung** der genehmigten Stoma-Pauschalen erfolgt **monatlich**.

Je Kalendermonat ist **eine Sammelrechnung** zu erstellen.

2. Die Abrechnung der monatlichen Vergütungspauschalen kann **frühestens** erfolgen, wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei kann der jeweilige Versorgungsmonat frühestens nach Ablauf des ersten Versorgungstages des jeweiligen Versorgungsmonates abgerechnet werden.

Vorausabrechnungen sind unzulässig.

3. Es sind die Abrechnungsdaten gemäß § 13 des Rahmenvertrages zu übermitteln. Darüber hinaus sind im Rahmen der Abrechnung insbesondere folgende Angaben zu übermitteln:
 - Art der abgegebenen Leistung (Abrechnungspositionsnummer)
 - „2900260001“ bei Kolostomie
 - „2900260002“ bei Ileostomie
 - „2900260003“ bei Urostomie
 - Produktbesonderheit „0000000001“ bei Hilfsmittelkennzeichen „08“ für die ersten sechs Monate nach der operativen Stomaanlage,
Produktbesonderheit „0000000002“ bei Hilfsmittelkennzeichen „09“ ab dem 7. Monat nach der operativen Stomaanlage
 - Kennzeichen Hilfsmittel „08“ für die ersten sechs Monate nach der operativen Stomaanlage bzw. „09“ ab dem 7. Monat nach der operativen Stomaanlage
 - Versorgungszeitraum von = Beginn des aktuell abgerechneten Versorgungs-/Kalendermonates
 - Versorgungszeitraum bis = Ende des aktuellen abgerechneten Versorgungs-/Kalendermonates
 - Versorgungszeitraum „1“ = Anzahl der aktuell abgerechneten Versorgungs-/Kalendermonate in Monaten;
„1“, da grundsätzlich monatliche Abrechnung

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

- Genehmigungskennzeichen (= 14-stellige Bearbeitungs- bzw. Genehmigungsnummer der DAK-G)
 - Datum der Genehmigung (siehe Kostenübernahmeerklärung der DAK-G)
4. Bei der **(ersten Zwischen-) Abrechnung** auf Basis einer Kostenübernahmeerklärung sind folgende **rechnungsbegründende Unterlagen (Urbelege)**, jeweils im Original, vorzulegen:
- ärztliche Verordnung,
 - Bestätigung des Versicherten oder eines von ihm ermächtigten Dritten über den Erhalt der Leistungen per Unterschrift und Datum am Tag der Leistungserbringung (Empfangsbestätigung*).

Bei den ggf. **folgenden Zwischenabrechnungen** auf Basis derselben Kostenübernahmeerklärung reicht die Vorlage der Empfangsbestätigung aus.

Hinweise

Anstelle der **Empfangsbestätigung* des Versicherten** akzeptiert die DAK-G die **Auftragsbestätigung eines Liefer- bzw. Paketdienstes (z.B. als Aufkleber) i.V.m. dem dazugehörigen Lieferschein***.

*) Für die Inhalte der Empfangsbestätigungen und auch der Liefer- bzw. Warenbegleitscheine gilt § 9 Nr. 3.

§ 12

Sonstige Bestimmungen

1. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der **Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Versorgungszeitraumes** sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht erfüllt sein oder nachträglich oder später entfallen, hat der Leistungserbringer die DAK-G hierüber schriftlich zu unterrichten.
2. Ebenso informiert der Leistungserbringer die DAK-G über das **vorzeitige Ende der Versorgung** (Versorgungsende vor Ablauf des laufenden Genehmigungszeitraumes). Über das Ende der Versorgung hinaus oder nach Beendigung des Leistungsanspruches von der DAK-G gezahlte Pauschalen sind vom Leistungserbringer zu erstatten.

**Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

3. Der Leistungserbringer entscheidet über den **Verbleib von Produkten, die von den Versicherten nicht mehr benötigt werden**. Demnach kann die Ware abgeholt (kostenfrei für die Versicherten und die DAK-G) oder zur Entsorgung/anderweitigen Nutzung freigegeben werden. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten bzw. dessen Unterstützungspersonen entsprechend.

§ 13

Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung der Anlage

1. Diese Anlage
 - tritt **ab Leistungsmonat** April 2020 in Kraft,
 - hat eine **Mindestlaufzeit** von 36 Monaten und
 - kann (nach dem 31.03.2023) mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende **gekündigt** werden.
2. Während der Vertragslaufzeit können auch **über das Vertragsende hinausreichende Versorgungsaufträge** beantragt werden.

Nach Ablauf der Vertragslaufzeit hat der Leistungserbringer – aufgrund des gewählten Vergütungssystems (Vergütungspauschale) – für den genehmigten Versorgungszeitraum die **vertraglich geschuldeten Leistungen weiterhin zu erbringen**.

Von daher enden die Versorgungsleistungen **spätestens zwölf Monate nach dem Vertragsende** (siehe hierzu auch § 5 Nr. 3).

Endet die Leistungspflicht im konkreten Fall vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes (z.B. bei Ende der Versicherung), so enden damit auch die vertraglichen Pflichten des Leistungserbringers.

3. Diese Anlage wird unwirksam, wenn aufgrund einer Rechtsänderung das mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte **Verbot von Ausschreibungen** gemäß § 127 Abs. 1 SGB V in der bis zum 11.05.2019 geltenden Fassung **aufgehoben** wird und dadurch bei der DAK-Gesundheit bestehende Ausschreibungsverträge wirksam bleiben oder wieder wirksam werden.
4. Im Übrigen gilt § 21 des Rahmenvertrages.

§ 14

Schlussbestimmungen

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieser Anlage bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Andreas Rudolph

Ahrensburg, den

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Thomas Hutfilz

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Thomas Bodmer

Hamburg, den

DAK-Gesundheit
Frank Lätsch



Anhang 1 zur Anlage 29

**Versorgung mit
Stomaartikeln der Produktgruppe 29
und den in diesem Zusammenhang notwendigen
Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15**

zwischen

**DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27 – 31
20097 Hamburg**
(im Folgenden „DAK-G“ genannt)

und

**GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg**
IK 330105084
(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

Schlüssel Leistungserbringergruppe (LEGS)
1998293

**Anhang 1 zur Anlage 29 zum Rahmenvertrag der DAK-G
LEGS 1998293 – Stand 16.03.2020**

Der Rahmenvertrag nebst Anlagen gilt für folgende **Standorte / Betriebsstätten** des Leistungserbringer:

IK	Firma	Anschrift
330105084	GHD GesundHeits GmbH Deutschland	Fritz-Reuter-Straße 2 22926 Ahrensburg
332511400	Sanlog GmbH	Albert-Einstein-Straße 2 40699 Erkrath
330103093	HTMa-Home Therapie Management GmbH	Fritz-Reuter-Straße 2 22926 Ahrensburg
330952126	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Baycare	Bräuleinsberg 6 91242 Ottensoos
330841860	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Blucare	Heidenbaumstraße 4 74189 Weinsberg
330594166	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Cosacare	Kammerstück 21 44357 Dortmund
330105814	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Hansecare	Bogenstraße 28a 22926 Ahrensburg
331420578	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Keicare	Glashütter Straße 53 01309 Dresden
330734121	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Kurcare	Am Wasserturm 2 67678 Mehlingen
331601760	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Licare	Osterlange 25 99189 Elxleben
331201517	HTMa-Home Therapie Management GmbH Region Spreecare	Brückenstraße 13 16244 Finowfurt
590810395	Verosana GmbH	Heidenbaumstraße 4 74189 Weinsberg



Anhang 2 zur Anlage 29

**Versorgung mit
Stomaartikeln der Produktgruppe 29
und den in diesem Zusammenhang notwendigen
Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15**

zwischen

**DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27 – 31
20097 Hamburg**
(im Folgenden „DAK-G“ genannt)

und

**GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg**
IK 330105084
(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

Schlüssel Leistungserbringergruppe (LEGS)
1998293

Eigenerklärung
über die Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen
gemäß § 2 der Anlage 29 zum Rahmenvertrag
über die Versorgung mit Stomaartikeln und den
in diesem Zusammenhang notwendigen Inkontinenzhilfen
der Produktgruppen 29 und 15 des Hilfsmittelverzeichnisses
gem. § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

Diese Eigenerklärung ist vom Leistungserbringer abzugeben, wenn er beabsichtigt, Stomaartikel und die in diesem Zusammenhang notwendigen Inkontinenzhilfen zu liefern, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V) gelistet sind.

Hiermit erklären wir, die

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
IK 330105084,

dass das/die von uns zur Abgabe vorgesehene(n) und im Folgenden näher bezeichnete(n) Einzelprodukte vollumfänglich mindestens die Anforderungen an die Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 2 der Anlage 29 zum Rahmenvertrag erfüllen und dass nach unserem Kenntnisstand kein Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis durch die zuständige Stelle (GKV-Spitzenverband) abgelehnt wurde.

Der Eigenerklärung ist je aufgeführtem Produkt der Nachweis beizufügen, der die Beantragung zur Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V belegt. Im Nachgang ist die DAK-Gesundheit umgehend über die Entscheidung der zuständigen Stelle (GKV-Spitzenverband) zu informieren.

