

## **Allgemeines zur Versorgung der Versicherten**

### **1. Allgemeine Qualitätsanforderungen**

Der Leistungserbringer beachtet die Vorschriften des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinproduktesicherheitsplanverordnung (MPSV), die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI), der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene-Sterilvorschriften und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis und die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittelrichtlinie) in der jeweils geltenden Fassung sowie die Herstellervorgaben.

Im Übrigen ist das in den produktgruppenspezifischen Anlagen jeweils geforderte Qualitätsmanagement maßgeblich und im Falle des § 5 Absatz 3 des Rahmenvertrages gegenüber der dort benannten Stelle bzw. im Falle des § 5 Absatz 1 des Rahmenvertrages gegenüber der AOK nachzuweisen. Die AOK ist im Falle des § 5 Absatz 3 des Rahmenvertrages berechtigt, die Einhaltung der Voraussetzungen zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag zu überprüfen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die AOK hierbei umfassend und aktiv zu unterstützen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung über folgende angemessene Versicherungssumme je Versicherungsfall abzuschließen und zu halten:

- mindestens 2.000.000 EUR bei Personenschäden
- mindestens 500.000,- EUR bei Sachschäden

Der AOK ist das Vorliegen dieser Betriebshaftpflichtversicherung auf Verlangen nachzuweisen.

### **2. Allgemeine Personalqualifikationen**

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Hilfsmittelversorgungen unter fachlicher Leitung und ausschließlich von fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden. Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass sich seine Mitarbeiter regelmäßig fortbilden.

### **3. Allgemeine Versorgungsanforderungen**

Die Produktauswahl und der Produkteinsatz müssen möglichst herstellerunabhängig erfolgen, soweit die jeweiligen Preisvereinbarungen hierzu keine abweichenden Regelungen vorsehen. Für die Hilfsmittel/Produkte, die für die Versorgung der Versicherten notwendig sind, darf der Leistungserbringer auch gleichzeitig Hersteller sein.

Der Leistungserbringer stellt für Versicherte der AOK eine ausreichende Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal sicher. Über die Zeiten der Erreichbarkeit werden die Versicherten durch den Leistungserbringer informiert.

Standardisierte Formulare, Erklärungen oder Anschreiben (Vorlagen) an Versicherte der AOK, die darauf ausgerichtet sind, eine Leistung zu beschreiben oder zu beantragen, sind im Vorfeld mit der AOK abzustimmen.

Der Leistungserbringer beginnt bei Vorliegen aller notwendigen, leistungsbegründenden Unterlagen unverzüglich mit der Versorgung des Versicherten. Kann die Versorgung

- bei konfektionierten Versorgungsungen nicht innerhalb von vier Wochen
- bei individuell angefertigten Versorgungsungen nicht innerhalb von acht Wochen

nach Versorgungsbeginn abgeschlossen werden, informiert der Leistungserbringer die AOK umgehend.

#### **4. Anforderungen an das Kostenvoranschlagsverfahren**

1. Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben:
  - Name und Anschrift des Leistungserbringers
  - Telefonnummer, Faxnummer sowie ggf. E-Mail- und Internetadresse
  - Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
  - Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertennummer)
  - Bezeichnung des Hilfsmittels/der Leistung
  - Zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer oder besondere anwenderspezifische Hilfsmittelpositionsnummern
  - Ggf. Herstellerangabe
  - Brutto-Preis mit Ausweisung der aktuell geltenden Mehrwertsteuer und des Mehrwertsteuersatzes (in %)
2. Die mit der Erstellung von Kostenvoranschlägen verbundenen Kosten gehen nicht zu Lasten der AOK oder des Versicherten.
3. Die Vertragsparteien nutzen den elektronischen Kostenvoranschlag (eKVA) für den Hin- und Rückweg. Auch die fallbezogene Mehrfachkommunikation erfolgt über dieses Verfahren.
4. Neben den im eKVA-Verfahren beschriebenen Feldern soll der Datensatz auch die Verordnung, den Kostenvoranschlag und weitere leistungsbegründende Unterlagen als Anhang enthalten. Dieses gilt ausdrücklich nicht für Fotodokumentationen.
5. Die Übersendung von Fotodokumentationen setzt voraus, dass der Versicherte über die Fotodokumentation datenschutzrechtlich aufgeklärt wurde (Freiwilligkeit der Bilder, Zweck der Fotodokumentation, Vorteile für den Kunden) und dass eine entsprechende Einverständniserklärung des Kunden für die Übermittlung der Bilder

vorliegt. Die Fotos dürfen nicht im Rahmen des eKVA-Verfahrens übermittelt werden, sondern sind stets in einem an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) adressierten und verschlossenen Umschlag vom Leistungserbringer weiterzuleiten.

6. Sollte die AOK im Auftrag des MDK Fotodokumentationen beim Leistungserbringer für einen Versicherten anfordern, ist ebenfalls eine Aufklärung des Versicherten und dessen Einverständnis zur Fotodokumentation erforderlich. Diese Fotodokumentationen sind in einem von der AOK beigelegten, an den MDK gerichteten Briefumschlag verschlossen zu versenden.
7. Im Rahmen des § 127 Abs. 3 SGB V gegenüber dem ursprünglichen Angebot reduzierte Genehmigungen stellen ein neues Angebot dar. Ist der Leistungserbringer mit diesem Angebot nicht einverstanden, informiert er die AOK unverzüglich, spätestens nach fünf Werktagen, über die Nicht-Akzeptanz.
8. Daten aus Kostenvoranschlägen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an andere Leistungserbringer weitergeleitet werden.
9. Bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln teilt die AOK dem Leistungserbringer die jeweilige Inventarnummer mit. Der Leistungserbringer trägt die mitgeteilte Inventarnummer auf einem von der AOK bereitgestellten Aufkleber an einer möglichst geschützten, aber zugänglichen Stelle des Hilfsmittels an.