

## **Allgemeines zu Versorgungspauschalen**

Soweit die Durchführung der Versorgung im Rahmen einer Versorgungspauschale vorgesehen ist, sind die nachfolgenden Regelungen zu beachten. Sind in den jeweiligen Preisvereinbarungen anderweitige Regelungen getroffen, gelten diese entsprechend.

### **A. Leistungsinhalt der Versorgung**

1. In einigen Produktbereichen regelt die AOK die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln über eine Versorgungspauschale, die für ein umfassendes Versorgungspaket über einen vereinbarten Versorgungszeitraum gezahlt wird.
2. Der Versorgungszeitraum wird für jedes Hilfsmittel vertraglich festgelegt und umfasst den jeweils vereinbarten Vergütungszeitraum. Er kann auf einen Monat beschränkt sein, aber auch mehrere Monate oder Jahre umfassen. Der jeweilige Vergütungszeitraum ergibt sich aus der Preisvereinbarung oder der Genehmigung. Bei nicht preislich vereinbarten, genehmigungsfrei gestellten Versorgungsgenständen ergibt sich der Versorgungszeitraum aus der jeweils aktuellen Liste der Genehmigungsfreigrenzen.
3. Der Versorgungszeitraum des sogenannten „gesamten Versorgungszeitraumes“ umfasst die Zeit ab Lieferung bis zur Rückgabe des Hilfsmittels (z.B. wegen Tod oder Rückholung aus anderen Gründen, wie Veränderung der Behinderung) ohne einen in Monaten oder Jahren festgelegten Zeitraum.
4. Ist für ein Produkt ein genauer Versorgungszeitraum definiert, beginnt dieser mit dem Datum der Leistungserbringung (Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten, dessen Angehörigen, dessen gesetzlichen Betreuer oder die durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragte Person), jedoch frühestens mit Ablauf des vorangegangenen Versorgungszeitraumes.
5. Bei Monatspauschalen gilt die Versorgungspauschale für den Kalendermonat. Der erste (anteilige) Kalendermonat ist dabei voll abrechenbar, der letzte (anteilige) Kalendermonat ist hingegen nicht abrechenbar. Anderslautende Bestimmungen können in den jeweiligen Preisvereinbarungen vereinbart werden.
6. Die in den jeweiligen Preisvereinbarungen geregelte Erstpauschale kann je Versorgungsfall nur einmalig abgerechnet werden. Ein Austausch eines Hilfsmittels innerhalb des Versorgungszeitraums begründet keinen neuen Anspruch auf eine Erst- oder Folgepauschale. Medizinisch begründete Umversorgungen sind von dieser Regelung nicht betroffen.
7. Wird dieser Vertrag gekündigt, so sind die bereits durch die Versorgungspauschale abgegoltenen Pflichten aus diesem Vertrag vom Leistungserbringer weiterhin auch nach Ende des Vertrages zu erbringen. Erst nach erfolgter Rückgabe des Hilfsmittels wegen Tod oder anderer Gründe oder der Beendigung eines Versorgungszeitraumes endet die Leistungspflicht des Leistungserbringers.
8. Mit der Versorgungspauschale ebenfalls abgegolten sind neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel gemäß Produktbeschreibung der Preisanlagen alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere

- a. Beratung,
- b. Lieferung,
- c. Anpassung,
- d. Erprobung,
- e. Wartung, (Instandhaltung)
- f. Sicherheitstechnische Kontrollen,
- g. Reparatur, (Instandsetzung)
- h. Montage,
- i. Abholung bzw. Alternativ die unfreie Rücksendung des Gerätes durch den
- j. Versicherten und
- k. ggf. ein notwendiger Austausch des Hilfsmittels (innerhalb der gleichen Produktart)

einschließlich der damit im Zusammenhang anfallenden Personal- und Sachkosten sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten, Angehörigen und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels. Bei Schäden am Hilfsmittel hat der Versicherte die Schäden durch den Leistungserbringer beseitigen zu lassen. Eigentümer der an die Versicherten gelieferten Hilfsmittel bleibt der Leistungserbringer. Etwaige Schadensersatzansprüche gegen den Versicherten werden von dieser Regelung nicht berührt.

Im Rahmen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) werden dem Leistungserbringer folgende Aufgaben übertragen

- a. Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts
  - b. Dokumentation der Einweisung für aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte
  - c. Einsatz von qualifiziertem Personal entsprechend der Anforderungen nach § 5 der MPBetreibV für Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen
  - d. Einsatz von qualifiziertem Personal entsprechend der Anforderungen nach § 5 der MPBetreibV für sicherheitstechnische Kontrollen
  - e. Aufsuchen von Versicherten (falls erforderlich) und Dokumentation bei nicht-antreffen der Versicherten
  - f. Führen eines Medizinproduktebuches
  - g. Führen eines Bestandsverzeichnis
9. Die Entscheidung, ob der Versicherte mit einem neuen oder einem wieder aufgearbeiteten Hilfsmittel versorgt wird, trifft der Leistungserbringer.
10. Wenn sich aus der ärztlichen Verordnung eine kurzzeitige Nutzungsdauer des Hilfsmittels ableiten lässt, findet eine Kurzzeitpauschale Anwendung, soweit dies in den Preisvereinbarungen vorgesehen ist. Verlängert sich die Nutzungsdauer des Hilfsmittels, ist der AOK eine erneute Verordnung vorzulegen. In diesem Fall ist nach vorheriger Genehmigung durch die AOK nur noch die Differenz zwischen der bereits genehmigten Kurzzeitpauschale und der Versorgungspuschale zu berechnen. Bei einer Verlängerung der Nutzungsdauer beginnt der Versorgungszeitraum mit Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten.
11. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten mittels Muster der in Anlage 7b zum Rahmenvertrag geregelten Empfangsbestätigung/Eigentumsvorbehalterklärung über die leistungsrechtlichen Modalitäten der Hilfsmittelversorgung und des Eigentumsvorbehaltes des Hilfsmittels. Der Empfang ist durch den Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuer oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person mit Unterschrift und Datum zu bestätigen. Eine Quittierung im Voraus oder im Nachhinein ist unzulässig.

## **B. Zubehör und Zurüstungen außerhalb des vereinbarten Versorgungsstandards**

1. Bei Bedarf erforderliche Änderungen der Ausstattungsvarianten bzw. Zurüstung von Zubehörteilen sind mit der Versorgungspauschale abgedeckt, sofern diese in der Preisvereinbarung aufgeführt ist. Diese Änderungen der Ausstattungsvarianten bzw. Zurüstung von Zubehörteilen hat der Leistungserbringer unverzüglich zur Verfügung zu stellen, sobald er einen entsprechenden Bedarf feststellt oder wenn diese ärztlich verordnet werden. Werden vertraglich vereinbarte Änderungen der Ausstattungsvarianten bzw. Zurüstungen von Zubehörteilen nach Auslieferung des Hilfsmittels notwendig, sind diese im Rahmen der Versorgungspauschale vom Leistungserbringer ohne weitere Kostenberechnung zu erbringen.
2. Über den Leistungsumfang nach dieser Vereinbarung hinausgehende medizinisch notwendige Ausstattungsvarianten oder Zubehöre sind im Rahmen eines Kostenvoranschlages der AOK zur Bewilligung vorzulegen.
3. Bei der Neuversorgung mit einem Hilfsmittel muss sichergestellt werden, dass das Hilfsmittel bereits bei der Lieferung an den Versicherten mit allen medizinisch notwendigen Zubehören und Zurüstungen auch außerhalb der Versorgungspauschale ausgestattet ist. Die Beantragung von weiteren Zubehörteilen oder Zurüstungen, welche nicht in der Versorgungspauschale geregelt sind, kann daher erst nach 6 Monaten erfolgen, es sei denn, der Gesundheitszustand des Versicherten ändert sich innerhalb der ersten 6 Monate so gravierend (z.B. durch Operationen), dass eine neue Anpassung des Hilfsmittels erforderlich ist. In diesem Fall ist dem gemäß Ziffer 2 vorzulegenden Kostenvoranschlag eine ausführliche Begründung beizufügen.
4. Ist der Versicherte mit einem Hilfsmittel im Rahmen einer Versorgungspauschale versorgt und wird für dieses Hilfsmittel zu einem späteren Zeitpunkt Zubehör (Zurüstungen) notwendig, dass nicht in der Versorgungspauschale enthalten ist, gilt folgendes:

Zubehöre im vorstehenden Sinn, die sich für einen Wiedereinsatz eignen, bleiben Eigentum der AOK. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zunächst auf die im Eigentum der Kasse befindlichen Zubehöre zurückzugreifen.

## **C. Anzeige der Versorgung und Genehmigung nach Ablauf des Versorgungszeitraumes**

Ein Versorgungsfall, der über die in den jeweiligen Preisvereinbarungen vereinbarten Versorgungszeiträume der Produktarten zeitlich hinaus geht, wird der AOK vom Leistungserbringer zwei Monate vor Ablauf des Versorgungszeitraumes zur Prüfung per Versorgungsanzeige vorgelegt, es sei denn, in den jeweiligen Preisvereinbarungen wurde eine andere Regelung getroffen. Der Leistungserbringer hat sich in jedem Fall davon zu überzeugen, ob das Hilfsmittel durch den Versicherten noch weiterhin benötigt bzw. genutzt wird. Die AOK prüft bei Vorlage der Versorgungsanzeige zur Weiterführung der Versorgung die leistungsrechtlichen Voraussetzungen. Ist die Verwendung des Hilfsmittels weiterhin notwendig, kann der Leistungserbringer die Versorgungspauschale ohne erneute Verordnung abrechnen, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart ist.

## **D. Reparaturen / Wartungen, Ersatzbeschaffung und Austausch von Geräten**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, notwendige Reparaturen und Ersatzlieferungen für vertraglich geregelte Hilfsmittel innerhalb des Versorgungszeitraumes zu übernehmen. Reparaturen und Ersatzlieferungen sind ebenfalls mit der Pauschale abgegolten, soweit sie nicht vorsätzlich oder fahrlässig durch den Versicherten herbeigeführt wurden. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die erforderlichen Reparaturen im Regelfall binnen 48 Stunden erfolgen. Sofern eine notwendige Reparatur eines Hilfsmittels nicht unmittelbar durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer bei Bedarf einen adäquaten Ersatz unentgeltlich zur Verfügung. Ist eine Reparatur nicht möglich oder nicht zielführend, tauscht der Leistungserbringer das Hilfsmittel ohne Kostenberechnung gegenüber der AOK bzw. dem Versicherten aus.
2. Bei Verlust eines Hilfsmittels wird dem Versicherten vom Leistungserbringer ein Ersatzhilfsmittel zur Verfügung gestellt. Die Kosten können der AOK nicht in Rechnung gestellt werden. Es sei denn, es handelt sich um einen Diebstahl. Dann kann eine erneute Pauschale unter Einreichung der Kopie der polizeilichen Anzeige und der Schadensmeldung für die Hausratversicherung, soweit eine Hausratversicherung besteht, bei der AOK beantragt werden.
3. Zum Schutz der Versicherten von unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken, nimmt der Leistungserbringer die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen bzw. nach Herstellervorgaben vorgeschriebenen Wartungen und sicherheitstechnischen Kontrollen vor. Dazu übernimmt der Leistungserbringer gegebenenfalls den Rückruf des Hilfsmittels zu den jeweiligen Prüfungsterminen und versorgt den Versicherten für die Dauer der Prüfung mit einem Ersatzhilfsmittel, sofern die Prüfmöglichkeiten vor Ort beim Versicherten nicht gegeben sind

#### **E. Rückholung von Hilfsmitteln aus der Versorgungspauschale**

1. Der Leistungserbringer hat die AOK bei anstehenden Hilfsmittelrückholungen grundsätzlich vor Abholung des Hilfsmittels umgehend zu informieren. Vor Hilfsmittelrückholung beim Versicherten bedarf der Leistungserbringer eines vorherigen schriftlichen Abholauftrages der AOK. Die Rückholung erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang des Abholauftrages der AOK beim Leistungserbringer.
2. Sollten Abholungen ohne Zustimmung der AOK erfolgen und werden dadurch Neuversorgungen innerhalb eines bereits genehmigten Vergütungszeitraumes aufgrund der gleichen Indikation notwendig, so geht dies zu Lasten des Leistungserbringers, welcher die Abholung ohne Abholauftrag der AOK veranlasst hat.
3. Der Leistungserbringer erhält eine Mitteilung von der AOK, wenn für einen im Rahmen einer Versorgungspauschale versorgten Versicherten die Leistungspflicht der AOK entfällt (z.B. Kassenaustritt).
4. Nach Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten ist der AOK immer eine Mitteilung darüber zuzusenden.
5. Das Risiko der Rückholung eines Hilfsmittels, welches nach dem Ende der Leistungspflicht nicht aufgefunden werden kann, ist mit der Versorgungspauschale abgegolten. Etwaige Schadensersatzansprüche gegen den Versicherten werden von dieser Regelung nicht berührt.

## **F. Wohnungs-/ Ortswechsel des Versicherten**

Wurde eine Versorgung durch den Leistungserbringer begonnen, wird auch bei Wohnungs-/ Ortswechseln (innerhalb von Deutschland) oder Rehabilitationsmaßnahmen des Versicherten die lückenlose Betreuung innerhalb des laufenden Versorgungszeitraumes sichergestellt. Die Kosten für den Umzug sind grundsätzlich kein Bestandteil der Versorgung, es sei denn, die produktspezifische Preisvereinbarung enthält eine anderslautende Bestimmung.

## **G. Gültigkeit**

1. Bereits aufgrund eines ggf. früher schon bestehenden Vertrages des Leistungserbringers mit der AOK entstandene oder evtl. entstehende Ansprüche bzw. damit zusammenhängende Fristen bleiben von dieser Vereinbarung unberührt. Dies gilt nicht hinsichtlich der mit dieser Vereinbarung neu geregelten Versorgungspauschalen.
2. Bei erneuter Abrechnung einer Versorgungspauschale nach Ablauf eines Versorgungszeitraumes hat die jeweils aktuell vereinbarte Versorgungspauschale für das entsprechende Hilfsmittel Gültigkeit. Der bei Auslieferung des Hilfsmittels geltende Pauschalpreis ist in diesen Fall nicht anzusetzen.

## **H. Sicherheitsleistung**

1. Leistungserbringergemeinschaften:

Für den Fall, dass ein Mitgliedsbetrieb der Leistungserbringergemeinschaft (bzw. sein/e Rechtsnachfolger) wegen Insolvenz oder anderen Gründen (z.B. Geschäftsaufgabe oder einem anderen Leistungshindernis) seinen Verpflichtungen aus der Versorgungsvereinbarung nicht mehr nachkommen kann, verpflichtet sich die Leistungserbringergemeinschaft gegenüber der AOK, für die (mit der Auszahlung der Versorgungspauschale) bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Mitgliedsbetriebes einzustehen. Die Leistungserbringergemeinschaft erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass einer ihrer Mitgliedsbetriebe die Versorgungsfälle des vom Leistungshindernis betroffenen Mitgliedsbetriebes übernimmt und diese, ohne erneute Berechnung einer Pauschale, bis zum Ende des Versorgungszeitraumes weiterführt. Diese Bürgschaftsversicherung wird über die Anlage 6a dokumentiert.

2. Einzelunternehmen:

Bestehen Einzelverträge mit Leistungserbringern im Bereich der Versorgungspauschalen, muss der Leistungserbringer zur Absicherung seiner Verpflichtungen aus der Versorgungspauschale eine Kautions auf ein von der AOK benanntes Konto hinterlegen oder der AOK eine Bankbürgschaft in gleicher Höhe zur Verfügung stellen.

Alternativ dazu kann der Leistungserbringer eine entsprechende Sicherungsübereignungserklärung (Anlage 6b) unterzeichnen.

Die Art und Höhe der Sicherheitsleistung wird in der jeweiligen Preisvereinbarung geregelt.