Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V

zwischen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Carl-Wery-Str. 28
81739 München
vertreten durch die
Vorstandsvorsitzende
Dr. Irmgard Stippler

und

[redacted]

über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung

AC/TK 15 02503

in der Fassung vom 01.10.2022

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages 3
§ 2 Geltungsbereich 3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen 3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung 4
§ 5 Ärztliche Verordnung 5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag 6
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität 7
§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen 8
§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz 9
§ 10 Vergütung / Abrechnung 10
§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen 12
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten 13
§ 13 Werbung 14
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen 14
§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages 16
§ 16 Schlussbestimmung 16
Anlage 1 Qualitäts- und Dienstleistungsstandards 17
Anlage 2 Preisvereinbarung 19
Anlage 2.10 Vergütung für netzgebundene Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.06.) - Versorgungsbereich 14F15 21
Anlage 2.11 Vergütung für Druckgasfülleinheiten (Produktuntergruppe 14.24.04.) - Versorgungsbereich 14F15 22
Anlage 2.12 Vergütung für netzunabhängige, mobile Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.06.) - Versorgungsbereich 14F15 23
Anlage 2.13 Vergütung für Druckminderer für Druckgasflaschen (Produktuntergruppe 14.24.05.) - Versorgungsbereich 14F15 24
Anlage 2.14 Vergütung für Sauerstoffsparsysteme für Druckgasflaschen (Produktuntergruppe 14.24.05.) - Versorgungsbereich 14F15 25
Anlage 2.15 Vergütung für Verbrauchsmaterial für netzabhängige Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.05.) Versorgungsbereich 14F15 26
Anlage 2.16 Vergütung für Sauerstoff-Druckgasflaschenfüllung (Produktuntergruppe 14.99.99.) - Versorgungsbereich 14F15 27
Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten 28
Anlage 4 Werbung 29
Anlage 5 Beitrittserklärung 30
Anlage 6 Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie 31
Anlage 7 Blutgasanalyse (BGA) 36
Anlage 8 Kriterien zur Auswahl der geeigneten Sauerstoffversorgung 37

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 benannten Hilfsmitteln der Produktuntergruppe/-arten 14.24.04.2-3, 14.24.04.7-9, 14.24.05.0, 14.24.05.3-5, 14.24.05.7-8, 14.24.06.0-5 sowie, soweit zutreffend, die Abrechnungspositionen aus der dafür maßgebenden Produktgruppe 14 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.
2. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 2.10	Vergütung für netzgebundene Sauerstoffkonzentratoren
Anlage 2.11	Vergütung für Druckgasfülleinheiten
Anlage 2.12	Vergütung für netzunabhängige, mobile Sauerstoffkonzentratoren
Anlage 2.13	Vergütung für Druckminderer für Druckgasflaschen
Anlage 2.14	Vergütung für Sauerstoffsparsysteme für Druckgasflaschen
Anlage 2.15	Vergütung für Verbrauchsmaterial für netzabhängige Sauerstoffkonzentratoren
Anlage 2.16	Vergütung für Sauerstoff-Druckgasflaschenfüllung
Anlage 3	Mehrkostenerklärung
Anlage 4	Werbung
Anlage 5	Beitrittserklärung
Anlage 6	Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie
Anlage 7	Blutgasanalyse (BGA)
Anlage 8	Kriterien zur Auswahl der geeigneten Sauerstoffversorgung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für
   a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
   b) den Leistungserbringer [redacted]
   c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5),
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Anlagen 2.10 bis 2.16 des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt wird.

2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.
3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.
4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 5 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPDG und der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinprodukterechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagement-System, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR).

Ist das Qualitätsmanagement-System durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Vergütungen abgegolten.

5. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen lassen. Fordert der MD für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MD für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.

6. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

§ 5 Ärztliche Verordnung

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die AOK Bayern kann bei Folgeversorgungen auf die Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung verzichten.

2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.

3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.

4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.

5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).

7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.

   a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.

   b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-

Nummer ergänzt werden.

c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.

8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.

9. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.

10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.

2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2.10 bis 2.16 von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerungen oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.

3. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlagen 2.10 bis 2.16 immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.

4. Ist gemäß der vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer, nachdem er die Verordnung erhalten hat, unverzüglich einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V ab 01.02.2023 verpflichtend.

5. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2.10 bis 2.16 angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.
6. Anfragen der AOK Bayern beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete mehrkostenfreie Versorgung anzubieten. Hierdurch wird das Maß des Notwendigen unter Beachtung der ärztlichen Verordnung festgelegt, mithin die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse produktspezifisch konkretisiert.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems mehrkostenfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Mehrkostenangeboten werden. Wählt der Versicherte kein mehrkostenfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Höhe der Mehrkosten sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.
4. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.
5. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.

6. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet ab dem Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
7. Abhängig vom Produkt ist unter Beachtung der Herstellervorgaben und des MPDG sowie bei Nachlieferungen von Verbrauchshilfsmitteln ein Versand zulässig.
8. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt durch das geeignete Personal des Leistungserbringers oder durch geschultes Personal des Krankenhauses oder Arztes erfolgen. Die Einzelheiten sind in § 12 geregelt.
9. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
10. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
11. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie die MDR.
12. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).

§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen

1. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Instandhaltungsmaßnahmen sind Wartungen nach Herstellervorgaben sowie – soweit zutreffend – sicherheits- und messtechnische Kontrollen. Der Leistungserbringer gewährleistet die Instandhaltung und die Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel. Der Leistungserbringer setzt für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV erfüllen.
2. Kosten für die Instandsetzung und Instandhaltung für Hilfsmittel, die im Rahmen von Versorgungspauschalen vergütet werden, sind mit der vertraglich vereinbarten Vergütung abgegolten und können vom Leistungserbringer nicht gesondert geltend gemacht werden.
3. Können Instandsetzungen, die der Leistungserbringer gemäß Absatz 1 gewährleistet hat, nicht sofort ausgeführt werden und ist dem Versicherten der Verzicht auf das Hilfsmittel nicht zumutbar, stellt der Leistungserbringer ein adäquates und dem medizinisch notwendigen Bedarf entsprechendes Hilfsmittel aus seinem Bestand für die Dauer der Reparatur zur Verfügung. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Vergütungen abgegolten. Satz 1 gilt nicht bei teilkonfektionierten oder individuell hergestellten Hilfsmitteln oder Sonderanfertigungen.

§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK Bayern.
3. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
4. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
5. Der Leistungserbringer hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.
6. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.
7. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Bayern die Veräußerung seines Betriebs, die Betriebsaufgabe oder die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Bayern umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Bayern zu übermitteln.
8. Für den Fall, dass der Leistungserbringer auf Grund der in Absatz 7 beschriebenen Fälle seinen Verpflichtungen aus den von der AOK Bayern vergüteten Versorgungspauschalen nicht mehr nachkommen kann, hat er eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft unter Verzicht auf die Einreden der Anfechtbarkeit, Aufrechenbarkeit und der Vorausklage einer deutschen Bank oder Sparkasse oder durch Bürgschaft eines in der Europäischen Union zugelassenen Kreditinstituts oder Kreditversicherers bei der AOK Bayern zu hinterlegen.
9. Wird die Sicherheitsleistung nicht innerhalb von 6 Wochen nach dem Beitritt zum Vertrag bei der AOK Bayern eingereicht, ist der Vertrag unwirksam, sofern in den nachfolgenden Anlagen nichts anderes vereinbart wurde. Die Bürgschaft gemäß Absatz 11 ist jährlich anzupassen. Das aktualisierte Bürgschaftsdokument ist bis spätestens 01.07. des jeweiligen Kalenderjahres im Original unaufgefordert an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Sicherungsleistung ist von der Krankenkasse erst dann zurückzugeben, wenn für die letzte nach diesem Vertrag getroffene Versorgung der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist.
10. Die Höhe der Sicherheitsleistung wird anhand des jeweiligen Vorjahresumsatzes (der in den Anlagen im Rahmen von Versorgungspauschalen geregelten Hilfsmittel) des Leistungserbringers ermittelt. Sie beträgt 10 v.H. dieses Betrages, mindestens jedoch 10.000 EUR.
11. Es besteht die Möglichkeit einer Gesamtbürgschaft, wenn mehrere mit der AOK Bayern geschlossene Verträge eine Bürgschaft erfordern.

12. Die Sicherheitsleistung kann auch durch eine Leistungserbringergemeinschaft erbracht werden. Die Leistungserbringergemeinschaft verpflichtet sich dabei gegenüber der AOK Bayern für die bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Leistungserbringers einzustehen. Die Leistungserbringergemeinschaft erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass eines ihrer Mitgliedsbetriebe des vom Leistungshindernis betroffenen Leistungserbringers übernimmt und diese, ohne erneute Berechnung einer Versorgungspauschale, bis zum Ende des jeweiligen Pauschalzeitraumes weiterführt.

§ 10 Vergütung / Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf beleglesefähigem Standardpapier zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen. Die AOK akzeptiert als Empfangsnachweis der Hilfsmittel bei digitalen Empfangsbestätigungen die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertiger Daten des beauftragten Versandunternehmens. Die Daten sind jeweils versichertenbezogen im Datensatz (txt-Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Aufbewahrung des elektronischen Liefernachweises bzw. den Zugriff auf die entsprechenden Daten mindestens sechs Jahre sicherzustellen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Datum des Rechnungseinganges. Zur Durchführung stichprobenartiger Prüfungen sind der AOK die Lieferunterlagen (Kopie Ablieferungsnachweis und Lieferschein oder Empfangsbestätigung des Versicherten) innerhalb von sieben Arbeitstagen nach Anforderung in digitalisierter Form per Email oder ausnahmsweise in anderer geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Die damit verbundenen Kosten trägt der Leistungserbringer.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2.10 bis 2.16 geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Die Zuzahlung für Verbrauchshilfsmittel ist auf max. 10 EUR monatlich begrenzt; dies gilt auch, wenn unterschiedliche Verbrauchshilfsmittel aus verschiedenen Produktgruppen bezogen werden. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Bestellrhythmus für jeden Monat zu entrichten. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2.10 bis 2.16 sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.

7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.

8. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Weist die 10-stellige Hilfsmittelnummer kein konkretes Einzelprodukt aus, sind bei der Abrechnung zusätzlich der Hersteller und die Artikelnummern oder die PZN des Produktes im Textfeld anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen 15 02503) zwingend erforderlich.

9. Bei genehmigten Hilfsmitteln sind die Daten der Genehmigung für die Abrechnung entsprechend zu übernehmen und das Genehmigungskennzeichen anzugeben. Erfolgt die Vergütung mit Pauschalen ist immer der Versorgungszeitraum anzuliefern. Bei der Abrechnung von Folgepauschalen, deren Erstversorgung genehmigungspflichtig war, ist das hierbei ausgewiesene Genehmigungskennzeichen anzugeben.

10. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.

11. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellung nach den jeweiligen Positionen der/n Anlage/n Benennung der Anlage aus der Preisvereinbarung entsprechend den aktuellen Richtlinien des GKV Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB 5 und deren Anlage 5 (Inhalt der Urbelege) zu enthalten. Für Abrechnungen ohne Verordnungsblätter sind alle in der Anlage benannten abrechnungsbegründenden oder abrechnungsrelevanten Unterlagen mit Rechnungs- und Belegnummer und Institutionskennzeichen zu kennzeichnen. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese verordnungsrelevante Daten der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind verordnungsrelevante Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.

12. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen der jeweiligen Betriebsstätte möglich, die die Leistung erbracht hat. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund unzutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

13. Die AOK Bayern begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

14. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.

15. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 13 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 13. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.

16. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.

2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.

3. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.

4. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer 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).
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
8. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
9. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch dessen Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.
10. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Rezeptsammelstellen in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem anzunehmen, wenn
   - aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
   - die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
   - der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
   - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Der Leistungserbringer gewährleistet für die aus dem Depot überlassenen Hilfsmittel die einwandfreie Qualität. Er qualifiziert gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV den Arzt im Umgang mit den Hilfsmitteln, es sei denn, diese Einweisung ist bereits durch den Hersteller oder eine andere dazu befugte Person erfolgt.

4. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.
5. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
6. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.
7. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

§ 13 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene

Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 7 SGB V zu übermitteln.

2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.

3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 4 außerordentlich kündigen.

4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.

5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
   a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
   b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
   c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 und 4
   d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
   e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
   f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
   g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),
   h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 4 bis 7)
   i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
   j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
   k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
   l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben

6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbetrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Bruttorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.

7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).

8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.10.2022 in Kraft. Für genehmigungsfrei abrechenbare Hilfsmittel ist der Zeitpunkt der Abgabe maßgebend; bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln der Tag der ärztlichen Verordnung. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2024 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlagen 2.10 bis 2.16) kann von der AOK Bayern oder dem vertragschließenden Leistungserbringer mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.03.2023 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 16 Schlussbestimmung

1. Änderungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
3. Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

München, 29.09.2022
Ort, Datum

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

[redacted]
Ort, Datum

[redacted]

Anlage 1 Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sicher. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der AOK Bayern sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie Änderungen, Instandsetzungen, Instandhaltungen und Ersatzbeschaffung gewährleistet werden kann.

Der Leistungserbringer hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der AOK Bayern erreichbar ist. Auf Verlangen der AOK Bayern hat der Leistungserbringer den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen und Instandhaltungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und dem Unterauftragnehmer so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Bayern und dem Leistungserbringer entsprechen. Unterauftragnehmer, die durch den Leistungserbringer zur Erbringung seiner vertraglichen Leistungen aufgrund dieser Vereinbarung eingesetzt werden, unterliegen den gleichen Rechten und Pflichten wie eigene Mitarbeiter des Leistungserbringers und sind vom Leistungserbringer hierauf vertraglich zu verpflichten. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation / Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, körperliche Einschränkungen beim Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist - soweit erforderlich - mit dem Ausprobieren durch den Versicherten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Versicherte erhält Hinweise zur Reinigung, zur Wartung, soweit sie vom Hersteller vorgeschrieben ist, und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Räumliche und strukturelle Voraussetzungen

Der Betrieb muss in sich abgeschlossen und von anderen Betrieben / Praxen sowie privaten Wohn- und anderen gewerblichen Bereichen räumlich und organisatorisch getrennt sein.

Um die Versorgung und den Service sicherzustellen sowie die erforderlichen Reparaturen sach- und fachgerecht ausführen zu können, hält der Leistungserbringer Ersatzteile in ausreichender Menge vor.

Anlage 2 Preisvereinbarung

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in den Anlagen 2.10 bis 2.16 genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlagen 2.10 bis 2.16 regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in den Anlagen 2.10 bis 2.16 vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.

Versorgungspauschalen

1. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
2. Sind für die in den Anlagen 2.10 bis 2.16 aufgeführten Hilfsmittel Versorgungspauschalen vereinbart, umfasst die Ausstattung neben dem erforderlichen Hilfsmittel die in den Anlagen 2.10 bis 2.16 aufgeführten bei Bedarf notwendigen Zubehörteile und Zurüstungen. Der Gewährleistungszeitraum beginnt mit dem Datum der Leistungserbringung.
3. Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Hilfsmittelverzeichnisses sowie des MPG.
4. Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der medizinisch notwendigen Versorgungsdauer. Kosten für den Verlust eines Hilfsmittels gehen zu Lasten des Versicherten, wenn dieser den Verlust zu verantworten hat. Ist dabei eine Ersatzlieferung notwendig, gehen auch diese Kosten zu Lasten des Versicherten. Ansprüche gegenüber der Krankenkasse bestehen in diesen Fällen nicht.
5. Die Um- bzw. Aufrüstung, die Ersatzbeschaffung und die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind während der Vertragsdauer kostenfrei sicher zu stellen. Das gilt nicht bei Verlust des Hilfsmittels oder bei Schäden an dem Hilfsmittel, deren Ursache in der Sphäre des Versicherten liegt. Hier gelten die gesetzlichen Regelungen. Es wird klargestellt, dass Mängel und Schäden an dem Hilfsmittel, die auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch, der üblichen Abnutzung oder dem nutzungsbedingten Verschleiß durch den Versicherten zurück zu führen sind, mit der vergüteten Versorgungspauschale abgegolten sind. Wird das Pauschalhilfsmittel während des vereinbarten Versorgungszeitraumes durch den Versicherten ohne ärztliche Bestätigung vorzeitig zurückgegeben und ist für das gleiche Krankheitsbild eine erneute Versorgung während dieses Zeitraumes erforderlich, ist der Leistungserbringer verpflichtet dieses kostenfrei wieder bereitzustellen. Eine Änderung der medizinischen Indikation oder des Versorgungsbildes begründet keinen Anspruch auf einen kostenlosen Austausch. Eventuell notwendige Zu-

rüstungen und Standardzubehör sind bei Bedarf mit der Versorgungspauschale abgedeckt, sofern diese in den jeweiligen Anlagen aufgeführt sind.

6. Der Leistungserbringer klärt den Versicherten über die Eigentumsverhältnisse und die daraus resultierenden Rechte und Pflichten auf und lässt sich den Empfang des gebrauchs- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich bestätigen.
7. Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach diesem Vertrag im Rahmen von Versorgungspauschalen abgegebenen Hilfsmittel. Es dürfen dabei nur Hilfsmittel abgegeben werden, über die der Leistungserbringer verfügen darf oder die Eigentum des Leistungserbringers sind. Sollte durch die Mehrkostenregelung nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V der Leistungserbringer nicht Eigentümer der Hilfsmittel sein, wird die vereinbarte Versorgungspauschale, solange Versorgungsnotwendigkeit besteht, trotzdem vergütet.
8. Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des von der Krankenkasse vergüteten Pauschalzeitraumes sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe bzw. –veräußerung. Wird die Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer durch einen anderen Betrieb sichergestellt, hat der Lieferant hierzu mit diesem einen schriftlichen Vertrag zu schließen und unaufgefordert der AOK vorzulegen. Der Betrieb muss Vertragspartner der AOK Bayern sein.
9. Sofern eine notwendige Reparatur eines Hilfsmittels nicht zeitnah durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer einen adäquaten Ersatz für die Dauer der Reparatur unentgeltlich zur Verfügung.
10. Kann der Leistungserbringer aufgrund eines Umzuges des Versicherten die Versorgung nicht sicherstellen, oder endet die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse durch Kassenwechsel, oder der Versicherte wird umversorgt, ist die bereits bezahlte Versorgungspauschale für die Produktart 14.24.06.0 und 14.24.06.4 anteilig zurück zu erstatten (1/12 je voller Monat Restlaufzeit).
11. Es ist unzulässig ein Hilfsmittel, das Eigentum eines anderen Leistungserbringers ist, zurückzuholen und dieses wieder auszuliefern.
12. Die von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel, für die eine Versorgungspauschale vergütet wird, (MIP-pflichtige Hilfsmittel) werden teilweise über das Lagerverwaltungsprogramm MIP-Orthopädie abgewickelt (näheres s. Anlagen 2.10 bis 2.16). Das Verfahren ist in der Anlage 3 festgelegt.
13. Der Leistungserbringer erhält – wenn er die Versorgungspauschalen gemäß den Anlagen 2.10 bis 2.16 im MIP erfasst - eine Mitteilung von der Krankenkasse, sofern diese Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit erlangt. Die Rückholung des Hilfsmittels ist unverzüglich vorzunehmen. Der Leistungserbringer verständigt die Krankenkasse schriftlich, wenn der Versicherte das Hilfsmittel vorzeitig zurückgibt.

Anlage 2.10 Vergütung für netzgebundene Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.06.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.24.06.0*	• **Sauerstoffkonzentratoren, stationär, netzabhängig**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für 1 Jahr s. Anlage 2 Erfassung im MIP: Optional	08	228,80	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für 1 Jahr s. Anlage 2 Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Folgepauschalen sind zuzahlungsfrei Erfassung im MIP: Optional	09	145,60	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.11 Vergütung für Druckgasfülleinheiten (Produktuntergruppe 14.24.04.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.24.04.2*	• **Druckgasfülleinheiten mit integrierter Sauerstoffquelle**				
14.24.04.3*	• **Kombinierte Sauerstoffkonzentratoren und Druckgasfülleinheiten**				
14.24.04.7*	• **Kombinierte Sauerstoffkonzentratoren und Druckgasfülleinheiten einschließlich Sauer-stoffsparsystem mit Überwachungseinrichtung**				
14.24.04.8*	• **Kombinierte Sauerstoffkonzentratoren und Druckgasfülleinheiten einschließlich Sauer-stoffsparsystem ohne Überwachungseinrichtung**				
14.24.04.9*	• **Druckgasfülleinheiten mit externer Sauerstoffquelle**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für einen Monat s. Anlage 2 inklusive Konzentrator und zwei Druckgasflaschen (jeweils mit Demandventil (Sauer-stoff-Sparsystem), Größe abhängig vom Bedarf) Erfassung im MIP: Nein	08	166,40	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für einen Monat s. Anlage 2 inklusive Konzentrator und zwei Druckgasflaschen (jeweils mit Demandventil (Sauer-stoff-Sparsystem), Größe abhängig vom Bedarf) Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Folgepauschalen sind zuzahlungsfrei Erfassung im MIP: Nein	09	166,40	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.12 Vergütung für netzunabhängige, mobile Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.06.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kennzeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmigungspflicht
14.24.06.1* 14.24.06.2* 14.24.06.3* 14.24.06.4* 14.24.06.5*	• **Tragbare Sauerstoffkonzentratoren mit Demandflow** • **Tragbare Sauerstoffkonzentratoren mit Demandflow und kontinuierlichem Flow** • **Mobile Sauerstoffkonzentratoren mit Demandflow** • **Mobile Sauerstoffkonzentratoren mit Demandflow und kontinuierlichem Flow** • **tragbare/mobile Sauerstoffkonzentratoren bis 5 kg**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für einen Monat s. Anlage 2 Erfassung im MIP: Nein	08	145,60	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für einen Monat s. Anlage 2 Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Folgepauschalen sind zuzahlungsfrei Erfassung im MIP: Nein	09	145,60	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.13 Vergütung für Druckminderer für Druckgasflaschen (Produktuntergruppe 14.24.05.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.24.05.0* 14.24.05.3*	• **Druckminderer für Druckgasflaschen mit festem Flow** • **Druckminderer für Druckgasflaschen mit einstellbarem Flow**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für 5 Jahre s. Anlage 2 Erfassung im MIP: Optional	08	131,25	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für 5 Jahre s. Anlage 2 Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Folgepauschalen sind zuzahlungsfrei Erfassung im MIP: Optional	09	131,25	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.14 Vergütung für Sauerstoffsparsysteme für Druckgasflaschen (Produktuntergruppe 14.24.05.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.24.05.4* 14.24.05.5* 14.24.05.7* 14.24.05.8*	• **Sauerstoffsparsysteme mit Überwachungseinrichtung** • **Sauerstoffsparsysteme ohne Überwachungseinrichtung** • **Sauerstoffsparsystem mit integriertem Druckminderer für Druckgasflaschen mit Überwachungseinrichtung** • **Sauerstoffsparsysteme mit integriertem Druckminderer für Druckgasflaschen ohne Überwachungseinrichtung**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für 5 Jahre s. Anlage 2 Erfassung im MIP: Optional	08	441,00	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für 5 Jahre s. Anlage 2 Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Folgepauschalen sind zuzahlungsfrei Erfassung im MIP: Optional	09	441,00	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.15 Vergütung für Verbrauchsmaterial für netzabhängige Sauerstoffkonzentratoren (Produktuntergruppe 14.24.05.)
Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.00.99.9996	**Verbrauchsmaterial zur Nutzung netzabhängiger Sauerstoffkonzentratoren (14.24.06.0 und-14.24.06.4)** nicht zusammen mit 14.24.04.2-3 und 14.24.04.7-9 abrechenbar				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale für 6 Monate s. Anlage 2 zuzahlungspflichtig bei der Abrechnung der Pauschalen bedarf es immer einer ärztlichen Verordnung Erfassung im MIP: Nein	08	41,60	1	
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale für 6 Monate s. Anlage 2 zuzahlungspflichtig bei der Abrechnung der Pauschalen bedarf es immer einer ärztlichen Verordnung Erfassung im MIP: Nein	09	41,60	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2.16 Vergütung für Sauerstoff-Druckgasflaschenfüllung (Produktuntergruppe 14.99.99.) - Versorgungsbereich 14F15

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Positionsnummer *	Bezeichnung	Verw.-Kenn-zeichen	Preis in EUR netto	MwSt.	Genehmi-gungspflicht
14.99.99.1000 - 1008	**Sauerstoff-Druckgasflaschenfüllung**				
	Pauschale für die Erstversorgung Versorgungspauschale pro Flaschenfüllung s. Anlage 2 und Anlage 8 Erfassung im MIP: Nein	08	30,45	1	X
	Pauschale für die Folgeversorgung Versorgungspauschale pro Flaschenfüllung s. Anlage 2 und Anlage 8 Bei der Abrechnung von Folgepauschalen bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Ausnahme: Clusterkopfschmerzversorgungen sind immer genehmigungspflichtig und es ist immer eine Verordnung notwendig Erfassung im MIP: Nein	09	30,45	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten
(mit Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V)

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Angaben zum Leistungserbringer

Firma: _____

IK: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Vorname:_____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Durch ärztliche Verordnung vom _____ wurde mir das/die nachfolgend bezeichnete/n Hilfsmittel verordnet:

_____

Ich bestätige hiermit, dass mich mein gewählter Leistungserbringer vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 5 SGB V, umfassend beraten hat.

Die Beratung zeigte mir auf, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen (z. Bsp.: notwendige Anpassungen, Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels) in meiner konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung meiner individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Ich wurde hierbei über das vorhandene Angebotsspektrum der in Betracht kommenden Produkte / Hilfsmittel informiert, die als Sachleistung ohne Mehrkosten für mich beansprucht werden können.

Im Ergebnis der Beratung habe ich mich bewusst für eine Versorgungsvariante entschieden, welche mit von mir zu tragenden Mehrkosten und gegebenenfalls höheren Folgekosten (z.B. bei Reparaturen und Wartungen) verbunden ist.

Die Mehrkosten betragen: _____EUR.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Anlage 4 Werbung

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung auf bestimmte Produkte.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, da die Kosten von seiner Krankenkasse übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenkasse. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenkasse wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Anzeigen in Print- oder elektronischen Medien, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenkasse durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der gezielte Hinweis an Versicherte auf vorgeschriebene sicherheits- und messtechnische Kontrollen sowie vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gelten nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 5 Beitrittserklärung

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15/02503)

_____
(Name des Leistungserbringers)

_____
(Straße)

_____
(Postleitzahl und Ort)

_____
(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir ab _____ meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der [redacted] zum 01.10.2022 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung (Produktgruppe 14 – Versorgungsbereich 14F15).

Mit dem Beitritt kommt ein eigenständiges Vertragsverhältnis zustande. Der Vertragsbeitritt wird erst mit Zugang der Beitrittserklärung sowie einer gültigen Präqualifizierung und der Nachweise gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse für die Zukunft wirksam. Geht der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse die Beitrittserklärung vor dem in § 15 Abs. 1 genannten Zeitpunkt des Inkrafttretens zu, beginnt der Vertrag erst zu diesem Zeitpunkt.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir lasse/n den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich/uns gelten. Als Vertragspartner erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 13 Abs. 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift
des/der Zeichnungsberechtigten

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.

Anlage 6 Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Allgemeines

Gemäß diesem Vertrag ist das MIP-Lagerverwaltungssystem „MIP-Orthopädie“ der Firma

medicomp GmbH, Hoheloogstraße 14, 67065 Ludwigshafen

Telefon 0621 / 671782 – 79
Telefax 0621 / 671782 - 95
E-Mail Info@mip-ot.de

von den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern für die Verwaltung (u.a. Auslieferung von Versorgungspauschalen) der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel zu verwenden. Hierzu schließt der Leistungserbringer eine Nutzervereinbarung mit der Firma medicomp GmbH.

Eine Zugangsberechtigung zu diesem System wird dem Leistungserbringer von der Firma medicomp GmbH nach Bestätigung durch die AOK Bayern erteilt, sobald er den Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung in der jeweils gültigen Fassung wirksam geschlossen hat und die Nutzungsvereinbarung mit dem Systembetreiber geschlossen ist. Die Freischaltung der Produktgruppen des jeweiligen Vertrages erfolgt entsprechend der durch die AOK ausgestellten Versorgungsberechtigung.

Damit ein effizienter Umgang mit dem System gewährleistet ist, bietet die Firma medicomp GmbH Schulungen an. Die Kosten für die Schulungen und die Nutzung des Systems trägt der Leistungserbringer.

Das MIP-Lagerverwaltungsprogramm dient der Erfassung und Verwaltung von AOK-eigenen Hilfsmitteln und Versorgungspauschalen durch die AOK-Mitarbeiter und den angeschlossenen Leistungserbringern. Das MIP-Lagerverwaltungsprogramm unterstützt unter anderem folgende Prozesse:

- Kostenregistrierung
- Rückholauftrag

Hierfür erhält jedes Hilfsmittel eine Identifikationsnummer. Zu allen gespeicherten Vorgängen werden zudem sämtliche anfallenden Kosten erfasst.

Die MIP-Lagerverwaltung ist ein „lebendes“ Programm und wird durch die Krankenkasse laufend an die vertraglichen sowie markt- und produktspezifischen Gegebenheiten angepasst.

Für die Veranschlagung, Abgabe und Abrechnung von Versorgungspauschalen ist die Teilnahme am Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie zwingend erforderlich.

Das Verfahren und die Handhabung des Systems sind in dieser Anlage beschrieben. Die Nutzerordnung mit Verfahrensbeschreibung ist Bestandteil dieses Vertrages.

Um eine hohe Qualität in der Datenerfassung zu gewährleisten und dadurch die Hilfsmittelverwaltung optimal durchführen zu können, ist das System von den Leistungserbringern mit der gebotenen Sorgfalt zu nutzen. Unter die Sorgfaltspflicht fällt vor allem die korrekte Erfassung der Hilfsmittel und der vom System geforderten hilfsmittelspezifischen Parameter, die Meldung zur Berichtigung von falschen Datensätzen, die umgehende Ergänzung von Daten und Parametern bei System- / Produktgruppenanpassungen.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, haben sich die Leistungserbringer bei Unstimmigkeiten untereinander zu verständigen. Sollten diese nicht ausgeräumt werden können, ist die MIP-Administration der AOK Bayern zu verständigen. Bei grundsätzlichen Problemen in der EDV-Bedienung ist mit dem Systembetreiber, Fa. medicomp GmbH, Kontakt aufzunehmen.

Die Datenschutzvorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes sowie des § 8 des Vertrages gelten entsprechend.

Nutzerordnung mit Verfahrensbeschreibung

Für die Nutzung des Lagerverwaltungssystems der AOK-Bayern und zur Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufes gelten die nachfolgenden Bestimmungen:

1. Umgang mit dem MIP-System

1.1. Der Leistungserbringer hat seine Stammdaten (Name, Anschrift, Institutionskennzeichen, Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse) im MIP-System zu pflegen und zu aktualisieren. Eine abweichende Lageranschrift ist vom Leistungserbringer ebenfalls zu hinterlegen.

1.2. Das MIP-System der AOK Bayern ist einzig zur Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln zu nutzen. Der Leistungserbringer weist seine Mitarbeiter zum sorgsamen und korrekten Umgang mit dem System an. Dazu gehört insbesondere die korrekte Erfassung der Hilfsmittel und der vom System geforderten hilfsmittelspezifischen Parameter, die Meldung zur Berichtigung von falschen Datensätzen / Daten von Hilfsmitteln, die umgehende Ergänzung von Daten und Parametern bei System- / Produktgruppenanpassungen sowie die Einhaltung der entsprechenden Fristen u. a. Buchung von hilfsmittelspezifischen Vorgängen zur Kostenerfassung und Rückholaufträgen.

1.3. Die Krankenkasse behält sich vor, Änderungen im Verfahren und Systemanpassungen vorzunehmen, soweit dies für die Leistungserbringer keine unzumutbare Beeinträchtigung im Vergleich zur jetzt bestehenden Regelung darstellt.

1.4. Durch die Krankenkasse und die Firma medicomp GmbH werden bei Bedarf Textnachrichten für die MIP-Nutzer in das System eingestellt. Diese Textnachrichten enthalten wichtige Hinweise zur Systemnutzung, zu Systemänderungen und sonstige wichtige Informationen. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass sämtliche über das System eingestellten Textnachrichten unverzüglich gelesen und der Geschäftsleitung zur Kenntnis gebracht werden.

1.5. Der Leistungserbringer nutzt das Lagerverwaltungssystem ausschließlich zur Erfassung von tatsächlich vorliegenden Aufträgen oder seinen Betrieb betreffende Statistiken. Es ist unzulässig, das System für andere Zwecke zu nutzen. Die Zugangsdaten des Leistungserbringers zum Lagerverwaltungssystem unterliegen der Geheimhaltung und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

1.6. Der Leistungserbringer stellt bei Abwesenheit oder Verhinderung (z. B. Urlaub oder Krankheit) die tagesaktuelle Bearbeitung der MIP-Lagerverwaltung sicher, insbesondere wegen Rückholaufträgen.

1.7. Änderungen von gespeicherten Grunddaten der Hilfsmittel sowie Kostenerfassungsdaten im System sind nur durch die Krankenkasse möglich. Hierzu verwendet der Leistungserbringer ausschließlich das im System eingestellte „Formular für Datenänderungen AOK Bayern“ und teilt die entsprechenden Daten mit. Übersandte Datenänderungen werden in der Regel innerhalb von 48 Stunden bearbeitet. Eine Rückmeldung an den Leistungserbringer erfolgt deshalb nicht.

1.8. Es ist dem Leistungserbringer untersagt, mit Versichertennummern von Versicherten, für die kein Antrag für eine Hilfsmittelversorgung oder ein entsprechender Auftrag vorliegt, im MIP-System sonstige Buchungen durchzuführen. Verstöße hiergegen sind schwerwiegend im Sinne des § 9 des Vertrages.

1.9. Alle Belege aus dem MIP-System sind über den Druckbutton oder über die PDF-Funktion auszudrucken. Dies gilt insbesondere für die als Urbelege zur Abrechnung notwendigen Ausdrucke.

2. Datenerfassung

2.1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Daten vollständig - inkl. der Kosten, sofern diese nicht im System hinterlegt sind, - zu erfassen. Zur Abrechnung der Versorgungspauschalen benötigt der Leistungserbringer einen Kostenerfassungsbeleg. Der Kostenerfassungsbeleg ist nach entsprechender Datenerfassung im MIP-System auszudrucken. Der Ausdruck muss über den Druckbutton erfolgen, da sonst der Beleg unvollständig erzeugt wird und damit keine Abrechnung möglich ist.

2.2. Sämtliche Beträge sind netto (exkl. Mehrwertsteuer) zu erfassen. Die von den Versicherten zu leistenden gesetzlichen Zuzahlungen sind nicht von den Rechnungsbeträgen abzuziehen.

2.3. Der Leistungserbringer erfasst im MIP-System auf Grund der Datenschutzbestimmungen als Versichertendaten nur die 9-stellige oder die neue 10-stellige Krankenversicherungsnummer. Andere Daten dürfen nicht erfasst werden.

2.4. Bei der Buchung einer Versorgungspauschale erfasst der Leistungserbringer sämtliche vom System geforderten Daten. Werden im MIP-System Anpassungen vorgenommen, sind bei allen kostenverursachenden Vorgängen fehlende Daten nachzutragen. Stellt der den Vorgang erfassende Leistungserbringer fest, dass die bisher im System gebuchten Daten nicht korrekt sind, verständigt er unverzüglich die MIP-Administration mit dem im System eingestellten „Formular für Datenänderungen AOK Bayern“. Entstehen durch schuldhaft nicht korrekte Erfassungen Aufwendungen für die Krankenkasse, ist der erfassende Leistungserbringer für diese ersatzpflichtig.

2.5. Es sind immer die produkt- und herstellerspezifischen Daten mit den vom System geforderten Parametern zu erfassen.

2.6. Alle Vorgänge sind - soweit vorgesehen nach der Genehmigung durch die Krankenkasse -, spätestens 21 Tage nach der Auslieferung des Hilfsmittels bzw. Ausführung einer Maßnahme zu erfassen. Erfolgt die Erfassung außerhalb der Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, für jede nicht fristgerechte Erfassung 20 EUR vom Rechnungsbetrag abzuziehen.

2.7. Die im Vertrag vereinbarten Preise werden - soweit technisch möglich - sukzessive im MIP-System abgebildet und zur Auswahl angezeigt.

2.8. Es sind nur Krankenversicherungsnummern von Versicherten der AOK Bayern zu erfassen. Auf Grund der eingegebenen Krankenversicherungsnummern werden im MIP-System automatisch Versichertendaten abgebildet und berechtigten Nutzern angezeigt.

3. Rückholung

3.1. Wird der Leistungserbringer vom Versicherten (Angehörigen / Betreuer) oder von der Krankenkasse informiert, dass die Verwendungsgründe weggefallen sind, ist - soweit noch nicht geschehen - ein Rückholauftrag unter Angabe des Rückholgrundes zu erfassen. Da hier keine Hilfsmittel, sondern Pauschalen verwaltet werden, ist der Rückholauftrag die finale Buchung.

4. Interimsnummern der AOK Bayern

4.1. Gemäß des Vertrages sind grundsätzlich nur im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hilfsmittel anzubieten und abrechnungsfähig. Interimsnummern wurden für Hilfsmittel vergeben, die vor der Einführung des MIP-Systems von der Krankenkasse angeschafft wurden und keine Hilfsmittelnummer haben. Eine weitere Vergabe von Interimsnummern kommt nur noch für Produkte aus Produktarten in Betracht, in denen im Hilfsmittelverzeichnis keine Einzelproduktauflistung besteht bzw. für Produkte, die gegenüber den Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses alternativlos sind. Die von der Krankenkasse vergebenen Interimsnummern werden im MIP-System im Modul der AOK Bayern in das dortige Hilfsmittelverzeichnis eingestellt und können dort jederzeit abgerufen werden.

4.2. In Produktarten ohne Einzelproduktauflistung oder alternativlosen Hilfsmitteln ist nach der Genehmigung des Hilfsmittels eine Interimsnummer ausschließlich über das im MIP-System hinterlegte Formular „Interimsnummerantrag“ zu beantragen. Im Antrag ist die Produktart anzugeben, in die nach fachlicher Beurteilung durch den Vertragspartner das beantragte Produkt zuzuordnen ist.

4.3. Von anderen Kostenträgern (auch AOK) erteilte Interimsnummern gelten nicht für die AOK Bayern.

4.4. Die Vergabe von Interimsnummern ist eine Einzelfallentscheidung und hat keine präjudizierende Wirkung für andere Versorgungsfälle.

5. Ausschluss aus dem System

5.1. Wird ein Leistungserbringer aus dem MIP-System ausgeschlossen, kann er ab dem Tag des Ausschlusses keine als MIP-erfassungspflichtig in diesem Vertrag gekennzeichneten Hilfsmittel abrechnen. Ausgenommen hiervon sind bis zum Tag des Ausschlusses von der Krankenkasse genehmigte Versorgungen.

5.2. Die medicomp GmbH kann den Leistungserbringer unter anderem bei Zahlungsverzug der Nutzungsgebühr, Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen oder Weitergabe von Zugangsdaten von der Teilnahme am MIP-System ausschließen.

5.3. Die Krankenkasse kann den Vertragspartner insbesondere bei Wegfall der Versorgungsberechtigung, Vertragsmaßnahmen, Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen oder Weitergabe von Zugangsdaten von der Teilnahme am MIP-System ausschließen.

5.4. Unabhängig davon haftet der Leistungserbringer für entstandene Schäden. Für die Kündigung der Nutzungsvereinbarung mit der medicomp GmbH ist der Leistungserbringer verantwortlich.

Anlage 7 Blutgasanalyse (BGA)

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Name: _____ Vorname: _____

Versicherten Nummer: _____ Geburtsdatum: _____

Diagnosen: _____

Bisherige medikamentöse Therapie: _____

_____

Die BGA wird zur Beurteilung der Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie benötigt. Bei dem/der genannten Patienten/Patientin liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Eine oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- ☐ Die Diagnose „Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD J96.1) liegt bereits gesichert vor.

  oder
- ☐ Ruhe PaO2 ≤ 55 mmHg (7,3 kPa)
- ☐ Ruhe PaO2 zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl)
- ☐ Abfall des PaO2 auf weniger als 55 mmHg bei körperlicher Belastung, welche den Aktivitäten des täglichen Lebens entspricht
- ☐ Hypoxämie während des Schlafes
- ☐ Sonstiges:_____

	ohne Belastung			unter Belastung	
	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
	ohne O^2	ohne O^2	mit O^2___L/M	ohne O^2	mit O^2___L/M
PaO^2	n	n	n	n	n
$PaCO^2$	n	n	n	n	n
SpO^2					
pH					

Der Patient wurde auf Demandfähigkeit (Sparsystem) getestet ☐ Ja ☐ Nein

falls nein, warum erfolgte keine Testung?_____

Der Patient ist demandfähig

☐ Ja ☐ Nein, weil_____

Therapiewerte für den Patienten

Innerhalb der Häuslichkeit	O^2_____l/min Belastung	O^2____l/min Ruhe	O^2____Std./Tag
Außerhalb der Häuslichkeit	O^2_____l/min Belastung		O^2____Std./Tag

Steht die Primärerkrankung im Zusammenhang mit einer Berufserkrankung oder einem KB/BVG-Leiden?

☐ Ja ☐ Nein

Die Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie empfiehlt für Patienten im stabilen Zustand eine 3-monatige Kontrolle durch den behandelnden Pneumologen. Zur Sicherstellung des Therapieerfolges bitten wir Sie unseren Versicherten darauf hinzuweisen.

_____ _____

Datum Stempel/Unterschrift (Arzt)

Anlage 8 Kriterien zur Auswahl der geeigneten Sauerstoffversorgung

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Sauerstofflangzeittherapie ist eine Blutgasanalyse erforderlich. Der Lieferant sollte zur Verkürzung der Bearbeitungszeit darauf hinwirken, dass der verordnende Arzt die Werte der Blutgasanalyse bei der Verordnung (Mindestkriterien in der Anlage 7) angibt.

Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung zu tragen, gelten grundsätzlich die nachfolgend genannten Regeln:

- Immobile Versicherte können grundsätzlich maximal eine Flaschenfüllung (10-Liter-Flaschen) im Monat erhalten. Dies entspricht einer täglichen Nutzung von ca. einer halben Stunde. Bei einem höheren Sauerstoffbedarf erfolgt eine Umversorgung auf einen Sauerstoffkonzentrator. Ausgenommen hiervon ist die Flaschenversorgung zur Akutbehandlung bei Cluster-Kopfschmerzen. Hier können bis zu 4 Flaschen auf einmal geliefert werden. Eine ärztliche Verordnung ist erforderlich.

- Die Standardversorgung für immobile Versicherte ist der Sauerstoffkonzentrator.

- Versicherte mit mobilen / tragbaren Sauerstoffgeräten können grundsätzlich maximal drei Flaschenfüllungen (bis 2-Liter-Flaschen) im Monat erhalten. Alternativ kann eine Druckgasfülleinheit mit Sauerstoffkonzentrator (incl. zwei Flaschen) oder ein tragbarer Sauerstoffkonzentrator beantragt werden.

- Bei einem Sauerstoffbedarf, der mit einem tragbaren Konzentrator oder mit einer Druckgasfülleinheit nicht mehr sichergestellt werden kann, erfolgt die Versorgung mit Flüssigsauerstoff.

- Entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot teilt der Leistungserbringer von sich aus der AOK Bayern mit, wenn die Voraussetzungen für die Flaschenversorgung (z. B. höherer Bedarf) oder die Versorgung mit einem tragbaren Sauerstoffkonzentrator (z. B. eingetretene Immobilität) nicht mehr gegeben sind und bietet ggf. eine Umversorgung an. Sofern der Lieferant keine Alternativversorgung anbieten kann, ist die AOK Bayern zu verständigen.

- Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten aktiv zu den für diese geeigneten und wirtschaftlichen Versorgungsformen zu beraten.