

**AC/TK: 15 01 E14 (Sanitätshäuser)**  
**AC/TK: 19 01 E14 (Sonstige Vertragspartner)**

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V  
über die Versorgung der Versicherten  
der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln  
zur Beatmungstherapie der Produktgruppe 14**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg  
Presselstr. 19  
70191 Stuttgart**

- im Folgenden „AOK Baden-Württemberg“ genannt -

und der

**Musterfirma  
Straße  
PLZ Ort**

- im Folgenden „Vertragspartner“ genannt -

- beide im Folgenden „Vertragsparteien“ genannt -

## Inhaltsverzeichnis

<b>§ 1 Gegenstand des Vertrages</b> .....	<b>3</b>
<b>§ 2 Geltungsbereich des Vertrages</b> .....	<b>3</b>
<b>§ 3 Leistungsvoraussetzungen</b> .....	<b>4</b>
<b>§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung</b> .....	<b>5</b>
<b>§ 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)</b> .....	<b>6</b>
<b>§ 6 Ärztliche Verordnung</b> .....	<b>6</b>
<b>§ 7 Genehmigung</b> .....	<b>8</b>
<b>§ 8 Art und Umfang der Versorgung</b> .....	<b>8</b>
<b>§ 9 Regelung besonderer Versorgungssituationen</b> .....	<b>12</b>
<b>§ 10 Vergütung</b> .....	<b>13</b>
<b>§ 11 Zuzahlung</b> .....	<b>14</b>
<b>§ 12 Abrechnung</b> .....	<b>14</b>
<b>§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz</b> .....	<b>17</b>
<b>§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 15 Zusammenarbeit mit Dritten</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 16 Datenschutz / Schweigepflicht</b> .....	<b>19</b>
<b>§ 17 Qualitätssicherung</b> .....	<b>20</b>
<b>§ 18 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen</b> .....	<b>21</b>
<b>§ 19 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung</b> .....	<b>22</b>
<b>§ 20 Schlussbestimmungen</b> .....	<b>22</b>

## § 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages gemäß § 127 Abs. 1 SGB V ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie aller durch die AOK Baden-Württemberg betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) nach § 33 i. V. m. § 127 Abs. 1 SGB V mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln zur nichtinvasiven und invasiven Beatmungstherapie einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie alle damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen auf der Basis von Versorgungspauschalen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil dieses Vertrages:
  - Anlage 1 Preisvereinbarung
  - Anlage 2 Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels
  - Anlage 3 Erklärung zur Weiterversorgung bei nichtinvasiver Beatmung
  - Anlage 4 Beendigungsanzeige
  - Anlage 5 Mehrkostenerklärung des Versicherten
- (3) Die Anlagen 2 bis 5 werden zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen den Vertragsparteien verwendet. Es können im Layout von den im Vertrag abgebildeten Anlagen 2 bis 5 abweichende Vorlagen vom Vertragspartner genutzt werden. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein; inhaltliche Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.

## § 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungsgen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Der Vertrag gilt nicht für laufende Versorgungsgen mit Eigentumsgeräten der AOK Baden-Württemberg im Kauf-/Wiedereinsatzverfahren. Im Rahmen dieser Versorgungsgen ist für sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie für Dienst- und Serviceleistungen ein Kostenvoranschlag nach § 127 Abs. 3 SGB V beim zuständigen Experten-Center Hilfsmittel (EC Hilfsmittel) der AOK Baden-Württemberg zur Genehmigung einzureichen.
- (3) Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag über das jeweils zuständige EC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg zu gleichen Bedingungen beizutreten. Das für sie zuständige EC Hilfsmittel richtet sich nach dem Sitz (Postleitzahl) des Leistungserbringers. Eine ausführliche Übersicht hierzu sowie die Vorlage zur Erklärung des Beitritts sind unter <https://www.aok.de/gp/vertragsbeitritt?region=baden-wuerttemberg> abrufbar.
- (4) Für etwaige Filialbetriebe der Leistungserbringer ist der Beitritt jeweils gesondert zu diesem Vertrag zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden; diese gelten nach diesem Vertrag als Vertragspartner.
- (5) Zwischen den Vertragsparteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten für nach Abs. 3 beigetretene Leistungserbringer nur, soweit die beigetretenen Leistungserbringer nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Abs. 6 Gebrauch gemacht haben.

- (6) Ein nach Abs. 3 beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 19 Abs. 2 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von vier Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen.

### **§ 3 Leistungsvoraussetzungen**

- (1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist, dass der Vertragspartner die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllt. Dabei sind die Anforderungen nach § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V i. V. m. den Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) in der jeweils gültigen Fassung für die gesamte Vertragslaufzeit einzuhalten.
- (2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 S. 2 SGB V ist vom Vertragspartner vor Vertragsbeginn mittels Präqualifizierungsurkunde gegenüber dem jeweils zuständigen EC Hilfsmittel nachzuweisen.
- (3) Der Vertragspartner ist nach Maßgabe dieses Vertrages nur zur Abgabe derjenigen Hilfsmittel berechtigt, für welche er die Eignung nach den vorgenannten Regelungen gegenüber der AOK Baden-Württemberg nachgewiesen hat und darf Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegennehmen.
- (4) Der Vertragspartner hat das Vorliegen der vorgenannten Anforderungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Änderungen, welche die Eignung des Vertragspartners – insbesondere im Hinblick auf die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 bis 3 – berühren, hat der Vertragspartner dem zuständigen EC Hilfsmittel unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Sofern der Vertragspartner die Leistungserbringung nach diesem Vertrag über mehrere Betriebsstätten sicherstellt, so gelten die vorgenannten Anforderungen für jede einzelne Betriebsstätte. Der Vertragspartner ist darüber hinaus verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg unverzüglich ein gesondertes Institutionskennzeichen (IK) für jede versorgende Betriebsstätte mitzuteilen.
- (6) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl examinierte Pflegefachkräfte, z. B. mit den Berufsabschlüssen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“, „Kinderkrankenpfleger/in“ oder Personen mit gleichwertiger Qualifikation sowie bei Bedarf Medizintechniker/in oder Personen mit gleichwertiger Qualifikation und einschlägiger Berufserfahrung ein.
- (7) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Einweisung und Versorgung der Versicherten und/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl fachlich qualifizierte Personen ein, die die Voraussetzungen nach § 83 MPDG (Medizinprodukteberater) erfüllen sowie über ausreichende Kenntnisse zur Beatmungstherapie verfügen.
- (8) Der Vertragspartner ist verpflichtet, sich und seine Beschäftigten durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildungen stets auf dem neusten Stand der Erkenntnisse des Arbeitsgebietes zu halten. Die an der direkten Versorgung beteiligten Beschäftigten sind mindestens zweimal jährlich medizintechnisch bzw. medizinisch-therapeutisch in Bezug auf die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel entsprechend den Herstellervorgaben fortzubilden. Der

Nachweis über die Schulungen ist vom Vertragspartner zu führen und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.

#### **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Der Vertragspartner gewährleistet die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V i. V. m. § 12 SGB V.
- (2) Der Vertragspartner hält die zur Versorgung medizinisch notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung der regelmäßig benötigten Ersatz- und Zubehörteile sowie von Verbrauchsmaterial.
- (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 Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach den gleichen Grundsätzen; eine Risikoselektion ist ausgeschlossen.
- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die jeweils aktuellen einschlägigen medizinprodukterechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, insbesondere die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR), das Gesetz zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte (MPDG) sowie das Arbeitssicherheitsgesetz und die Empfehlungen des GKV-SV zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.
- (5) Der Vertragspartner entscheidet, ob der Versicherte mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt wird. Bei der Versorgung mit wiederaufbereiteten Hilfsmitteln hat der Vertragspartner diese nach den geltenden technischen und hygienischen Vorschriften aufzuarbeiten. Hygienestandards - vor allem im Rahmen der Wiederaufbereitung und des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln - gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) und der Empfehlungen des SPECTARIS Fachverbandes Medizintechnik zur Hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie sicherzustellen.
- (6) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Versicherten ausschließlich mit solchen Hilfsmitteln zu versorgen, die den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V genannten Qualitätsstandards entsprechen. Beabsichtigt der Vertragspartner Hilfsmittel ohne Hilfsmittelpositionsnummer abzugeben, so zeigt er dies dem zuständigen EC Hilfsmittel vor der Versorgung an und weist dabei die Erfüllung der vorgenannten Qualitätsstandards in geeigneter Weise (z. B. Produktbeschreibung, Nachweis Qualitätsstandards) nach. Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, diese Nachweise zur Prüfung dem Medizinischen Dienst (MD) vorzulegen.
- (7) Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, genehmigungspflichtige Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation durch den MD prüfen zu lassen. Der Vertragspartner stellt dafür die seitens des MD für notwendig erachteten Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
- (8) Die AOK Baden-Württemberg ist berechtigt, die Qualität der Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form (u. a. durch Versichertenbefragung) zu überprüfen oder überprüfen zu lassen. Insbesondere kann sie für fachliche Prüfungen nach § 275 Abs. 3 SGB V den MD und/oder eigene Fachkräfte der AOK Baden-Württemberg beauftragen. Anfragen der AOK Baden-Württemberg und/oder der beauftragten Gutachter zu Versorgungsfällen bzw. zur

Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Vertragspartner zu beantworten.

### **§ 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

- (1) Für alle Versorgungen von Versicherten nach diesem Vertrag werden die aus den medizinproduktrechtlichen Pflichten eines Betreibers nach § 3 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 MPBetreibV resultierenden Aufgaben hiermit gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV auf den Vertragspartner übertragen, der das jeweilige Hilfsmittel bereitstellt.
- (2) Die aus den Pflichten der MPBetreibV resultierenden Aufgaben umfassen insbesondere
  - a. die Erfüllung der allgemeinen Anforderungen (§ 4 MPBetreibV) sowie die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende(r) Person(en) in den sachgerechten Gebrauch und Dokumentation nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
  - b. die Instandhaltung, dies sind Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen und Wartungen und die Instandsetzung, dies sind insbesondere Reparaturen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit nach § 7 MPBetreibV,
  - c. die Durchführung der Funktionsprüfung, Einweisung und Dokumentation nach § 10 MPBetreibV,
  - d. das Führen des Bestandsverzeichnisses nach § 13 MPBetreibV,
  - e. das Führen des Medizinproduktebuches nach § 12 MPBetreibV sowie dessen Aufbewahrung gemäß § 12 Abs. 3 MPBetreibV,
  - f. die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen für Medizinprodukte der Anlage 1 gemäß § 11 MPBetreibV.
- (3) Die AOK Baden-Württemberg ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V jederzeit berechtigt, die Erfüllung und Einhaltung der o. g. Aufgaben zu kontrollieren. Der Vertragspartner haftet nach Maßgabe der entsprechend anwendbaren Vorschriften des BGB für sämtliche von ihm verursachten Schäden und stellt die AOK Baden-Württemberg von allen diesbezüglichen Ansprüchen Dritter und Kosten frei.

### **§ 6 Ärztliche Verordnung**

- (1) Für die Versorgung ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (2) Für die Versorgung des jeweiligen Versicherten ist eine Verordnung (Muster 16) eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes erforderlich.
- (3) Neben den Verordnungen (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die AOK Baden-Württemberg auch Entlassverordnungen (Muster 16 mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“) von Ärzten aus zugelassenen stationären oder teilstationären Einrichtungen („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V oder § 40 Abs. 2 Satz 6 tätig sind, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird.

(4) Erstversorgungen/ Umversorgungen

- a. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der Erstversorgung/Umversorgung ist die Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung durch einen qualifizierten Facharzt, z. B. Pneumologe, HNO-Arzt, Kardiologe (mit Ausnahme der Zusatzpauschale Kinder invasiv).
- b. Für die Beatmungspauschalen nichtinvasiv und die Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv gilt die Verordnung für 12 Versorgungsmonate, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung.
- c. Für die Beatmungspauschalen invasiv und die Zusatzpauschalen invasiv gilt die Verordnung bis zum Ende des angegebenen Ordnungszeitraums; maximal für sechs Kalendermonate, längstens jedoch bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung.
- d. Auf der Verordnung müssen mindestens die Diagnose, Produktart oder die siebenstellige Hilfsmittelnummer sowie die Beatmungsart, die Beatmungsform, der Beatmungsmodus, die Beatmungsparameter und die Beatmungsdauer angegeben sein.

(5) Folgeversorgungen

- a. Für die Beatmungspauschalen nichtinvasiv ermittelt der Vertragspartner vor Beginn der Folgeversorgung rechtzeitig die Therapiestunden und dokumentiert diese in der Erklärung zur Weiterversorgung Anlage 3. Eine Weiterversorgung erfolgt, wenn der Versicherte das Hilfsmittel mindestens jährlich 1300 Stunden/monatlich 108 Stunden genutzt hat. Wurde die Nutzungsdauer nicht erreicht oder nicht erhoben, ist für die Weiterversorgung eine neue Verordnung oder eine Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung Anlage 3 vorzulegen. Für die Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv ist stets eine Verordnung notwendig.
  - b. Für die Beatmungspauschalen invasiv und Zusatzpauschalen invasiv (mit Ausnahme der Zusatzpauschale Kinder invasiv, Verbrauchsmaterial invasiv) sind die Anspruchsvoraussetzungen stets nach Auslaufen des angegebenen Ordnungszeitraums - spätestens nach 6 Kalendermonaten - durch eine neue Verordnung nachzuweisen. Die neue Verordnung gilt jeweils bis zum Ende des angegebenen Ordnungszeitraums; maximal jedoch für sechs Kalendermonate.
- (6) Für die Verordnung der Zusatzpauschalen (mit Ausnahme der Zusatzpauschale Verbrauchsmaterial invasiv und Kinder invasiv), ist unter Beachtung der Leitlinien zur „nichtinvasiven und invasiven Beatmung“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zusätzlich zur Diagnose stets die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Versorgung durch den Arzt zu begründen.
- (7) Die ärztliche Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- (8) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt selbst oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorgenommen werden und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (9) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsleistungen gemäß § 7 Abs. 1 gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK Baden-Württemberg eingeht.

- (10) 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.

## **§ 7 Genehmigung**

- (1) Die Versorgung bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg. Zur Genehmigung ist ein Kostenvoranschlag beim zuständigen EC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen. Dies gilt auch im Falle einer Umversorgung auf ein anderes Gerät, das gem. Anlage 1 höher oder niedriger vergütet wird.
- (2) Davon abweichend erklärt die AOK Baden-Württemberg für alle Erstversorgungen der Produktuntergruppe 14.24.10\*, der Produktart 14.24.15.8\* i. V. m. 14.24.15.1\* und für alle Folgeversorgungen die Genehmigungsfreiheit.
- (3) Die AOK Baden-Württemberg behält sich jedoch vor, die Genehmigungsfreiheit ganz oder teilweise mit einer Frist von vier Wochen zu widerrufen.
- (4) Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen.
- (5) Der Kostenvoranschlag ist vom Vertragspartner elektronisch und in der von der AOK Baden-Württemberg vorgesehenen Form zu übermitteln. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V ab 01.02.2023 verpflichtend. Weiterführende Informationen zum eKVA sowie die allgemeinen und fachlichen Liefervorgaben der AOK Baden-Württemberg sind im AOK Gesundheitspartner-Portal unter <https://www.aok.de/gp/> abrufbar.
- (6) Dem eKVA sind die für die Genehmigung erforderlichen Unterlagen u. a. die ärztliche Verordnung oder Entlassverordnung gemäß § 5 als Image beizufügen. Weiterführende Informationen zur Image-Anlieferung bei der AOK Baden-Württemberg sind im AOK Gesundheitspartner-Portal unter <https://www.aok.de/gp/> abrufbar.

## **§ 8 Art und Umfang der Versorgung**

- (1) Der Vertragspartner trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hält der Vertragspartner eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte vor. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von evtl. notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterial. Zum Umfang der Leistungserbringung gehören insbesondere die individuelle bedarfsgerechte Beratung zur aufzahlungsfreien Versorgung des Versicherten bzw. betreuende(r) Person(en), bei Bedarf beim Versicherten vor Ort.
- (2) Für die Produktauswahl gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPDG. Die Produktauswahl berücksichtigt die Indikation/Diagnose gemäß der Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen des Versicherten, das Produkt zu nutzen sowie das soziale Umfeld und technische Notwendigkeiten.
- (3) Die Leistungserbringung erfolgt in Form von Beatmungs- und Zusatzpauschalen. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln zur

Beatmungstherapie alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung und Einweisung in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels inklusive der kostenlosen Überlassung einer Bedienungsanleitung, Erprobung, Lieferung, Montage, Anpassung, 24-Stunden-Notdienst, Wartung, sicherheitstechnische Kontrollen (STK), Reparatur inklusive Ersatzteile, Bereitstellung einer geeigneten Ersatzversorgung, Abholung, hygienische Aufbereitung, Ersatzbeschaffung oder Umversorgung und Entsorgung der Geräte. Die Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende Person(en) und die Überlassung einer Gebrauchsanweisung sowie ggf. produkt-/ therapiebezogene Informationen in deutscher Sprache gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV, Sowie die Überwachung der jeweiligen Wartungsintervalle nach verbindlichen Herstellervorgaben bzw. gemäß den Anforderungen des MPDG und der MPBetreibV sowie die Durchführung und Dokumentation der Wartung.

(4) Beatmungspauschalen

- a. Die Beatmungspauschalen nichtinvasiv beinhalten in Ergänzung zu § 7 Abs. 1, sämtliche für die Versorgung medizinisch notwendige Leistungen gem. Anlage 1 des Vertrages. Der Erst- und Folgeversorgungszeitraum beträgt jeweils 12 Versorgungsmonate.
- b. Die Beatmungspauschalen invasiv beinhalten in Ergänzung zu § 7 Abs. 1, sämtliche für die Versorgung medizinisch notwendige Leistungen gemäß Anlage 1 des Vertrages. Der Erstversorgungszeitraum beträgt zwei Kalendermonate; der Folgeversorgungszeitraum einen Kalendermonat.

(5) Zusatzpauschalen

- a. Zusätzlich zu den Beatmungspauschalen nichtinvasiv gewährt die AOK Baden-Württemberg bei Nachweis der medizinischen Notwendigkeit die Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv. Diese beinhaltet in Ergänzung zu § 7 Abs. 1, sämtliche für die Versorgung medizinisch notwendige Leistungen gemäß Anlage 1 des Vertrages. Der Erst- und Folgeversorgungszeitraum beträgt jeweils 12 Versorgungsmonate.
  - b. Zusätzlich zu den Beatmungspauschalen invasiv gewährt die AOK Baden-Württemberg bei Nachweis der medizinischen Notwendigkeit die Zusatzpauschale Verbrauchsmaterial invasiv, die Zusatzpauschale Zweitgerät invasiv, die Zusatzpauschale aktive Befeuchtung invasiv sowie die Zusatzpauschale Mobilität invasiv. Für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres gewährt die AOK Baden-Württemberg zudem die Zusatzpauschale Kinder invasiv. Die Zusatzpauschalen invasiv beinhalten in Ergänzung zu § 7 Abs. 1, sämtliche für die Versorgung medizinisch notwendige Leistungen gemäß Anlage 1 des Vertrages. Der Erstversorgungszeitraum beträgt zwei Kalendermonate; der Folgeversorgungszeitraum einen Kalendermonat.
- (6) Der Vertragspartner ist verpflichtet, während des gesamten Versorgungszeitraums die Versicherten und/oder die Betreuungspersonen sowie sonstige Pflegekräfte umfassend zu beraten und in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen (bei Bedarf mehrfach). Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten, z. B. in der Häuslichkeit, durchzuführen. Bei Bedarf ist die Versorgungsqualität (in Abstimmung mit dem Versicherten) im Hausbesuch zu überprüfen. Die Beratungsleistungen sind zu dokumentieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.
- (7) Stellt der Vertragspartner die medizinische Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Zubehör und Verbrauchsmaterialien usw. hinsichtlich Art und/oder Umfang, z. B. auf Basis der Angaben der jeweiligen Hersteller oder der Empfehlungen des SPECTARIS Fachverbandes Medizintechnik zur Hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie,

in Frage, ist durch den Vertragspartner Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu nehmen.

- (8) Die Versorgung gemäß Anlage 1 des Vertrages ist unverzüglich auszuführen. Die erstmalige Versorgung (Erstversorgung) beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten, jedoch frühestens mit Verordnungsdatum. Sofern der Versicherte während eines stationären Aufenthaltes an das Hilfsmittel adaptiert wird, gilt das Datum der Entlassung als Beginn der Versorgung, jedoch frühestens das Verordnungsdatum. Die Folgeversorgung schließt an die Erstversorgung bzw. an die vorhergehende Folgeversorgung an.
- (9) Die Lieferung von Verbrauchsmaterial bei der invasiven Versorgung deckt grundsätzlich den Bedarf für einen Kalendermonat ab. Der Vertragspartner stellt sicher, dass das benötigte Verbrauchsmaterial rechtzeitig zur Verfügung steht. Auf Wunsch des Versicherten kann das Lieferintervall vom Monatsrhythmus höchstens im Rahmen eines dreimonatigen Turnus abweichen; davon unberührt bleiben die Abrechnungsregelungen und Regelungen über die gesetzlichen Zuzahlungen.
- (10) Den Lieferungen des Verbrauchsmaterials zur invasiven Versorgung ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel je Kalendermonat sowie zum Versorgungszeitraum enthält.
- (11) Der Vertragspartner hat sich den Empfang der gelieferten Hilfsmittel vom Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten schriftlich bestätigen zu lassen Anlage 2. Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung des Verbrauchsmaterials zur invasiven Versorgung gilt auch der Auslieferungsnachweis/Lieferschein des Versandunternehmens (Sendungsverfolgungsnummer), wenn dieser eindeutig dem Versicherten zuzuordnen ist. Der Vertragspartner stellt sicher, dass auf Anforderung der AOK Baden-Württemberg die Empfangsbestätigung und die Angabe des gelieferten Versorgungsumfanges und -zeitraumes vorgelegt werden können.
- (12) Sofern die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel in Verbindung mit, z. B. einem sauerstoffproduzierenden bzw. -abgebenden Hilfsmittel oder einer individuell gefertigten Maske benutzt werden, hat der Vertragspartner für den Anschluss dieses Hilfsmittels an die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel kostenfrei zu sorgen (z. B. Sauerstoffadapter, Sauerstoffventil).
- (13) Die Versorgung mit individuell gefertigten Masken ist nicht Bestandteil des Vertrages.
- (14) Wechselrichter zur Benutzung des Beatmungstherapiegerätes im Kraftfahrzeug sind keine Leistung der GKV und zählen demnach nicht zu den Inhalten der Versorgungspauschalen.
- (15) Erhält der Versicherte Leistungen nach dem Vertrag über die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten der AOK Baden-Württemberg, sind die folgenden Hilfsmittel im Rahmen der invasiven Beatmung bereits durch den vorgenannten Vertrag abgegolten. Dies betrifft insbesondere stationäre, mobile Absauggeräte oder Inhaliergeräte, (Ultraschall)-Vernebler und Befeuchter inkl. ggf. benötigtes Sterilwasser, Kanülen, auch in Sonder- und Maßanfertigungen, Zubehör für Kanülen (z. B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder etc.), Filter(-kassetten), Cuffdruckmesser, Trachealspreizer, Pflasterversorgung, Sprechhilfen, Shuntventile, Stomabutton, Absaugkatheter, künstliche Nasen, HME-Filter, Trachealkompressen, Mullkompressen, Kanülenreinigungsbürsten Pflege- und Reinigungsmittel sowie Handschuhe.

- (16) Der Vertragspartner entscheidet, ob der Versicherte mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt wird. Bei der Versorgung mit wiederaufbereiteten Hilfsmitteln hat der Vertragspartner diese nach geltenden technischen und hygienischen Vorschriften aufzubereiten.
- (17) Der Vertragspartner ist Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel und bleibt dies auch während der Versorgung. Er überlässt die Hilfsmittel dem Versicherten zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet für den gesamten Versorgungszeitraum eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.
- (18) Der Vertragspartner informiert den Versicherten/Angehörigen/Pflegeperson über die Eigentumsverhältnisse sowie die weiteren Modalitäten der Versorgung entsprechend Anlage 2 und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten unter Angabe des Datums zweifach schriftlich bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten. Darüber hinaus informiert der Vertragspartner den Versicherten ausdrücklich über seine Mitwirkungspflichten gemäß Anlage 2, um einen optimalen Versorgungsprozess für den Versicherten sicherzustellen.
- (19) Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr eine Service-Hotline sicher. Davon sind geltende gesetzliche Feiertage ausgenommen. Durch die Nutzung der Service-Hotline dürfen – im Vergleich zu normalen Orts- bzw. Ferngesprächen aus dem deutschen Festnetz – weder für den Anrufer noch für die AOK Baden-Württemberg Mehrkosten anfallen. Die Service-Hotline des Vertragspartners ist dem Versicherten bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich mitzuteilen. Der Vertragspartner teilt der AOK Baden-Württemberg die Service-Hotline auf Verlangen mit.
- (20) Der Vertragspartner gewährleistet an jedem Tag im Jahr einen medizintechnischen 24-Stunden-Notdienst. Der Notdienst wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten beziehungsweise sonstige Pflegekräfte und/oder die Betreuungsperson sofort tätig. Der Notdienst umfasst die ständige telefonische Erreichbarkeit (Notdienstnummer) sowie persönliche Verfügbarkeit von fachlich qualifiziertem Personal. Bei Problemen an den Hilfsmitteln muss sichergestellt werden, dass diese durch telefonische Anleitung oder bei Bedarf vor Ort umgehend behoben werden. Bei Gerätedefekten muss der Notdienst unverzüglich durchgeführt werden. Der 24-Stunden-Notdienst ist für die AOK Baden-Württemberg, den Versicherten und sonstige Dritte kostenfrei. Bei Bedarf stellt der Vertragspartner eine Vor-Ort-Reparatur oder die Bereitstellung einer geeigneten Ersatzversorgung sicher. Die Notdienstnummer ist dem Versicherten bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich mitzuteilen. Die Notdienstnummer ist der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen mitzuteilen.
- (21) Sofern für die Dauer einer notwendigen Reparatur, Wartung oder STK ein Ersatzgerät erforderlich ist, stellt der Vertragspartner dies dem Versicherten kostenlos zur Verfügung.
- (22) Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, können daraus ggf. entstehende Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Es ist nicht zulässig, die Erhebung von Mehrkosten davon abhängig zu machen, ob das von dem Versicherten gewünschte Produkt zum Standardportfolio des Vertragspartners gehört oder nicht. Über die Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels der Anlage 5. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Die Erklärung des Versicherten ist auf Verlangen der AOK Baden-Württemberg vorzulegen.

## **§ 9 Regelung besonderer Versorgungssituationen**

### (1) Übergangsversorgung

Für Versorgungsleistungen, die vor Inkrafttreten dieses Vertrages begonnen worden sind und auf Basis von § 127 Abs. 3 SGB V in pauschaler Vergütungsform durch die AOK Baden-Württemberg gewährt wurden, gilt dieser Vertrag erst nach Beendigung des jeweiligen von der AOK Baden-Württemberg dem bisherigen Vertragspartner vergüteten Versorgungszeitraumes (sogenannte Übergangsversorgung). Mit Ablauf des jeweils bereits von der AOK Baden-Württemberg vergüteten Versorgungszeitraumes richten sich diese Versorgungsleistungen als Folgeversorgungsleistungen nach diesem Vertrag. Gleiches gilt für Versorgungsleistungen bei Vertragspartnerwechsel und Krankenkassenwechsel zur AOK Baden-Württemberg.

### (2) Umversorgung

- a. Sollte im Rahmen der Versorgung beim Versicherten eine Änderung notwendig sein, so ist diese innerhalb von preislich gleich geregelten Produktuntergruppen bzw. Produktarten gemäß der Anlage 1 des Vertrages während der gesamten Versorgungszeit kostenfrei sicherzustellen.
- b. Bei Notwendigkeit einer Umstellung in der Versorgung auf ein anderes Gerät, das höher oder niedriger gemäß Anlage 1 vergütet wird, beginnt mit erteilter Genehmigung nach § 6 Abs. 1 ein neuer Versorgungszeitraum als Folgeversorgung.

### (3) Vertragspartnerwechsel

- a. Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes durch den bisherigen Vertragspartner grundsätzlich sicherzustellen. Der bisherige Vertragspartner informiert die AOK Baden-Württemberg mittels Anlage 4 über die Beendigung der Versorgung. Der neue Vertragspartner stellt sicher, dass Versorgungsleistungen von Versicherten bei Wechsel des Vertragspartners zum ersten Tag des nächsten Vergütungszeitraumes begonnen werden. Mit Einverständniserklärung des Versicherten können die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wechsels untereinander abstimmen.
- b. Wurde ein Versicherter im gleichen Zeitraum von verschiedenen Vertragspartnern versorgt, kann nur der bisher versorgende Vertragspartner die Pauschale beanspruchen; ein Vergütungsanspruch für den übernehmenden Versorger besteht nicht.

### (4) Beendigung der Versorgung

- a. Die Versorgung gilt als beendet, wenn der verordnende Arzt die Therapiefortführung verneint, die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht mehr vorliegen (z. B. Krankenkassenwechsel oder Tod des Versicherten) oder der Vertragspartner zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes gewechselt wird.
- b. Sofern die AOK Baden-Württemberg Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung eines Versicherten erlangt, erhält der Vertragspartner eine entsprechende Mitteilung. Im umgekehrten Fall obliegt es dem Vertragspartner, die AOK Baden-Württemberg umgehend über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung des Versicherten mittels der Beendigungsanzeige Anlage 4 zu informieren.
- c. Bei den vorgenannten Beendigungsgründen ist der Vertragspartner verpflichtet, innerhalb von sieben bis zehn Tagen die von ihm gelieferten Hilfsmittel beim Versicherten

abzuholen. Ist eine zeitnahe Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten aus Gründen, die der Vertragspartner nicht zu vertreten hat, nicht möglich, so ist der Vertragspartner verpflichtet, die Abholung des Hilfsmittels weiterhin zu bewirken.

(5) Klärung der Mitwirkung

Die Klärung zur Mitwirkung obliegt grundsätzlich dem Vertragspartner. Bei fehlender Mitwirkung des Versicherten, z. B. wenn der Versicherte nicht zu erreichen ist oder nicht auf die Abfrage der Therapiestunden bzw. Aufforderung zur Vorlage der Verordnung durch den Vertragspartner reagiert, setzt sich der Vertragspartner vor der endgültigen Beendigung der Versorgung mittels der Beendigungsanzeige Anlage 4 mit dem zuständigen EC Hilfsmittel zur Klärung in Verbindung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte rechtzeitig, mindestens zweimal zur Mitwirkung, d. h. zur Einholung der notwendigen Unterlagen durch den Vertragspartner aufgefordert wurde. Der Vertragspartner hat dies mittels der Anlage 3 zu dokumentieren und nachzuweisen. Das EC Hilfsmittel entscheidet über die weitere Fortführung der Therapie und teilt diese Entscheidung dem Vertragspartner umgehend mit.

## **§ 10 Vergütung**

- (1) Die Vergütung der Leistungen erfolgt für jeden anspruchsberechtigten Versicherten in Form einer Versorgungspauschale entsprechend dem jeweils definiertem Vergütungszeitraum gemäß Anlage 1.
- (2) Mit der Vergütung sind alle während des Vergütungszeitraumes anfallenden vertraglichen Leistungen und damit im Zusammenhang stehenden Kosten (Dienst- und Serviceleistungen, Versand-, Fahrkosten, usw.) vollumfänglich abgegolten.
- (3) Die Versorgungspauschalen sind Nettopreise und verstehen sich zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer.
- (4) Die jeweilige Versorgungspauschale kann pro Versorgungszeitraum nur einmal je Versicherten mit der AOK Baden-Württemberg abgerechnet werden; frühestens mit Beginn des jeweiligen Versorgungszeitraumes. Eine nochmalige Abrechnung der Versorgungspauschale während eines Versorgungszeitraumes (z. B. wegen Wohnortwechsel des Versicherten) ist nicht zulässig.
- (5) Die Zahlung der Beatmungs- und Zusatzpauschalen setzt voraus, dass der Versicherte mindestens einen Tag in dem jeweiligen vergüteten Versorgungszeitraum durch den Vertragspartner entsprechend diesem Vertrag versorgt wurde.
- (6) Wird die Beatmungstherapie innerhalb eines von der AOK Baden-Württemberg bereits vergüteten Versorgungszeitraumes abgebrochen, begründet die erneute Aufnahme der Therapie auf der Grundlage der bisherigen oder einer neuen vertragsärztlichen Verordnung keinen neuen Vergütungsanspruch. Die erneute Bereitstellung der Versorgung innerhalb des noch laufenden Versorgungszeitraumes einschließlich aller erforderlichen Sach-, Dienst- und Serviceleistungen ist bereits mit der vergüteten Versorgungspauschale abgegolten.
- (7) Bei Umversorgung auf ein anderes Gerät, das höher oder niedriger gemäß Anlage 1 vergütet wird, ist bei der nichtinvasiven Versorgung anteilig (je voller Kalendermonat) die bereits gezahlte Versorgungspauschale des noch nicht beendeten Versorgungszeitraumes mit der Folgeversorgungspauschale zu verrechnen. Erfolgt bei der invasiven Beatmung eine Änderung in der Versorgung innerhalb eines Kalendermonats, ist in diesem Fall die bereits

gezahlte Versorgungspauschale des noch nicht beendeten Versorgungszeitraumes mit der Folgeversorgungspauschale zu verrechnen.

- (8) Kann der Vertragspartner die Versorgung in zumutbarer Weise, z. B. wegen Krankenkassenwechsel, Betriebsaufgabe nicht mehr sicherstellen, ist jeder nicht in Anspruch genommene volle Kalendermonat der bereits gezahlten Versorgungspauschale wie folgt anteilig zurückzuerstatten: Beatmungspauschalen nichtinvasiv und Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv: 1/12; Beatmungspauschale invasiv und Zusatzpauschale invasiv: Erstversorgung 1/2.

## **§ 11 Zuzahlung**

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht, sofern sie nicht nach § 62 SGB V befreit sind.
- (2) Der Vertragspartner hat den Versicherten mit Überlassung des Hilfsmittels über die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 33 und 61 SGB V zu informieren
- (3) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Vertragspartner für jeden Vergütungszeitraum in Höhe von jeweils 10 % der Versorgungspauschale, aber mindestens jeweils in Höhe von 5,00 Euro bis höchstens jeweils in Höhe von 10,00 Euro, einzuziehen. Bei dieser Zuzahlungsregelung wird berücksichtigt, dass neben der Überlassung der Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen auch zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Filter, Schlauchsysteme) von der Versorgung umfasst sind. Die Zuzahlungsbeträge sind in der Preisvereinbarung Anlage 1 abgebildet. Die geleistete Zuzahlung ist dem Versicherten kostenlos zu quittieren.
- (4) Eine über die gesetzlichen Zuzahlungspflichten hinausgehende Forderung von Entgelten für die Versorgung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn, der Versicherte hat trotz der ausführlichen Information des Vertragspartners ausdrücklich Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen verlangt, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V).

## **§ 12 Abrechnung**

- (1) Es dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die vom Vertragspartner unter Einhaltung der vertraglichen Regelungen erbracht wurden.
- (2) Als Beginn des Versorgungszeitraums gilt der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten, jedoch frühestens das Verordnungsdatum. Sofern der Versicherte während eines stationären Aufenthaltes an das Hilfsmittel adaptiert wird, gilt das Datum der Entlassung als Tag der Abgabe.
- (3) Die Abrechnung kann frühestens mit Beginn des Versorgungszeitraumes unter Beachtung von § 8 und Anlage 1 bei dem der jeweils zuständigen Partner-Abrechnung Heil- & Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg (PA) eingereicht werden.
- (4) Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form von Sammelrechnungen. Der Umfang der Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 50 Verordnungen pro Rechnung zu begrenzen.

- (5) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Die Abrechnung enthält folgende Bestandteile:
- a. Abrechnungsdaten (Anlage 1 der DA-Richtlinien)
  - b. Gesamtaufstellung (§ 6 der DA-Richtlinien)
  - c. Begleitzettel der Urbelege (vgl. Anlage 4 der DA-Richtlinien)

Folgende Unterlagen sind der Abrechnung beizufügen:

Urbelege bei der Erstversorgung:

- Fachärztliche Verordnung oder Entlassverordnung im Original
- Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels/Empfangsbestätigung Anlage 3. Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung des invasiven Verbrauchsmaterials gilt auch der Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (z. B. Paket-/ Sendungsverfolgungsnummer), wenn dieser eindeutig dem Versicherten zuzuordnen ist.

Urbelege bei der Folgeversorgung:

Beatmungspauschalen nichtinvasiv/Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv:

- Für die Beatmungspauschalen nichtinvasiv ist die Erklärung zur Weiterversorgung Anlage 3 unter Angabe der Therapiestunden oder eine Verordnung im Original einzureichen. Werden die Therapiestunden (mindestens 1300 jährlich/108 monatlich) nicht erreicht bzw. nicht erhoben, ist eine Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung Anlage 3 oder eine Verordnung im Original beizufügen.
- Für die Zusatzpauschale Zweitgerät nichtinvasiv ist stets eine Verordnung im Original einzureichen.

Beatmungspauschalen invasiv und Zusatzpauschalen invasiv (mit Ausnahme der Zusatzpauschale Kinder invasiv):

- Kopie der ärztlichen Verordnung; umfasst die Verordnung einen Zeitraum von mehr als einem Kalendermonat (max. bis zu sechs Kalendermonaten), so ist für die erstmalige Abrechnung das Original und für Folgeabrechnungen jeweils die Kopie der Verordnung beizufügen.
- Empfangsbestätigung bei Auslieferung des invasiven Verbrauchsmaterials; erfolgt die Lieferung für mehr als einen Kalendermonat (vgl. § 8 Abs. 9), sind bei der Abrechnung des ersten Kalendermonats das Original und für die Abrechnung der Folgemonate jeweils eine Kopie der Empfangsbestätigung beizufügen.
- Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung des invasiven Verbrauchsmaterials gilt auch der Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens (z. B. Paket-/ Sendungsverfolgungsnummer), wenn dieser eindeutig dem Versicherten zuzuordnen ist.

- (6) Die maschinellen Datensätze gemäß Abs. 6a hat der Vertragspartner an die zentrale Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß Abs. 6b bis d sind an die zuständige Partner-Abrechnung Heil- & Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg entweder

- a. nach den Vorgaben der technischen Anlage zum DA nach § 302 SGB V, Anhang 4 in der jeweils gültigen Fassung digitalisiert im Abrechnungsverfahren elektronisch zu übermitteln, die digitalen Belege mit inkludierter/m qualifizierter/n elektronischer/m Signatur/Siegel stellen in diesem Fall die Originale dar und ersetzen die Papierbelege, oder
  - b. wenn die unter Buchstabe a. genannten technischen Voraussetzungen nicht erfüllt werden können, als papiergebundene Unterlagen zu übersenden.
- (7) Werden die Abrechnungsdaten gemäß § 6a nicht auf elektronischem Wege übertragen bzw. nicht maschinell verwertbar übermittelt und hat dies der Vertragspartner zu vertreten, stellt die AOK Baden-Württemberg die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem Vertragspartner durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung (§ 303 SGB V). Die Rechnung wird entsprechend gekürzt.
  - (8) Jede Versorgungspauschale ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Gebührenpositionsnummer Anlage 1, des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens und des Versorgungszeitraumes (von-bis) anzuliefern. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Vertragspartnergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen) zwingend erforderlich. Ist die Versorgung gemäß § 7 dieses Vertrages genehmigungspflichtig, ist bei der Abrechnung die Genehmigungsnummer anzugeben.
  - (9) Falls in Einzelfällen keine zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer vorhanden ist (vgl. § 4 Abs. 6), ist die Produktart des verordneten Hilfsmittels mit den Ziffern „900“ anzugeben und im Textfeld ist der Name des tatsächlich abgegebenen Hilfsmittels zu ergänzen.
  - (10) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesamtbetrag abzuziehen und gesondert auszuweisen.
  - (11) Im Falle einer Versorgung, bei der der Versicherte Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V zu tragen hat, hat der Vertragspartner bei der Abrechnung die Höhe, der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten, nach § 302 Abs.1 Satz 1 SGB V im Datensatz anzugeben.
  - (12) Das Zahlungsziel beträgt 28 Tage. Die Zahlungsfrist beginnt erst nach Eingang aller erforderlichen Abrechnungsbestandteile. Ist die Abrechnung fehlerbehaftet oder unvollständig, behält sich die AOK Baden-Württemberg vor, diese zur Prüfung und Überarbeitung an den Vertragspartner zurückzusenden. Der Beginn der Zahlungsfrist verschiebt sich entsprechend. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist gegenüber dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt das Ende der Zahlungsfrist auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich das Fristende auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
  - (13) Dem Vertragspartner obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers (Abrechnungsdaten) und der papiergebundenen Unterlagen bzw. Images.
  - (14) Die Zahlung erfolgt unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung der AOK Baden-Württemberg. Beanstandungen müssen dem Vertragspartner schriftlich mitgeteilt werden.
  - (15) Rechnungsreduzierungen/-absetzungen durch die AOK Baden-Württemberg dürfen vom Vertragspartner nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden.

- (16) Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung einer zentralen Abrechnungsstelle, so hat der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg unverzüglich hierüber zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen.
- (17) Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK Baden-Württemberg. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der beauftragten Abrechnungsstelle und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Dies gilt so lange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Vertragspartner bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen ist und er der AOK Baden-Württemberg einen neuen Zahlungsempfänger nebst Kontodaten mitgeteilt hat.
- (18) Forderungen des Vertragspartners gegenüber der AOK Baden-Württemberg dürfen nicht abgetreten oder verpfändet werden. Ausgenommen davon sind Abtretungen an die beauftragte Abrechnungsstelle.

### **§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz**

- (1) Der Vertragspartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, insbesondere die Betriebs- und Funktionsfähigkeit, des Hilfsmittels.
- (2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. In diesem Fall hat der Vertragspartner die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
- (3) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, dass das Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert worden ist. Der Vertragspartner trägt die Beweislast dafür, dass ein Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind.
- (4) Der Vertragspartner stellt die AOK Baden-Württemberg von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Vertragspartners stehen, frei.
- (5) Der Vertragspartner haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung entstehen. Ein eventueller Untergang, eine Verschlechterung oder der Verlust des Hilfsmittels gehen nicht zu Lasten der AOK Baden-Württemberg.
- (6) Ein eventueller Untergang, eine Verschlechterung oder der Verlust des Hilfsmittels gehen nicht zu Lasten der AOK Baden-Württemberg.
- (7) Die AOK Baden-Württemberg haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Vertragspartner oder seine Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die AOK Baden-Württemberg von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.

- (8) Der Vertragspartner ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.
- (9) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für vorsätzliche und grob fahrlässige Pflichtverletzungen der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter/innen oder Erfüllungsgehilfen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter/innen oder Erfüllungsgehilfen beruhen.
- (10) Im Übrigen haftet der Vertragspartner nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (11) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK Baden-Württemberg 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 Baden-Württemberg auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Baden-Württemberg umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsleistungen von Versicherten der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.

#### **§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung**

- (1) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Baden-Württemberg beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Vertragspartner, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig.
- (3) Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter oder seinem Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

#### **§ 15 Zusammenarbeit mit Dritten**

- (1) Annahmestellen für vertragsärztliche Verordnungen sowie die Annahme vertragsärztlicher Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Vertragspartner) sind unzulässig.
- (2) Sprechstunden von Vertragspartnern in Arztpraxen, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (3) Der Vertragspartner hat die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten, insbesondere
  - a. ist die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden.
  - b. darf der Vertragspartner Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen

oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.

- c. ist die Zahlung einer Vergütung durch den Vertragspartner für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, unzulässig.
- d. sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen des Vertragspartners, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unzulässige Zuwendungen.

## **§ 16 Datenschutz / Schweigepflicht**

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten. Dies bedeutet insbesondere:
  - a. Die Vertragspartner sind verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Insbesondere sind unter Berücksichtigung des Stands der Technik geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, um die Anforderungen des Art. 25 der EU-DSGVO umzusetzen.
  - b. Der Vertragspartner ist verpflichtet, die ihm im Rahmen dieses Vertrages von der AOK Baden-Württemberg übermittelten bzw. bekanntwerdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
  - c. Für die Durchführung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens hat der Vertragspartner sicherzustellen, dass die Übermittlung der Daten ausschließlich über einen IT-Dienstleister erfolgt, der einen gültigen Dienstleistervertrag über das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren im Bereich Hilfsmittel mit der AOK Baden-Württemberg hat und damit seinerseits im Hinblick auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet ist.
  - d. Der Vertragspartner darf die ihm überlassenen, zu schützenden Daten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Vertragspartner nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist, es sei denn, der Versicherte hat in eine zeitlich darüber hinaus gehende Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) oder Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO eingewilligt. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
  - e. Der Vertragspartner ist gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO verpflichtet, die von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten auf die Beachtung der Datenschutzvorschriften hinzuweisen, zu belehren und darauf schriftlich zu verpflichten. Die Geheimhaltungspflicht des Vertragspartners und der von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten reicht über das Vertragsende hinaus fort.

- f. Der Vertragspartner verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werden den 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 dem Zugriff und der Einsichtnahme durch Dritte zu schützen.
- g. Der Vertragspartner ist verpflichtet, Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten unverzüglich an die AOK Baden-Württemberg zu melden (Art.33 EU-DSGVO). In diesem Falle hat der Vertragspartner sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen. Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK Baden-Württemberg für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch von ihm zu verantwortenden Verletzungen gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen der EU-DSGVO und des SGB entstehen.

### **§ 17 Qualitätssicherung**

- (1) Die AOK Baden-Württemberg ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der dem Vertragspartner nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Sie ist berechtigt, sämtliche Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Pflichten aus § 127 Abs. 7 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 8 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung zu erfüllen.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg 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.
- (3) Der Vertragspartner ist zur Mitwirkung an den von der AOK Baden-Württemberg gewählten Prüfungsmaßnahmen verpflichtet. Insbesondere hat er der AOK Baden-Württemberg die für die Prüfung (u.a. für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen) erforderlichen Informationen und Unterlagen im gesetzlich zulässigen Ausmaß zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der Vertragspartner ist außerdem verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg die von den Versicherten unterzeichneten Bestätigungen über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V auf Verlangen vorzulegen.
- (5) Sofern die AOK Baden-Württemberg auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Vertragspartner diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Baden-Württemberg umgehend zu übermitteln. Er ist verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg auf deren Verlangen auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung des jeweiligen Versicherten zu übermitteln, soweit die schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegt.
- (6) Zur Klärung einzelner Sachverhalte ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, Vor-Ort-Besuche beim Vertragspartner durchzuführen.

## § 18 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

- (1) Erfüllt der Vertragspartner seine Vertragspflichten nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen Vertragspflichten, so kann ihn die AOK Baden-Württemberg unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verwarnen, unter den in § 16 Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg gibt dem Vertragspartner vor Verhängung der in Abs. 1 benannten Maßnahmen die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (3) Als Verstöße im Sinne von Abs. 1 gelten insbesondere
  - a. Nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführte Beratung von Versicherten über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung gemäß § 8 Abs. 1,
  - b. Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
  - c. Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und/oder der Abrechnung entsprechen,
  - d. Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 10 Abs. 4,
  - e. Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 15 Abs. 3),
  - f. 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. § 15 Abs. 3),
  - g. Nichterfüllung bzw. Wegfall der Leistungsvoraussetzungen gemäß § 3,
  - h. Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
  - i. Nicht oder nicht rechtzeitige Aufgabenerfüllung der Betreiberpflichten der MPBetreibV gemäß § 5,
  - j. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 16,
  - k. Nichtanlieferung eines eKVA gemäß § 7 Abs. 5.
- (4) Die AOK Baden-Württemberg kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des § 18 Abs. 3 lit. a. - h. nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zur Höhe von 20.000,00 Euro je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf 5 % des jährlichen Rechnungsbetrages nach diesem Vertrag. Ggf. gem. § 12 Abs. 7 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.
- (5) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des § 16 Abs. 3 kann der Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen gemäß § 18 Abs. 1 bis 5 hat der Vertragspartner, der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen. Ggf. gemäß § 18 Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet.

## **§ 19 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung**

- (1) Diese Vertragsänderung tritt am 01.01.2023 für alle vertragsgegenständlichen Versorgungsgen in Kraft. Es gilt das Datum der Leistungserbringung. Hat die AOK Baden-Württemberg bereits Versorgungsgen in pauschaler Vergütungsform gewährt und deren Versorgungszeitraum ist noch nicht abgelaufen, gilt die Vertragsänderung mit Ablauf des von der AOK Baden-Württemberg vergüteten Versorgungszeitraumes.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden.
- (3) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Vertragsparteien unberührt. Ein wichtiger Grund besteht für die AOK Baden-Württemberg insbesondere, wenn
  - a. ein Grund im Sinne des § 18 Abs. 3 vorliegt,
  - b. durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, oder durch eine gerichtliche oder behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahme die Erfüllung des Vertrages untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (4) Der Vertragspartner hat die begonnenen Versorgungsgen nach diesem Vertrag bis zum Ende des jeweiligen Vergütungszeitraumes in vollem Umfang sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Zeitablauf, Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet.
- (5) Nach Beendigung des Vertrages ausgestellte Verordnungen hat der Vertragspartner, soweit sie an ihn übermittelt werden, unverzüglich an den Versicherten zurückzugeben.

## **§ 20 Schlussbestimmungen**

- (1) Änderungen dieses Vertrages – einschließlich Änderungen 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.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vertragspartner

\_\_\_\_\_  
AOK Baden-Württemberg