

AC/TK: 15 01 K14 (Sanitätshäuser)
AC/TK: 19 01 K14 (Sonstige Leistungserbringer)

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-
Württemberg mit Systemen zur
Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen
der Produktgruppe 14**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg
Presselstraße 19
70191 Stuttgart**

- im Folgenden „AOK Baden-Württemberg“ genannt -

und

Musterverband

- im Folgenden „Verband“ genannt -

- beide im Folgenden „Vertragsparteien“ genannt

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| § 1 Gegenstand des Vertrages | 3 |
| § 2 Geltungsbereich des Vertrages | 3 |
| § 3 Leistungsvoraussetzungen | 4 |
| § 4 Grundsätze der Leistungserbringung | 5 |
| § 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) | 6 |
| § 6 Ärztliche Verordnung | 6 |
| § 7 Genehmigung | 7 |
| § 8 Art und Umfang der Versorgung | 8 |
| § 9 Versorgungsablauf | 11 |
| § 10 Vergütung | 13 |
| § 11 Zuzahlungen | 14 |
| § 12 Abrechnung | 14 |
| § 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz | 17 |
| § 14 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung | 18 |
| § 15 Zusammenarbeit mit Dritten | 18 |
| § 16 Datenschutz/Schweigepflicht | 19 |
| § 17 Qualitätssicherung | 20 |
| § 18 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen | 21 |
| § 19 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung | 22 |
| § 20 Schlussbestimmungen | 23 |
| Anlage 1: Preisvereinbarung | 24 |
| Anlage 2: Individuell gefertigte Masken | 25 |
| Anlage 3: Versicherteninformation über die Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät | 26 |
| Anlage 4: Therapiestundennachweis | 28 |
| Anlage 5: Beendigungsanzeige | 29 |
| Anlage 6: Mehrkostenerklärung des/der Versicherten | 30 |
| Anlage 7: Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder | 31 |

§ 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 Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen der Produktgruppe 14 einschließlich Atemgasbefeuchter sowie dem zugehörigen Zubehör und Verbrauchsmaterial (nachfolgend Hilfsmittel genannt) im Sinne einer vollumfänglichen Versorgung entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Preisvereinbarung
 - Anlage 2** Individuell gefertigte Masken
 - Anlage 3** Versicherteninformation über die Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät
 - Anlage 4** Therapiestundennachweis
 - Anlage 5** Beendigungsanzeige
 - Anlage 6** Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - Anlage 7** Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder
- (3) Die Anlagen 3 und 6 dienen zur Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten. Sie können von ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte und Formulierungen müssen jedoch enthalten sein; Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.
- (4) Die Anlagen 4 und 5 werden zur Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen den Vertragsparteien verwendet. Die Anlagen 4 und 5 können in ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Der Vertrag gilt für alle Versorgungen mit Ausnahme derer, die bereits durch die AOK Baden-Württemberg in pauschaler Vergütungsform gewährt wurden und deren Versorgungszeitraum noch nicht abgelaufen ist. Mit Ablauf des jeweils bereits von der AOK Baden-Württemberg vergüteten Versorgungszeitraumes, richten sich diese Versorgungen nach diesem Vertrag.
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Mitgliedsbetriebe des Verbandes, soweit sie diesem Vertrag beigetreten sind (Anlage 7) (im Folgenden „Vertragspartner“ genannt). Für jeden Filialbetrieb des Vertragspartners ist der Beitritt zu diesem Vertrag jeweils gesondert zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden. Der Beitritt ist gegenüber der AOK Baden-Württemberg in schriftlicher Form zu erklären, nebst der Verpflichtung, die Vertragsinhalte in ihrer jeweils aktuellen Fassung uneingeschränkt anzuerkennen. Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes sendet die Beitrittserklärung mit dem dazugehörigen Präqualifizierungszertifikat sowie Nachweisen zu den jeweiligen ggf. vertragsspezifischen Anforderungen an das zuständige Experten-Center

Hilfsmittel (EC Hilfsmittel) der AOK Baden-Württemberg (siehe Abs. 4). Sofern die aktuell gültigen Präqualifizierungszertifikate dem zuständigen EC Hilfsmittel bereits vorliegen, brauchen diese nicht erneut mit übersandt werden. Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes erhält von der AOK Baden-Württemberg eine Bestätigung über den erfolgreichen Beitritt. Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitgliedsbetriebes wirksam.

- (4) Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag über das jeweils zuständige EC Hilfsmittel zu gleichen Bedingungen beizutreten. Das jeweils 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.
- (5) Zwischen dem Verband und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes. Für nach Abs. 3 beigetretene Leistungserbringer gelten die vorgenannten Änderungen 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 § 17 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 Satz 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 Satz 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 und Versorgung der Versicherten und/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl Fachkräfte ein, die die Voraussetzungen nach § 83 MPDG (Medizinprodukteberater) erfüllen sowie über ausreichende Kenntnisse zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen verfügen.
- (7) Der Vertragspartner ist verpflichtet, sich und seine Beschäftigte 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 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 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.
- (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. Im Übrigen ist die Regelung des § 18 zu beachten.

§ 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

- (1) Für alle Versorgungen von Versicherten nach diesem Vertrag werden die aus den medizintechnischen 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 nach diesem Vertrag 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 SGB V tätig sind, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird.
- (4) Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl der geeigneten Hilfsmittel obliegt dem Vertragspartner nach Maßgabe dieses Vertrages in Abstimmung mit dem Versicherten.
- (5) Die vom Arzt auf der Verordnung angegebene Indikation bestimmt die Versorgung des Versicherten. Sofern vom Arzt keine Indikation angegeben wurde, ist der Vertragspartner berechtigt, den Arzt um Nachtrag zu bitten.
- (6) Für die Erstversorgung sowie im Falle einer Umversorgung auf eine andere Produktuntergruppe ist eine Verordnung durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt (z. B. Pneumologe, HNO-Arzt, Kardiologe) notwendig.
- (7) Die ärztliche Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- (8) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten ärztlichen 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 Versorgungsmaßnahmen 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 Abgabe eines Hilfsmittels bedarf der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg und ist mittels Kostenvoranschlag beim zuständigen EC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen.
- (2) Davon abweichend erklärt die AOK Baden-Württemberg für alle Erstversorgungsmaßnahmen sowie für Versorgungsmaßnahmen ab der 2. Folgeversorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen der Produktgruppe 14 die Genehmigungsfreiheit.
- (3) Die AOK Baden-Württemberg behält sich jedoch vor, die Regelungen über die Genehmigung ganz oder teilweise zu verändern. Diesbezügliche Änderungen sind dem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen schriftlich mitzuteilen.
- (4) Die Umversorgung auf ein Gerät einer anderen Produktuntergruppe ist stets genehmigungspflichtig.

- (5) Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen.
- (6) 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 Gesundheitspartnerportal unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de> abrufbar.
- (7) Dem Kostenvoranschlag sind jeweils folgende Unterlagen beizufügen

1. Folgeversorgung:

Verordnung der Erstversorgung durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt (z. B. Pneumologe, HNO-Arzt, Kardiologe) sowie der Therapienachweis gem. Anlage 4.

Übergangsvorsorgung:

Therapienachweis gem. Anlage 4.

Umversorgung:

Verordnung eines schlafmedizinisch qualifizierten Facharztes.

Die Verordnung sowie der Therapienachweis gem. Anlage 4 sind im Rahmen des eKVAs als Image beizufügen.

§ 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.
- (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 zu erbringenden Leistungen nach diesem Vertrag beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln alle damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Reparaturen, rechtzeitige und ausreichende Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie die Rückholung und Verschrottung der Hilfsmittel.

- (4) Zum Umfang der Leistungserbringung gehören insbesondere
- a. die individuelle bedarfsgerechte Beratung zur aufzahlungsfreien Versorgung des Versicherten bzw. betreuende(r) Person(en), bei Bedarf beim Versicherten vor Ort,
 - b. die Erprobung des Hilfsmittels, bei Bedarf beim Versicherten vor Ort,
 - c. die Lieferung des Hilfsmittels frei Haus inkl. ggf. individueller und funktionsgerechter Anpassung an die Bedürfnisse des Versicherten,
 - d. 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 MPDG und der MPBetreibV,
 - e. die Ausbildung des Versicherten in den Gebrauch des Hilfsmittels zur individuellen, bedarfsgerechten Versorgung, Hinweise zur Reinigung und Pflege des Hilfsmittels sowie bei Bedarf die Nachbetreuung,
 - f. Informationen über die Ansprechpartner bzw. Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen,
 - g. bei Bedarf kostenlose Zurverfügungstellung von geeigneten Ersatzhilfsmitteln (vgl. § 8 Abs. 17),
 - h. die Überwachung der jeweiligen Wartungsintervalle nach verbindlichen Herstellervorgaben bzw. gemäß den Anforderungen des MPDG und der MPBetreibV sowie die Durchführung und Dokumentation der Wartung.
- (5) Bei fehlender Mitwirkung des Versicherten, z. B. wenn der Versicherte nicht zu erreichen ist oder nicht auf die Aufforderungen des Vertragspartners reagiert, setzt sich der Vertragspartner drei Monate vor Ablauf des Wartungsintervalls mit dem zuständigen EC Hilfsmittel in Verbindung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte rechtzeitig, mindestens zweimal zur Mitwirkung durch den Vertragspartner aufgefordert wurde. Der Vertragspartner hat dies zu dokumentieren und nachzuweisen. Das EC Hilfsmittel entscheidet über die weitere Fortführung der Versorgung und teilt diese Entscheidung dem Vertragspartner umgehend mit.
- (6) Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Angabe der zehnstelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Vertragspartner zur Abgabe nur dann verpflichtet, wenn der Vertragsarzt eine medizinische Begründung speziell für diese Versorgung angegeben hat und diese unter medizinisch fachlichen Gesichtspunkten begründet ist.
- (7) Beheizbare Schläuche sind ebenfalls aufzahlungsfrei im Rahmen der Versorgungspauschale abzugeben, wenn für die spezielle Versorgung eine medizinische Begründung gegeben ist.
- (8) 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. Dies ist mit der Versorgungspauschale gemäß Anlage 1 abgegolten.
- (9) Wechselrichter zur Benutzung des Atemtherapiegerätes im Kraftfahrzeug sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zählen demnach nicht zum Inhalt der Versorgungspauschale.
- (10) Stellt der Vertragspartner die medizinische Notwendigkeit von Zubehör bzw. Verbrauchsmaterial hinsichtlich Art und/oder Umfang, auf Basis der Arbeitshilfe Schlafbezogene

Atmungsstörung des MDS, der Empfehlungen zur hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln des Spectaris Fachverbandes und der Herstellerangaben, in Frage, ist ggf. Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vorzunehmen.

- (11) Die Lieferung des Hilfsmittels ist binnen zwei Werktagen auszuführen. Sofern die Versorgung genehmigungspflichtig ist, beginnt die Frist mit Auftragserteilung durch die AOK Baden-Württemberg.
- (12) Der Vertragspartner ist verpflichtet, den Versicherten und ggf. dessen betreuende Personen in den sachgerechten Gebrauch Hilfsmittels persönlich, bei Bedarf beim Versicherten vor Ort, einzuweisen sowie während der gesamten Versorgungszeit bei Bedarf umfassend zu beraten. Bei Bedarf ist die Versorgungsqualität auch im Hausbesuch zu überprüfen. Die Beratungsleistungen sind in geeigneter Weise zu dokumentieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.
- (13) Der Vertragspartner ist Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel und bleibt dies auch während der Versorgung. Er überlässt das Hilfsmittel dem Versicherten zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet für die gesamte Zeit der Versorgung eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.
- (14) Der Vertragspartner informiert mit Anlage 3 den Versicherten bei erstmaliger Versorgung über die in der Versicherteninformation relevanten Versorgungsinhalte, seine Mitwirkungspflichten sowie Eigentumsverhältnisse und lässt sich den Empfang der gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittel vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter oder seinem Bevollmächtigten unter Angabe des Datums schriftlich bestätigen.
- (15) 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. Für CPAP-Systeme, Auto-CPAP-Systeme, BILEVEL-CPAP-Systeme, Auto-BILEVEL-CPAP-Systeme erfolgt die Behebung unerwarteter Geräteausfälle spätestens am nächsten Werktag.
- (16) Für Bilevel-CPAP Systeme mit ST-Funktion sowie für Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen Anlage 1 gewährleistet der Vertragspartner an jedem Tag im Jahr einen medizintechnischen 24-Stunden-Notdienst. Der Notdienst wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten 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.
- (17) Wird ein Hilfsmittel reparaturbedürftig oder muss es gewartet oder technisch kontrolliert werden, tauscht der Vertragspartner das Gerät unverzüglich und kostenfrei durch ein funktionstüchtiges Ersatzgerät gleicher Art und Güte aus.

- (18) Der Vertragspartner hat die Versorgung gemäß diesem Vertrag auch bei einem Wohnortwechsel des Versicherten in ein anderes Bundesland sicherzustellen.
- (19) Der Vertragspartner ist berechtigt, die Versorgung der Versicherten nach diesem Vertrag durch Partnerbetriebe erbringen zu lassen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn auch der kooperierende Partnerbetrieb seinerseits diesen Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg geschlossen hat bzw. diesem beigetreten ist. Die Kooperation ist dem zuständigen EC Hilfsmittel vor Beginn anzuzeigen.
- (20) 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 6. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Die Erklärung des Versicherten ist auf Verlangen der AOK Baden-Württemberg vorzulegen.

§ 9 Versorgungsablauf

(1) Erstversorgung (6 Monate):

Die Erstversorgung beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten, jedoch frühestens mit Verordnungsdatum. Voraussetzung ist die Vorlage einer ärztlichen Verordnung durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt. 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. Im Rahmen der Erstversorgung informiert der Vertragspartner den Versicherten mittels Anlage 3 über die relevanten Versorgungsinhalte und lässt sich den Empfang der Hilfsmittel schriftlich bestätigen (vgl. § 8 Abs. 14).

(2) 1. Folgeversorgung (12 Monate):

Die 1. Folgeversorgung schließt an die Erstversorgung nahtlos an. Rechtzeitig, nach Vollendung des dritten Versorgungsmonats, kann der Vertragspartner mit der Ermittlung der Therapiestunden des Gerätes beginnen und dokumentiert diese im Therapienachweis (Anlage 4). Alternativ können die Therapiestunden auch in elektronischer Form im Rahmen des Kostenvoranschlagverfahrens übermittelt werden. Die Inhalte der Anlage 4 müssen jedoch mindestens enthalten sein. Eine Weiterversorgung erfolgt, wenn der Versicherte das Hilfsmittel mindestens 4 Stunden pro Nacht (d. h. mindestens 1.440 Stunden jährlich bzw. 120 Stunden monatlich) genutzt hat. Der Vertragspartner hat den Versicherten rechtzeitig und (soweit erforderlich) zweimalig zur Meldung der Therapiestunden aufzufordern.

(3) Ab der 2. Folgeversorgung (12 Monate):

Ab der 2. Folgeversorgung sind keine weiteren Nachweise zur Weiterversorgung durch den Vertragspartner zu erbringen.

(4) Übergangsversorgungen:

Übergangsversorgungen schließen sich an die Versorgungsleistungen an, die vor Vertragsbeginn aufgrund anderer vertraglicher Regelungen sowie auf Basis § 127 Abs. 3 SGB V in pauschaler Vergütungsform durch die AOK Baden-Württemberg gewährt wurden und deren Versorgungszeitraum abgelaufen ist. Diese Übergangsversorgungen gelten als 1. Folgeversorgungen nach diesem Vertrag. Davon umfasst sind auch Versorgungsleistungen bei Vertragspartnerwechsel bzw. Kassenwechsel zur AOK Baden-Württemberg.

Mit Beginn der Übergangsversorgung, ermittelt der Vertragspartner die Therapiestunden des Gerätes und dokumentiert diese im Therapienachweis (Anlage 4). Alternativ können die Therapiestunden auch in elektronischer Form im Rahmen des Kostenvoranschlagverfahrens übermittelt werden. Die Inhalte des Anlage 4 müssen jedoch mindestens enthalten sein. Eine Weiterversorgung erfolgt, wenn der Versicherte das Hilfsmittel durchschnittlich mindestens 4 Stunden pro Nacht (d. h. mindestens 1.440 Stunden jährlich bzw. 120 Stunden monatlich) genutzt hat. Der Vertragspartner hat den Versicherten rechtzeitig und (soweit erforderlich) zweimalig zur Meldung der Therapiestunden aufzufordern. Im Rahmen eines Vertragspartner- bzw. Kassenwechsels informiert der Vertragspartner den Versicherten darüber hinaus gemäß der Versicherteninformation Anlage 3 über die relevanten Versorgungsbedingungen und lässt sich den Empfang der Hilfsmittel schriftlich bestätigen (§ 8 Abs. 14).

(5) Notwendige Änderungen in der Versorgung (Umversorgung):

Bei Notwendigkeit einer Umstellung der Versorgung auf ein Gerät einer anderen Produktuntergruppe, beginnt mit erteilter Genehmigung ein neuer Versorgungszeitraum (1. Folgeversorgung gem. § 9 Abs. 2).

(6) Vertragspartnerwechsel:

Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes sicherzustellen. Der bisherige Vertragspartner informiert die AOK Baden-Württemberg (bspw. mittels Anlage 5) 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.

(7) Beendigung der Versorgung

- a. 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 per Mitteilung im eKVA oder mittels der Beendigungsanzeige (Anlage 5) zu informieren.
- b. Die Versorgung gilt als direkt beendet, wenn der Arzt die Therapiefortführung verneint oder die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht mehr vorliegen (z. B. Kassenwechsel oder Tod des Versicherten), der Vertragspartner zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes gewechselt wird bzw. freiwillig seitens des Versicherten die Hilfsmittel vor Ende des Versorgungszeitraumes zurückgegeben werden.

- c. Bei den vorgenannten Beendigungsgründen ist der Vertragspartner verpflichtet, umgehend innerhalb von sieben 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.
- d. Die Klärung zur Mitwirkungspflicht obliegt grundsätzlich dem Vertragspartner.
- e. Bei fehlender Mitwirkung des Versicherten, d.h. wenn der Versicherte nicht zu erreichen ist oder nicht auf die Abfrage der Therapiestunden bzw. Aufforderung zur Vorlage der ärztlichen Verordnung durch den Vertragspartner reagiert, setzt sich der Vertragspartner vor der endgültigen Therapiebeendigung (bspw. mittels Anlage 5) 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 per Mitteilung im eKVA oder mittels der Beendigungsanzeige Anlage 5 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 Versorgungspauschale 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) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf die Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat.
- (5) Die Versorgungspauschale kann pro Versorgungszeitraum nur einmal mit der AOK Baden-Württemberg abgerechnet werden; frühestens mit Beginn des jeweiligen Versorgungszeitraums. Eine nochmalige Abrechnung der Versorgungspauschale während eines Versorgungszeitraumes (z. B. wegen Wohnortwechsel des Versicherten) ist nicht zulässig.
- (6) Wird die Therapie 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 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) Endet die Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg wegen Kassenwechsel, ist die bereits bezahlte Versorgungspauschale für die Restlaufzeit durch den Leistungserbringer

anteilig zurückzuerstatten (1/12 bei Folgepauschalen je voller Kalendermonat Restlaufzeit). Die Erstpauschale ist von der anteiligen Rückerstattung ausgenommen.

§ 11 Zuzahlungen

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel 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) Die Abrechnung ist frühestens mit Beginn des Versorgungszeitraumes unter Beachtung von § 8 und Anlage 1 bei der jeweils zuständigen Partner-Abrechnung Heil- & Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg (PA) einzureichen. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form von Sammelrechnungen.
- (4) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die Abrechnung erhält grundsätzlich folgende Bestandteile:
 - a. Abrechnungsdaten (vgl. Anlage 1 der DA-Richtlinien)
 - b. Gesamtaufstellung (§ 6 der DA-Richtlinien)
 - c. Begleitzettel der Urbelege (vgl. Anlage 4 der DA-Richtlinien)
 - d. Urbelege

Folgende Unterlagen sind der Abrechnung beizufügen:

Erstversorgung (6 Monate)

- Vertragsärztliche Verordnung bzw. Entlassverordnung eines schlafmedizinisch qualifizierten Facharztes im Original
- Unterzeichnete Empfangsbestätigung des Versicherten

1. Folgeversorgung (12 Monate)

- Genehmigungskennzeichen

2. Folgeversorgung (12 Monate)

- Genehmigungskennzeichen

Übergangsversorgung gemäß § 9 Abs. 4

- Genehmigungskennzeichen

Umversorgungen in eine andere Produktuntergruppe

- Vertragsärztliche Verordnung bzw. Entlassverordnung eines schlafmedizinisch qualifizierten Facharztes im Original
- Genehmigungskennzeichen
- Unterzeichnete Empfangsbestätigung des Versicherten

- (6) Die maschinellen Datensätze gemäß Abs. 5 a. hat der Vertragspartner an die zentrale Datenannahme- und Verteilstelle (DAV) der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß Abs. 5 b. 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 6a. genannten technischen Voraussetzungen nicht erfüllt werden können, als papiergebundene Unterlagen zu übersenden.
- (7) Werden die Abrechnungsdaten 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 des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens und des Versorgungszeitraumes (von-bis) Anlage 1 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 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 Zahlungsziel 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) Rechnungskürzungen/-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 schriftlich hierüber zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle, deren Gesellschaftsform, ihren Sitz, das zuständige Registergericht und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen. Darüber hinaus hat der Vertragspartner schriftlich anzuzeigen, ob und ggfs. welche Abrechnungsforderungen durch Abtretung auf die bezeichnete Abrechnungsstelle übertragen werden. Dasselbe gilt bei einem Wechsel der Abrechnungsstelle.
- (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 Ersatzversorgung 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/oder bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung entstehen.
- (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/oder 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 grobe fahrlässige Pflichtverletzungen der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen. 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 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 unverzüglich eine Aufstellung der laufenden Versorgung von Versicherten der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.

- (12) Für den Fall, dass der Leistungserbringer auf Grund der in Abs. 11 beschriebenen Fälle seinen Verpflichtungen aus den Versorgungspauschalen nicht mehr nachkommen kann, hat er eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft unter Verzicht auf die Einrede der Anfechtbarkeit, Aufrechenbarkeit und der Vorausklage einer deutschen Bank oder Sparkasse oder einer Bürgschaft eines in der Europäischen Union zugelassenen Kreditinstitut oder Kreditversicherers bei der AOK Baden-Württemberg zu hinterlegen.
- (13) Wird die Sicherheitsleistung nicht innerhalb von sechs Wochen nach Unterzeichnung des Vertrages bei der AOK Baden-Württemberg eingereicht, ist der Vertrag unwirksam, sofern in den nachfolgenden Anlagen nichts anderes vereinbart wurde. Die Bürgschaft gemäß Abs. 14 ist jährlich anzupassen. Das aktualisierte Bürgschaftsdokument ist bis spätestens 01.07. des jeweiligen Kalenderjahres im Original unaufgefordert der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die Sicherheitsleistung ist von der AOK Baden-Württemberg erst dann zurückzugeben, wenn für die letzte nach diesem Vertrag getroffene Versorgung der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist.
- (14) Die Höhe der Sicherheitsleistung wird anhand des jeweiligen Vorjahresumsatzes (der in der Anlage geregelten Hilfsmittel) des Leistungserbringers ermittelt. Sie beträgt 20 % des Betrages, mindestens jedoch 10.000,00 Euro.
- (15) Es besteht die Möglichkeit der Gesamtbürgschaft, wenn mehrere mit der AOK Baden-Württemberg bestehende Verträge eine Bürgschaft erfordern.
- (16) Die Sicherheitsleistung kann auch durch eine Leistungserbringergemeinschaft erbracht werden. Die Leistungserbringergemeinschaft verpflichtet sich dabei gegenüber der AOK Baden-Württemberg für die bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Leistungserbringers einzustehen. Die Leistungserbringergemeinschaft erfüllt die Verpflichtung dadurch, dass einer ihrer Mitgliedsbetriebe alle Versorgungen des vom Leistungshindernis betroffenen Leistungserbringers übernimmt und diese, ohne erneute Berechnung einer Versorgungspauschale, bis zum Ende der jeweiligen Pauschalzeitraumes weiterführt. Jeder Leistungserbringer haftet gesamtschuldnerisch für die Leistungserbringergemeinschaft.

§ 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 ärztliche Verordnungen sowie die Annahme ärztlicher 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 Verordnungs- 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 Auftrags Erfüllung 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 § 18 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. 4a,
 - 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. Abgabe von Hilfsmitteln unter Verstoß gegen § 8 Abs. 11,
 - e. Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 11 Abs. 4,
 - f. Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 15 Abs. 3),
 - g. 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),
 - h. Nichterfüllung bzw. Wegfall der Eignungsvoraussetzungen gemäß § 3,
 - i. Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - j. Nicht oder nicht rechtzeitige Aufgabenerfüllung der Betreiberpflichten der MPBetreibV gemäß § 5,
 - k. Verstoß gegen die Grundsätze der Leistungserbringung gemäß § 4 oder Verstoß gegen § 17,
 - l. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 16,
 - m. Nichtanlieferung eines eKVA gemäß § 7 Abs. 6.
- (4) Die AOK Baden-Württemberg kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des § 18 Abs. 3 nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe in

Höhe von bis zu 20.000,00 Euro je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf 5 % des Bruttorechnungsbetrages nach diesem Vertrag. Ggf. gemäß § 12 Abs. 7 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.

- (5) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des § 18 Abs. 3 e) oder f) 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 Versorgungen in Kraft. Es gilt das Datum der Leistungserbringung. Hat die AOK Baden-Württemberg bereits Versorgungen 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 Versorgungen 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) Bei einer Kündigung des Vertrages durch eine der Vertragsparteien entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber den diesem Vertrag beigetretenen Mitgliedern des Verbandes. Es bedarf keiner gesonderten Kündigung durch die einzelnen Verbandsmitglieder bzw. gegenüber den einzelnen Verbandsmitgliedern.
- (6) 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.

Ort, den _____

Stuttgart, den _____

Verband

AOK Baden-Württemberg

Anlage 1: Preisvereinbarung

AC/TK:

Sanitätshäuser: 15 01 J14

Sonstige Vertragspartner: 19 01 J14

Preisübersicht:

| Bezeichnung/ Hilfsmittel-Pos-Nr. | Versorgungs- zeitraum | Bezeichnung der Vergütungsform | Kenn- zei- chen | Preis (ohne Mwst) | gesetzl. Zuzah- lung | Ge- nehmi- gung* |
|--|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|
| CPAP-Systeme 14.24.20.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 190,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 221,55 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 221,55 € | 10 € | nein |
| Auto-CPAP-Systeme 14.24.21.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 190,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 221,55 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 221,55 € | 10 € | nein |
| BILEVEL-CPAP-Systeme 14.24.22.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 210,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 420,00 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 420,00 € | 10 € | nein |
| Auto-BILEVEL-CPAP-Systeme 14.24.23.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 210,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 420,00 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 420,00 € | 10 € | nein |
| BILEVEL-CPAP-Systeme mit ST-Funktion 14.24.24.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 410,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 761,25 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 761,25 € | 10 € | nein |
| Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.25.xxxx | 06 Monate | Erstversorgungspauschale | 20 | 725,00 € | 10 € | Nein |
| | 12 Monate | 1. Folgeversorgungspauschale | 08 | 1365,00 € | 10 € | ja |
| | 12 Monate | Ab 2. Folgeversorgungspauschale | 09 | 1365,00 € | 10 € | nein |

Hinweise:

- Von der Versorgungspauschale umfasst sind Atemgasbefeuchter der Produktuntergruppe 14.24.17.
- Von der Versorgungspauschale ausgenommen sind individualgefertigte Gesichtsmasken sowie Sicherheitstechnische Kontrollen.

*Die Umversorgung auf ein Gerät einer anderen Produktuntergruppe ist stets genehmigungspflichtig.

Anlage 2: Individuell gefertigte Masken

AC/TK:

Sanitätshäuser: 15 01 J14

Sonstige Vertragspartner: 19 01 J14

Preisübersicht:

| Bezeichnung | Hilfsmittel-Pos-Nr. | Kennzeichen | Preis (ohne MwSt) | gesetzl. Zuzahlung | Genehmigung* |
|--|---------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| Individuell angefertigte Masken | 14.24.19.xxxx | 00 – Neulieferung | Kostenvoranschlag | 10 € | Ja |

Hinweise:

Maßangefertigte Spezialmasken können nur in medizinisch begründeten Fällen (z. B. extremen Gesichtsdeformitäten) abgerechnet werden, wenn verschiedene konfektionierte Masken getestet wurden, aber aus medizinischen Gründen nicht eingesetzt werden können. Neben einer ärztlichen Verordnung ist auch eine gesonderte ärztliche Begründung erforderlich. Diese ist dem Kostenvoranschlag beizufügen.

*Diese Masken sind getrennt vom Grundhilfsmittel zu beantragen und abzurechnen.

Anlage 3: Versicherteninformation über die Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät

| | |
|---|---|
| Versicherteninformationen Name – Adresse - Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte | Hilfsmittelunternehmen (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline 24 h-Notdienstnummer Erreichbarkeit |
|---|---|

Welchen Leistungsanspruch habe ich?

Die AOK Baden-Württemberg zahlt für Ihre Versorgung mit einem Schlaftherapiegerät eine sogenannte Versorgungspauschale an Ihr Hilfsmittelunternehmen. In dieser Pauschale sind alle Produkt- und Serviceleistungen enthalten.

Für eine erfolgreiche Therapie ist es wichtig, dass Sie ein individuell geeignetes Schlaftherapiegerät entsprechend der Diagnose Ihres behandelnden Arztes erhalten und die Maske optimal sitzt. Sie haben daher insbesondere Anspruch auf folgende Leistungen:

- umfassende Beratung zu individuell geeigneten Gerätetypen und verschiedenen Masken durch Ihr Hilfsmittelunternehmen¹, bei Bedarf auch bei Ihnen zu Hause,
- Geräteeinweisung und -wartung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben,
- Maskenanpassung,
- Therapiebegleitung und -kontrolle,
- eine ausreichende Menge an medizinisch notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterial

Wie läuft die weitere Versorgung ab?

Ihr Hilfsmittelunternehmen¹ führt rechtzeitig vor Vollendung des sechsten Versorgungsmonats eine Betriebsstundenabfrage durch, um die durchschnittliche Nutzungsdauer und damit den Therapieerfolg zu ermitteln. Bei einer Nutzung des Schlaftherapiegeräts von durchschnittlich unter 4 Stunden pro Nacht erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die AOK Baden-Württemberg, um zu prüfen, ob eine weitere Kostenübernahme erfolgen kann. Auch bei langfristiger Nutzung des Schlaftherapiegeräts erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung des Therapieerfolgs durch Ihre Krankenkasse.

Fallen private Mehrkosten für mich an?

Ihr Hilfsmittelunternehmen¹ bietet Ihnen Schlaftherapiegeräte und Masken ohne private Mehrkosten an. Das bedeutet, dass Ihnen außer der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung keine weiteren Kosten entstehen. Die mehrkostenfreien Produkte müssen Ihren individuellen Bedürfnissen entsprechen sowie medizinisch ausreichend und zweckmäßig sein. Falls Sie sich nach der Beratung dennoch bewusst für ein mehrkostenpflichtiges Produkt entscheiden, welches über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, muss der Hilfsmittelanbieter Sie vor Abgabe des Hilfsmittels über die Höhe der Mehrkosten informieren. Die dadurch entstandenen Mehrkosten sind von Ihnen zu tragen.

Welche Mitwirkungspflichten habe ich?

Das Hilfsmittelunternehmen bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und überlässt Ihnen dieses leihweise. Daher sind Sie im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht dazu verpflichtet:

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- das Hilfsmittel vor Beschädigung und gegen Verlust zu schützen. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, haben Sie nach Rücksprache mit dem Hilfsmittelunternehmen¹ auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- auf Anfrage Ihres Hilfsmittelunternehmens¹ bzw. Ihrer Krankenkasse die Therapiestunden des Gerätes mitzuteilen,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen, zu verpfänden bzw. Dritten zu überlassen,
- das Hilfsmittel dem Hilfsmittelunternehmen¹ unverzüglich zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- ausschließlich Ihr Hilfsmittelunternehmen¹ zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Nachlieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden. Wenn zusätzlich andere Hilfsmittelunternehmen Versorgungsleistungen durchführen, werden diese Kosten von der AOK Baden-Württemberg nicht übernommen.
- das Hilfsmittelunternehmen¹ sowie Ihre Krankenkasse über einen Wohnort- oder Krankenkassenwechsel, sowie über den Wechsel zu einem anderen Hilfsmittelunternehmen zu informieren. Ein Wechsel des Hilfsmittelunternehmens ist zu Beginn eines jeden Vergütungszeitraums (6 bzw. 12 Monate) möglich.

Hinweis: Bei fehlender Mitwirkung kann die AOK Baden-Württemberg die Bewilligung der Leistung aufheben und es können ggf. Kosten auf Sie zukommen.

¹ Hier kann auch variabel der Name des Vertragspartners eingetragen werden.

Anlage 4: Therapiestundennachweis

| | |
|---|---|
| Versicherteninformationen Name – Adresse – Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte | Hilfsmittelunternehmen (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline 24 h-Notdienstnummer Erreichbarkeit |
|---|---|

Der/die Versicherte ist seit dem _____ mit einem Schlafapnoegerät versorgt.

Vom _____ bis _____ wurde das Hilfsmittel insgesamt _____ Stunden genutzt.

Dies ergibt eine Nutzungsdauer von durchschnittlich _____ Std./Nacht.

- Zählerstand alt: _____ Datum: _____
- Zählerstand neu: _____ Datum: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Vertragspartner

Anlage 5: Beendigungsanzeige

| | |
|---|---|
| Versicherteninformationen Name – Adresse – Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte | Hilfsmittelunternehmen (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline 24 h-Notdienstnummer Erreichbarkeit |
|---|---|

Der/die Versicherte ist seit dem _____ mit einem Schlafapnoegerät versorgt.

Nachstehend informieren wir die Krankenkasse des o.g. Versicherte/r entsprechend § 8 Abs. 7 des Vertrages, dass diese/r die Therapie beendet hat. Konkret besteht folgender Sachverhalt (entsprechend angekreuzt bzw. ausgeführt):

Wegfall der Versorgungsnotwendigkeit

- Die Notwendigkeit der Therapiefortführung wurde vom Arzt verneint.
- Eine der folgenden Voraussetzungen zur Leistungsgewährung liegt nicht mehr vor:
 - der/die Versicherte ist zum _____ verstorben.
 - der/die Versicherte hat das Gerät zum _____ zurückgegeben.
 - Vertragspartnerwechsel zum _____.
 - Kassenwechsel zum _____.

Fehlende Mitwirkungspflichten

- Der/die Versicherte wurde gemäß der Versicherteninformation (Anlage 3) über die Mitwirkungspflichten informiert.
Trotz zweimaliger Aufforderung am _____ und am _____ konnten die Therapiestunden nicht ermittelt werden.
- Der/die Versicherte möchte dennoch weiterversorgt werden.

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Vertragspartners

Anlage 6: Mehrkostenerklärung des/der Versicherten

| | |
|---|---|
| Versicherteninformationen Name – Adresse – Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte | Hilfsmittelunternehmen (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline 24 h-Notdienstnummer Erreichbarkeit |
|---|---|

Das o. g. Hilfsmittelunternehmen¹ hat

- ich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. vertretende Person/ der/die Bevollmächtigten oder Angehöriger)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgende/s Produkt/e und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ **Hilfsmittelpositionsnummer:** _____

Bezeichnung: _____ **Hilfsmittelpositionsnummer:** _____

Bezeichnung: _____ **Hilfsmittelpositionsnummer:** _____

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind begründet durch:

- höhere Mengen als medizinisch notwendig
- Merkmale des Komforts / Ästhetik
- Sonstiges: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingt höhere Folgekosten, z. B. Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja: Nein:

Ort, Datum

**Unterschrift des/der Versicherten bzw.
gesetzlich vertretenden Person/Bevollmächtigten**

Beratende/r Mitarbeiter/in

Name beratende/r Mitarbeiter/in:

¹ Hier kann auch variabel der Name des Vertragspartners eingetragen werden.

Anlage 7: Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder

Zur Übersendung an das jeweilige Experten-Center Hilfsmittel der zuständigen AOK Bezirksdirektion

Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist die Beitrittserklärung bitte gesondert auszufüllen.

(Name/ggf. Rechtsform)

(Telefon/Fax)

(Straße/Hausnummer)

(E-Mail)

(Postleitzahl/Ort)

(Institutionskennzeichen)

§ 1 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt

Das Verbandsmitglied sichert mit der Unterzeichnung zu, dass es zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 2 Nachträgliche Änderung des Vertrages

Zwischen dem Verband und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes. Im Übrigen gilt § 2 Abs. 5 des Vertrages.

§ 3 Kündigung des Vertrages

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes kein Anspruch mehr auf die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

§ 4 Wirksamkeit des Beitritts

Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitgliedsbetriebes wirksam. Nach erfolgter Prüfung der AOK Baden-Württemberg erhält das Verbandsmitglied eine schriftliche Beitrittsbestätigung.

| Vertragstitel | Vertrag vom | AC/TK bzw. Vertragscode |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Verbandsvertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen der Produktgruppe 14 | 01.01.2021 | <input type="checkbox"/> 15 01 K14 |
| | In der Fassung vom 01.01.2023 | <input type="checkbox"/> 19 01 K14 |

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden (Link: <https://www.aok.de/gp/vertragsbeitritt>) zum Vertragsbeitritt zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte des Vertrages informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag der AOK Baden-Württemberg beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Verbandsmitgliedes