

# **Vertrag**

**über die Versorgung der Versicherten der  
AOK Bremen/Bremerhaven  
mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der  
Beckenboden-Muskelaktivität gemäß  
§ 127 Abs. 2 SGB V**

zwischen der

**AOK Bremen/Bremerhaven**

(im Folgenden: AOK)

und

**Name des Leistungserbringers  
Straße und Hausnummer  
Postleitzahl und Ort  
IK: IK-Zeichen**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der AOK mit Elektrostimulationsgeräten der Produktgruppe 09 und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnis, mit notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterialien einschließlich Reparaturen, Wartungen, Rückholung, Einlagerung und der damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der aktuellen Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen.
- (2) Von diesem Vertrag sind Hilfsmittel ausgenommen, für die die AOK eine Ausschreibung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V durchgeführt hat bzw. durchführen wird. In diesem Fall ist nur der Ausschreibungsgewinner bzw. sind die Ausschreibungsgewinner berechtigt, die Versicherten der AOK mit dem ausgeschriebenen Hilfsmittel zu versorgen.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK und den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt.
- (2) Der Vertrag umfasst die Versorgung von Versicherten und betreuten Anspruchsberechtigten der AOK.

## **§ 3 Voraussetzungen**

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung von Versicherten der AOK ist das Vorliegen einer Lieferberechtigung der AOK oder einer anderen Landes-AOK gemäß der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- (2) Der Leistungserbringer hat ausschließlich Personal einzusetzen, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistungspflichten verfügt und für die gesamte Vertragslaufzeit eine angemessene Anzahl von Mitarbeitern zur qualitätsgerechten Versorgung der Versicherten vorhält. Die Personalstärke bestimmt sich durch die Anforderungen zur Erbringung der Versorgung sowie der Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten.
- (3) Den fachlichen Anforderungen an das Personal bei der Einweisung und Beratung von Versicherten in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb von Elektrostimulationsgeräten bzw. Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität wird entsprochen, wenn der Leistungserbringer eine regelmäßige fachliche Information und Einweisung durch den Hersteller des Hilfsmittels oder eine durch den Hersteller befugte Person (Medizinprodukteberater) nachweisen kann und sicher gestellt hat, dass die Mitarbeiter für die Einweisung und Beratung entsprechend geschult sind.
- (4) Der Leistungserbringer hat für die Wartung, Reparatur und Instandhaltung darüber hinaus fachlich geeignetes Personal einzusetzen, das aufgrund einschlägiger beruflicher Ausbildung oder praktischer Erfahrung über die erforderliche Qualifikation verfügt.

- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter mindestens einmal jährlich durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Der Nachweis über die berufliche Fortbildung ist auf Anforderung der AOK im Einzelfall zu erbringen.
- (6) Der Leistungserbringer hat für die Instandhaltung die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und geeignete Räume bereit zu halten, einschließlich deren Beschaffenheit, Größe, Ausstattung und Einrichtung, die eine frist- und fachgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln ermöglichen und hierfür die Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge vorzuhalten.
- (7) Im übrigen hat der Leistungserbringer die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung zu beachten, zum Beispiel das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV).
- (8) Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen das MPG und das MPBetreibV gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (9) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise prüffähig darzulegen.
- (10) Sofern sich der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner Leistungspflicht Dritter bedient, hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Dritte die hierfür erforderlichen fachlichen Anforderungen und sachlichen Voraussetzungen erfüllt.

#### **§ 4 Grundsätze der Versorgung**

- (1) Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein. Die Qualität hat in diesem Rahmen dem allgemein aktuell anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen, um der Behinderung und/oder Erkrankung des Versicherten voll gerecht zu werden. Sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V).
- (2) Vom Leistungserbringer werden ausschließlich Hilfsmittel verwendet, die im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen sind oder deren Aufnahme beantragt wurde. Bei noch nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln ist der AOK eine schriftliche Begründung für die Versorgung vorzulegen sowie auf Verlangen der AOK ein Nachweis zu erbringen, dass die Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis beantragt worden ist.
- (3) Eine Leistung und/oder Abrechnung zu Lasten der AOK kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen. Für Verlängerungszeiträume ist eine neue Verordnung zwingend notwendig.
- (4) Neben den zugelassenen Vertragsärzten im ambulanten Bereich akzeptiert die AOK im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier ist das mit der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. vereinbarte Muster zu nutzen.
- (5) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt oder die verantwortlichen medizinischen Vertreter der zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden.

- (6) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen, nach ihrer Ausstellung vom Vertragspartner angenommen worden ist.
- (7) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag der zuständigen Stelle der AOK zur Genehmigung einzureichen sofern in Anlage 1 nichts abweichendes geregelt ist. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOK ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 1 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Ist nach Ablauf der vereinbarten Dauer der Versorgungspauschale eine weitere medizinische Notwendigkeit für die Versorgung gegeben, kann die Folgepauschale unter Vorlage einer neuen ärztlichen Verordnung nach den Regelungen der Anlage 1 in Ansatz gebracht werden.
- (9) In Fällen, in denen die AOK nach Maßgabe der Anlage 1 auf eine vorherige Genehmigung verzichtet, behält sie sich das Recht zur nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes vor.
- (10) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Der Kostenvoranschlag enthält folgende Angaben:
  - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
  - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
  - Ärztliche Verordnung im Original
  - Hersteller, genaue Modellbezeichnung und Zubehör
  - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
  - Nettopreis je Position
  - Netto- und Bruttopreis Gesamt
  - Versorgungszeitraum
  - Ggfs. Erklärung zu Mehrleistungen
  - Erklärung des Versicherten
- (11) Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOK unbearbeitet an den Leistungserbringer zurück gesandt. Als nicht vertragskonform gilt u.a. ein Kostenvoranschlag, wenn er nicht kostenfrei erstellt wurde, die in Abs. 10 genannten Angaben fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 1 nicht eingehalten worden sind. Bei wiederholten Beanstandungen der Kostenvoranschläge kann die AOK Vertragsmaßnahmen gemäß § 10 einleiten.
- (12) Abgegebene Hilfsmittel sind durch den Leistungserbringer mit Namen, Anschrift und Telefonnummer des ausliefernden Betriebes zu kennzeichnen.
- (13) Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOK unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang auf dem Vordruck „Erklärung des Versicherten“ (Anlage 3) bei der Übergabe bestätigt. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten das Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer.

- (14) Die AOK ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit behält sich die AOK die Möglichkeit der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor.
- (15) Es ist unzulässig ein anderes als das erforderliche und von der AOK genehmigte Hilfsmittel zu liefern.
- (16) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Übermittlung von Kostenvoranschlägen im Zuge des elektronischen Kostenvoranschlages zu erfolgen hat. Die AOK bietet dazu die Möglichkeit des Versandes über die Online-Geschäftsstelle [www.aok24.de](http://www.aok24.de).

## **§ 5 Versorgung des Versicherten**

- (1) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden.
- (2) Der Leistungserbringer führt zur Feststellung des Versorgungsbedarfes eine umfassende Beratung, sofern im Einzelfall erforderlich am Ort des Gebrauches des Hilfsmittels oder sonstigen Produktes, durch. Hierbei muss insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung, der Motivation und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der Betreuungs- oder Pflegeperson Rechnung getragen werden.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten und/oder deren Betreuungspersonen umfassend zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Wohnung, Krankenhaus) durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten.
- (4) Versicherte sind nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden.
- (5) Die Versorgung und Abgabe von Elektrostimulationsgeräten setzt eine Erprobung durch den behandelnden Arzt und Mitarbeit des Versicherten mit positivem Ergebnis voraus. Die erfolgreiche Erprobung ist auf der Verordnung zu dokumentieren. Die Erprobung ist sowohl für die AOK wie auch für den Versicherten kostenlos.
- (6) Der Leistungserbringer liefert das Gerät an die mit dem Versicherten abgestimmte Anschrift.

## **§ 6 Vergütung**

- (1) Der Leistungserbringer hat, sofern in diesem Vertrag keine abweichende Regelung getroffen worden ist, einen Anspruch auf Vergütung, wenn die Versorgung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgt und die AOK eine vorherige schriftliche Genehmigung erteilt hat, soweit in der Anlage 1 nichts Abweichendes geregelt ist.

- (2) Bei einer Änderung der hilfsmittelbezogenen Diagnose innerhalb eines bestehenden Versorgungszeitraumes entsteht kein erneuter Vergütungsanspruch. Ist der Leistungsanspruch des Anspruchsberechtigten bereits ausgeschöpft, kann vom Auftragnehmer gegenüber der Auftraggeberin keine darüber hinausgehende Zahlung verlangt werden.
- (3) Die Vergütung bestimmt sich im Einzelnen nach der Anlage 1. Mit der Zahlung der Vergütungspauschale sind alle Versorgungsleistungen, die innerhalb eines Versorgungszeitraums nach diesem Vertrag zu erbringen sind, abgegolten. Die Preise nach diesem Vertrag verstehen sich jeweils zzgl. der geltenden gesetzlichen Mehrwertsteuer.
- (4) Unterbrechungen jeglicher Art während der Laufzeit einer bezahlten Versorgungspauschale haben keinen Einfluss auf den Versorgungszeitraum und bewirken - bei gleicher Indikation und gleicher Therapieform - somit keine neuen Vergütungsansprüche bei anschließender Fortführung der Therapie (sofern ärztlich notwendig und abgestimmt). Die Dauer der Unterbrechung ist dabei unerheblich.
- (5) Bei der Erstversorgung ist der Tag der Leistungsabgabe, dokumentiert durch die Empfangsbestätigung des Versicherten, maßgebend.
- (6) Bei der Vergütung von Folgepauschalen beginnt der neue Pauschalzeitraum frühestens mit Tag der Verordnung. Es werden nur Verordnungen akzeptiert, die frühestens drei Wochen vor Beginn der Folgepauschale ausgestellt wurden.
- (7) Liegen Indikationen sowohl für eine Schmerztherapie als auch für eine Muskelstimulation vor und käme hierfür der gleichzeitige Einsatz mehrerer Geräte bzw. von Kombinationsgeräten in Betracht, ist vor Auslieferung eine Genehmigung durch die AOK einzuholen.
- (8) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel. Er informiert den Versicherten über sein Eigentum sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten.
- (9) Erlangt die AOK bei der Überprüfung gemäß § 4 Nr. 14 Kenntnis darüber, dass der Anspruchsberechtigte die eingesetzten Hilfsmittel nicht nutzt, kann sie eine weitere Vergütung des Leistungserbringers verweigern. Die Nichtnutzung des Hilfsmittels ist zu dokumentieren und dem Leistungserbringer auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
- (10) Ist die Laufzeit einer Versorgungspauschale nach bisher bestehenden Verträgen bei Inkrafttreten dieses Vertrages noch nicht beendet, wird die Pauschale bis zum Laufzeitende nach den bisherigen Konditionen weitergeführt. Ist eine weitere Versorgung notwendig, sind die Regelungen dieses Vertrages anzuwenden.
- (11) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 61 SGB V die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden. Verlangt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich schriftlich gefordert hat. Für den Fall einer solchen Versorgung hat der Leistungserbringer die AOK im Rahmen der Versorgungsanzeige, spätestens jedoch bei Rechnungslegung, über die Art und den Umfang der besonderen Versorgung zu unterrichten. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vorher schriftlich zu informieren, dass die AOK die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt und die Aufklärung in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Verlangen der AOK hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflichtigkeit nachzuweisen.

- (12) Auf jede fällig werdende Pauschalzahlung ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, mindestens 5 Euro. Da sich die Zuzahlung auf das eingesetzte Hilfsmittel bezieht, können je Hilfsmittel für die gesamte Versorgung maximal 10 Euro erhoben werden, auch wenn mehrere (Folge-)Verordnungen zugrunde liegen. D. h., wenn bei der Erstversorgungspauschale die maximale Zuzahlung in Höhe von 10 Euro nicht erreicht wird, ist bei den Folgepauschalen die Zuzahlung soweit einzuziehen, bis maximal 10 Euro erreicht sind.

## **§ 7 Abrechnung**

- (1) Der Leistungserbringer kann gegenüber der AOK die Vergütung seiner vertraglichen Leistungen im jeweiligen Folgemonat abrechnen, nach dem der Anspruch auf die Versorgungspauschale entstanden ist. Der Leistungserbringer übermittelt der AOK einmal monatlich eine Gesamtrechnung.
- (2) Der Anspruch auf die Folgeversorgungspauschale entsteht jeweils zu Beginn des (ggf. erneuten) Genehmigungszeitraumes.
- (3) Die Original-Verordnungsblätter sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert zur Verfügung zu stellen.
- (4) Für die Abrechnungen des Leistungserbringers gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach §§ 302 ff. SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Der Leistungserbringer rechnet die Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber der AOK mit folgender Stelle ab:

*AOK Bremen / Bremerhaven  
Kompetenzcenter Leistungsmanagement 3  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen*

- (6) Mit der Gesamtrechnung sind der AOK die rechnungsbegründenden Unterlagen jeweils im Original vorzulegen, soweit diese der AOK nicht bereits vorliegen, im einzelnen für die Abrechnung:
- die vertragsärztliche Verordnung,
  - die Erklärung des Versicherten (Anlage 3)
- (7) Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Rechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (8) Die Zahlung der AOK erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Rechnungsunterlagen. Abrechnungen, die vorstehende Anforderungen nicht erfüllen, hemmen die Zahlungsfrist. Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in Anlage 1 vereinbarten Preise, erhält der Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurück.
- (9) Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Zahlungsauftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Bei Zahlung innerhalb von 14 Tagen erfolgt ein Abzug von zwei Prozent Skonto.

- (10) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 1 vereinbarten Preise kann die AOK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung unabhängig von der erfolgten Genehmigung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (11) Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer abschließenden Prüfung. Die AOK ist berechtigt, die Abrechnungen sachlich und rechnerisch zu prüfen. Dabei festgestellte Beanstandungen können innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Diese Frist gilt nicht bei Vertragsverstößen und unerlaubten Handlungen des Leistungserbringers.
- (12) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer zentralen Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen.
- (13) Der Leistungserbringer hat für diesen Fall außerdem schriftlich zu erklären, dass Zahlungen der AOK an die Abrechnungsstelle gegenüber dem Leistungserbringer schuldbefreiend wirken. Dies gilt so lange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOK eingegangen ist.
- (14) Die AOK ist berechtigt, eigene, fällige Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers aufzurechnen. Fällige Forderungen können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Die Übertragung der Abrechnung auf eine Abrechnungsstelle ist ausgeschlossen, wenn hiermit die Aufrechnung verhindert wird.

## **§ 8 Haftung und Rückabwicklung**

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Der Leistungserbringer trägt die Beweislast dafür, dass der Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der AOK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt. Auch hier trägt der Leistungserbringer die Beweislast.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. 1 schließt der Leistungserbringer eine ausreichende und zweckmäßige Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab.
- (3) Der Leistungserbringer hat für den Fall der Insolvenz in geeigneter Form die Erfüllung der aus diesem Vertrag entstandenen Verpflichtungen sicherzustellen und die AOK umgehend zu informieren. Der AOK sind die Namen der zu diesem Zeitpunkt betreuten Versicherten mitzuteilen.

## **§ 9 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2.Kapitel) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten, Behandlungen und persönliche Verhältnisse der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter und die sonstigen von ihm beauftragten Personen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu informieren und zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der AOK auf Verlangen vorzuzeigen.
- (4) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter oder sonstigen beauftragten Personen reicht über das Vertragsende hinaus.

## **§ 10 Werbung**

- (1) Der Leistungserbringer darf Ärzte oder Versicherte nicht zur Stellung von Leistungsanträgen motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Entgelt oder andere Vorteile des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die AOK unaufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) zu informieren.
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung werden hiervon nicht berührt.
- (3) Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Informationen abzustellen, insbesondere darf nicht mit der Leistungspflicht der AOK geworben werden.

## **§ 11 Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen**

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 10.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen.

- (3) Als grobe Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
- a) Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
  - b) Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
  - c) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen.
  - d) Qualitätsmängel der Hilfsmittel, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können und durch den Leistungserbringer verschuldet sind.
  - e) Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
  - f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen; ausgenommen sind Notfallversorgungen.
  - g) Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden.
- (4) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.
- (5) Die AOK kann ohne Vorankündigung Maßnahmen zur Abrechnungsprüfung vor Ort einleiten. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (6) Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße wird der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.

## **§ 12 Dokumentation**

- (1) Der Leistungserbringer führt das Bestandsverzeichnis nach der MPBetreibVO.
- (2) Auf Verlangen stellt der Leistungserbringer der AOK das Bestandsverzeichnis mit sämtlichen Versorgungsfällen im Rahmen dieses Vertrages zur Verfügung.

## **§ 13 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.02.2014 in Kraft und gilt für alle Versorgungen ab diesem Datum. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2015 schriftlich gekündigt werden.

- (2) Die Vergütungsregelung (Anlage 1) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden.

#### **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Bremen, den 01.02.2014

---

AOK Bremen/Bremerhaven

Name Leistungserbringer

Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

- Anlage 1:** Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen
- Anlage 2:** Erklärung zu Mehrleistungen
- Anlage 3:** Erklärung des Versicherten
- Anlage 4:** Rückholbescheinigung
- Anlage 5:** Sicherungsübereignungserklärung

**Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.02.2014**

**Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen**

Mit der Versorgungspauschale sind sämtliche mit der Versorgung des Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten zusammenhängenden Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

- Versorgung der Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten der Produktgruppe 09 und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität der Produktgruppe 15
- Versorgung mit Zubehör sowie entsprechenden Verbrauchsmaterialien (z.B. Elektroden, Vermittlerstoffe, Energieversorgung) in wirtschaftlicher, ausreichender und zweckmäßiger Form, soweit nicht anderweitig in dieser Anlage vereinbart
- Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache
- Beratung im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten)
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels sowie eine entsprechende Nachbetreuung (z.B. Anlagepunkte der Elektroden, Intensität der Behandlung)
- Anpassung am Versicherten
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anlieferung, Abholung, Einlagerung, Rückholung, Ersatzlieferung und Entsorgung
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen
- Montage und Demontage
- Reparaturen
- Wartungen nach den Regelungen des MPG
- Notdienst / Servicehotline
- Überbrückungsversorgungen während Reparaturen

<b>Abrechnungs- Positions- nummer</b>	<b>Hilfs- mittel- KZ</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>MwSt. in v.H.**</b>	<b>Versorgungs- pauschale in EUR zzgl. MwSt.</b>
09.37.01.xxxx Genehmigungsfrei*	08	Erstversorgung: Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	19	<b>40,00</b>
09.37.01.xxxx Genehmigungsfrei*	09	Folgepauschale: Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	19	<b>20,00</b>
09.37.02.xxxx Genehmigungsfrei*	08	Erstversorgung: Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation	19	<b>50,00</b>
09.37.02.xxxx Genehmigungsfrei*	09	Folgepauschale: Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation	19	<b>20,00</b>
09.37.03.xxxx Genehmigungs- pflichtig	08	Erstversorgung: Biphasische, niederfrequente Elektrostimulations-geräte bei Inkontinenz	19	<b>200,00</b>
09.99.02.xxxx		Sonde für Erstversorgung	19	<b>131,00</b>
09.37.03.xxxx Genehmigungs- pflichtig	09	Folgepauschale: Biphasische, niederfrequente Elektrostimulations-geräte bei Inkontinenz	19	<b>120,00</b>

09.37.04.xxxx Genehmigungspflichtig	08	Erstversorgung: Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)	19	<b>200,00</b>
09.99.02.xxxx		Elektrode für Erstversorgung	19	<b>131,00</b>
09.37.04.xxxx Genehmigungspflichtig	09	Folgepauschale: Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)	19	<b>120,00</b>
15.25.19.2xxx Genehmigungspflichtig	08	Erstversorgung: Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität	19	<b>200,00</b>
09.99.02.xxxx		Sonde für Erstversorgung	19	<b>131,00</b>
15.25.19.2xxx Genehmigungspflichtig	09	Folgepauschale: Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität	19	<b>35,00</b>

\* Genehmigungsfrei, sofern die Indikation für eine Versorgung entsprechend den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses vorliegt

\*\* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

#### Erstversorgung:

Die Versorgungspauschalen der Erstversorgung für Elektrostimulationsgeräte und Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität gelten für einen Versorgungszeitraum von 6 Monaten für einen Versicherten ab dem Tag der Lieferung.

#### Folgeversorgung:

Die Folgepauschalen gelten für einen Versorgungszeitraum von 18 Monaten für einen Versicherten ab dem Tag, der auf den letzten Tag der vorhergehenden Versorgungspauschale (Erstversorgung oder Folgepauschale) für das selbe Produkt folgt.

Genehmigungsfreiheit liegt nur in den in der Tabelle gekennzeichnet Abrechnungspositionen vor.

#### Übergangsregelung:

Für Versorgungen die vor Vertragsbeginn begannen und deren Versorgungspauschale auslaufen entsteht innerhalb der ersten 6 Monate der Versorgung ein Anspruch auf die hälftige Erstpauschale. Für Versorgungen ab dem 7 Monat der Versorgung entsteht ein Anspruch auf die volle Folgepauschale.

Bei der Abrechnung von Versorgungen mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß dieser Anlage ist der Leistungserbringergruppenschlüssel **1504191** und das Verwendungskennzeichen 08 (Vergütungspauschale) bzw. 09 (Folgevergütungspauschale) zu verwenden.

Diese Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gilt vom 01.02.2014 und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2015 gekündigt werden.

Sie ersetzt die bisherige Anlage 1 des Vertrages (1504190), ohne dass es einer entsprechenden Kündigung bedarf.

Bremen, den 01.02.2014

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

Name Leistungserbringer

**Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.02.2014**

**Erklärung zu Mehrleistungen**

**Information für den Versicherten**

Name, Vorname des Versicherten .....  
Straße .....  
PLZ, Ort .....

Die vertraglich geregelte Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven garantiert eine dem heutigen Stand der Medizintechnik entsprechende hochwertige Produktqualität. Sie entspricht dem gesetzlichen Anspruch ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein. Unter diesen Gesichtspunkten wurde eine, mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungen, ansonsten aufzahlungsfreie Versorgung für alle Versicherten sichergestellt.

1. Der Leistungserbringer ist daher nur berechtigt, die verhandelte Pauschale mit der AOK Bremen/Bremerhaven abzurechnen.
2. Wählt der Versicherte eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht (§ 12 i. V. m. § 33 SGB V, sog. Mehrleistungen), muss der Versicherte die Mehrkosten für die von ihm gewählten Hilfsmittel sowie die möglichen Folgekosten selbst tragen; eine Erstattung durch die Krankenkasse ist nicht möglich.
3. Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, vom Versicherten mit Ausnahme der o.g. Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V weitere Zahlungen zu fordern.

Ich bestätige, dass ich über den oben genannten Sachverhalt informiert worden bin. Ich erkläre mich demgemäß bereit, aus meiner gewünschten Mehrleistung entstehende Mehrkosten in Höhe von ..... Euro monatlich selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

**Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.02.2014**

**Erklärung des Versicherten**

Name, Vorname des Versicherten .....  
Straße .....  
PLZ, Ort .....

erhält von der AOK Bremen/Bremerhaven Hilfsmittel zur Durchführung der Elektrostimulations-  
therapie/Biofeed-Back-Therapie.

**Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig):** \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .

Die Lieferung erfolgt durch \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Lieferanten)

**1. Allgemeine Informationen**

Der Versicherte hat die Hilfsmittel bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Schäden an den Hilfsmitteln, die durch fahrlässige oder vorsätzliche Beschädigung entstehen, hat der Versicherte auf eigene Kosten durch den Lieferbetrieb beseitigen zu lassen.

Der Versicherte haftet für die ordnungsgemäße Lagerung der Hilfsmittel.

Für Schäden, die aus dem Gebrauch der Hilfsmittel durch Dritte oder bei Dritten entstehen, haftet der Versicherte.

Adress- und Namensänderungen sowie Veränderungen der Krankenkassenmitgliedschaft sind unverzüglich dem Lieferbetrieb mitzuteilen.

**2. Erklärung des Versicherten**

Ich habe mich für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit den oben benannten Hilfsmitteln durch den von mir gewählten Vertragspartner der AOK Bremen/Bremerhaven entschieden. Ich verpflichte mich dazu, die von meinem Vertragslieferanten bereitgestellten Hilfsmittel wirtschaftlich, zweckmäßig und entsprechend der medizinischen Indikation einzusetzen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich im jeweiligen Versorgungszeitraum bei Bedarf mit Hilfsmitteln zur Durchführung der Elektrostimulationstherapie von meinem gewählten Leistungserbringer versorgt werde. Der Versorgungszeitraum beträgt bei Elektrostimulationsgeräten zur Schmerztherapie und bei Elektrostimulationsgeräten zur Muskelstimulation 6 bzw. 18 Monate, beginnend ab dem Tag der Versorgung durch den Leistungserbringer. Kosten, die aus einer zusätzlichen Versorgung durch andere Leistungserbringer entstehen, können mir in Rechnung gestellt werden. Ich wurde darüber informiert, dass ein Erstattungsanspruch gegenüber dem gewählten Leistungserbringer oder der AOK Bremen/Bremerhaven nicht besteht.

Ich bestätige, dass ich gegenwärtig noch nicht mit einem Elektrostimulationsgerät durch einen anderen Leistungserbringer versorgt bin. Mir ist bekannt, dass ich bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben über das Vorhandensein eines Elektrostimulationsgerätes die Kosten für die dieser Vereinbarung zugrundeliegende Versorgung selbst tragen muss. Die Hilfsmittel wurden mir heute in

einem einwandfreien Zustand übergeben. In den Gebrauch des Hilfsmittels/ der Hilfsmittel wurde ich eingewiesen. Über die Lieferungs- und Nutzungshinweise wurde ich informiert. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich ausgehändigt bekommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Versicherten

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.02.2014**

**Rückholbescheinigung**

An die

AOK Bremen/Bremerhaven  
Ambulante Versorgung  
Rehatechnik/Homecare  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen

Der unten genannte Leistungserbringer bestätigt hiermit, dass das für

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

abgegebene Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Modell \_\_\_\_\_ Hersteller \_\_\_\_\_

Seriennummer \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ zurückgeholt wurde.

Grund der Rückgabe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

**Anlage 5 zum Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität gemäß § 127 Abs. 2 SGB V vom 01.02.2014**

## **Sicherungsübereignungserklärung**

zwischen der

**AOK Bremen/Bremerhaven**

(im Folgenden: AOK)

und

**Name des Leistungserbringers  
Straße und Hausnummer  
Postleitzahl und Ort  
IK: IK-Zeichen**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

## **§ 1 Gegenstand**

- (1) Die Sicherungsübereignungserklärung bezieht sich auf alle Versorgungsleistungen im Rahmen von Versorgungspauschalen des Vertrags über die Versorgung der Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität. Sie regelt die Sicherstellung der Erfüllung der aus diesen Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen des Leistungserbringers im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder –veräußerung.
- (2) Treten die Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder –veräußerung nicht ein, bleiben die Regelungen des Rahmenvertrags über die Einzelheiten der Versorgung nach § 127 SGB V und die hiermit verbundenen Verpflichtungen des Leistungserbringers von dieser Sicherungsübereignungserklärung unberührt.

## **§ 2 Voraussetzungen**

Der Leistungserbringer ist dem Vertrag zur Versorgung unserer Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten und Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität beigetreten.

## **§ 3 Sicherungsgegenstand**

- (1) Sicherungsgegenstand sind alle Hilfsmittel, die vom Leistungserbringer im Rahmen einer Versorgungspauschale nach abgegeben und mit der AOK abgerechnet wurden und sich beim Versicherten im Einsatz befinden.
- (2) Wurde im Zusammenhang mit einer Reparatur oder dem Verlust des Hilfsmittels nach des Vertrags nach während des Versorgungszeitraums ein anderes als das ursprünglich gelieferte Hilfsmittel abgegeben, wird das zuletzt abgegebene Hilfsmittel Sicherungsgegenstand.
- (3) Hilfsmittel, die unter dem Eigentumsvorbehalt Dritter stehen, dürfen der AOK nicht in Rechnung gestellt werden und dürfen nicht als Sicherungsgegenstand eingesetzt werden. Mit der Rechnungsstellung bestätigt der Leistungserbringer, dass das Hilfsmittel in seinem Eigentum steht.

## **§ 4 Inhalt und Umfang der Sicherungsübereignung**

- (1) Die Sicherungsübereignung soll die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen dieses Vertrages (z.B. Durchführung von Reparaturen, Ersatzbeschaffung, Sicherstellung der Nachlieferung von Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen) während des gesamten Versorgungszeitraums im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder –veräußerung sicherstellen.
- (2) Zur Sicherstellung der Verpflichtungen überträgt der Leistungserbringer das Eigentum am Sicherungsgegenstand auf die AOK.

- (3) Die AOK wird vom Sicherungsgegenstand nur im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder –veräußerung Gebrauch machen.
- (4) Eine Verwertung des Sicherungsgegenstands ist frühestens am Tage der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder am letzten Tag vor Betriebsaufgabe bzw. -veräußerung möglich.

### **§ 5 Zeitpunkt der Sicherungsübereignung**

- (1) Das Eigentum am Sicherungsgegenstand geht mit der Übergabe an den Versicherten und der anschließenden Bezahlung des Hilfsmittels auf die AOK über.
- (2) Bei zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses laufenden Versorgungspauschalen geht das Eigentum am Sicherungsgegenstand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses an die AOK über, sofern sich die Hilfsmittel noch beim Versicherten im Einsatz befinden.
- (3) Bei Ablauf des Versorgungszeitraums der Versorgungspauschale oder bei Rückholung aus anderem Gründen (z.B. Tod des Versicherten) geht das Eigentum am Sicherungsgegenstand wieder auf den Leistungserbringer über.

### **§ 6 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Bremen, den 01.02.2014

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

Name Leistungserbringer