

Vertrag

**über die Versorgung der Versicherten der
AOK Bremen/Bremerhaven mit Sauerstofftherapiegeräten
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

LEGS: 1504232

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 des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der AOK mit Sauerstofftherapiegeräten, notwendigem Zubehör und Verbrauchsmaterialien einschließlich Reparaturen, Wartungen, Rückholung, Einlagerung und der damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der 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. In diesem Fall ist nur der Ausschreibungsgewinner bzw. sind die Ausschreibungsgewinner berechtigt, die Versicherten der AOK mit dem ausgeschriebenem 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 Präqualifizierungsbestätigung für den betroffenen Versorgungsbereich 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 (Eignungskriterien) nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V n.F.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Tatbestände, die seine Lieferberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der AOK schriftlich mitzuteilen.
- (3) Die Mitarbeiter/innen des Leistungserbringers und deren Qualifikation sind der AOK auf Anfrage namentlich bekannt zu geben. Nur geschultes Fachpersonal (fachlich ausgebildet und therapeutisch erfahren) führt die Einweisung, Betreuung und Beratung durch.
- (4) Der Leistungserbringer muss über ausreichende Räumlichkeiten zur Lagerung von Hilfsmitteln, Ersatz- und Zubehörteilen verfügen, um eine ordnungsgemäße Versorgung mit Hilfsmitteln ohne Verzögerung sicherzustellen. Zur kurzfristigen und fachgerechten Reparatur oder Umrüstung von Hilfsmitteln sind Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge vorzuhalten.
- (5) Der Nachweis über die weiteren Teilnahmevoraussetzungen nach der Anlage 1 ist auf Anforderung der AOK zu erbringen.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

- (1) Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein. Sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V). Die Qualität hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, um der Erkrankung des Versicherten voll gerecht zu werden.
- (2) Vom Leistungserbringer werden ausschließlich Hilfsmittel verwendet, die im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei noch nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln ist der Nachweis zu erbringen, dass die Aufnahme beantragt worden ist.
- (3) Bei Sauerstofftherapiegeräten hat nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung durch den Leistungserbringer unverzüglich eine Interimsversorgung zu erfolgen, sofern hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Interimsversorgung sowie die Höhe der Vergütung sind in der Anlage 2 geregelt.

Ist nach Ablauf der vereinbarten Dauer der Versorgungspauschale eine weitere medizinische Notwendigkeit für die Versorgung gegeben, kann eine Verlängerung der Versorgungspauschale nach den Regelungen der Anlage 2 erfolgen.

- (4) 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
 - Hersteller, genaue Modellbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
 - Preis
- (5) Die Vertragsparteien nutzen den elektronischen Kostenvoranschlag (eKVA) über die oscare® Online Geschäftsstelle für Leistungserbringer (oscare® OGS LE) für den Hin- und Rückweg. Auch die fallbezogene Mehrfachkommunikation erfolgt über dieses Verfahren.
- (6) Abgegebene Hilfsmittel sind durch den Leistungserbringer mit Namen, Anschrift und Telefonnummer des ausliefernden Betriebes zu kennzeichnen.
- (7) Die AOK ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (8) Versicherte sind nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden.
- (9) Bei der Abgabe von Druckgas- bzw. Flüssigsauerstoff-Systemen ist zu prüfen, ob der Einsatz von sauerstoffsparenden Zusatzgeräten, welche z.B. die Abgabe von Sauerstoff auf die Einatmung beschränken, möglich und sinnvoll ist. Entsprechend des Wirtschaftlichkeitsgebotes teilt dies der Leistungserbringer der AOK unverzüglich mit, falls die Voraussetzungen für die Flaschenversorgung nicht mehr gegeben sind und bietet ggf. eine Umversorgung an. Sofern der Leistungserbringer keine Alternativversorgung anbieten kann, ist die AOK darüber zu informieren.

- (10) Der Umfang für Zubehör und Zurüstung richtet sich nach den Leitlinien des Deutschen Industrieverbandes für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V. Spectaris.

§ 5

Versorgung des Versicherten

- (1) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden.
- (2) Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien (HilfsMR), des Medizinproduktegesetzes (MPG), des Hilfsmittelverzeichnisses und die in der Anlage 1 definierten Qualitätsstandards.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten 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. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen.
- (4) Besteht eine differenzierte Auffassung über die Art der Versorgung zwischen Versichertem und Leistungserbringer, so ist der Leistungserbringer zunächst verpflichtet, die Unstimmigkeiten im Zuge eines Gesprächs mit dem verordnenden Arzt auszuräumen.
- (5) Kann auch nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gemäß Abs. 4 keine Einigung in Bezug auf die Art der Versorgung hergestellt werden, ist eine Zweitmeinung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die AOK einzuholen. Der Leistungserbringer hat die AOK unter Beifügung der notwendigen Unterlagen (vertragsärztliche Verordnung, Versorgungsvorschlag, Differenz zur durch den Versicherten angestrebten Versorgung usw.) über eine notwendige Beurteilung durch den MDK zu informieren. Die Beurteilung des MDK akzeptieren die Vertragsparteien als Entscheidung. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für den Fall, dass der Leistungserbringer während einer bereits durch ihn laufenden Versorgung eine Umstellung z. B. auf ein anderes Produkt vornehmen will.

§ 6

Versorgungspauschale

- (1) Die Ausstattung umfasst neben dem erforderlichen Hilfsmittel sämtliche für die Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien. Näheres zum Leistungsumfang regelt die Anlage 2.
- (2) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachlichen Versorgung mit dem Hilfsmittel nach Abs. 1 alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere die in der Anlage 2 genannten Dienst- und Nebenleistungen.
- (3) Die Um- bzw. Aufrüstung, die notwendige Ersatzbeschaffung und die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind vom Leistungserbringer während der Versorgungsdauer sicherzustellen. Die Kosten sind mit der jeweiligen Versorgungspauschale abgegolten, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (4) Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen einschließlich Reparaturen und Ersatzteillieferung während des gesamten Versorgungszeit-

raumes sach- und fachgerecht sicherzustellen. Dies gilt auch, wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Bei Betriebsaufgabe oder –veräußerung sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgungen durch einen kompetenten, nach § 126 SGB V lieferberechtigten Leistungserbringer und teilt diesen unverzüglich der AOK mit. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

- (5) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOK sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel. Kann der Leistungserbringer die Versorgung in dem anderen Bundesland nicht sicherstellen, erfolgt eine anteilige Rückerstattung des Leistungserbringers an die AOK. Jeder nicht angefangene Kalendermonat wird dabei mit 1/12 angesetzt.
- (6) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach dieser Vereinbarung abgegebenen Hilfsmittel. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOK keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer. Ist der Verlust des Hilfsmittels oder der Schaden am Hilfsmittel durch Verschulden verursacht worden, kann der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter Ersatzansprüche geltend machen. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten oder seinen gesetzlichen Vertreter über die Eigentumsverhältnisse.
- (7) Bei einem Wechsel von der Pauschale für die Teilmobilität in die Pauschale für die Vollmobilität werden nicht in Anspruch genommene Kalendermonate der Teilmobilitätspauschale zurückerstattet bzw. verrechnet. Jeder nicht angefangene Kalendermonat wird dabei mit 1/12 angesetzt.

§ 7 Rückholung und Einlagerung

- (1) Die AOK informiert den Leistungserbringer unverzüglich, sofern sie Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung erhält.
- (2) Die Kosten der Rückholung und Einlagerung sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.

§ 8 Ersatzhilfsmittel

- (1) Ist ein Hilfsmittel nicht vorrätig oder die Umrüstung eines vorhandenen Hilfsmittels nicht möglich, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten aus seinem Bestand ein übergangsweise in der Funktion ausreichendes Hilfsmittel zur Verfügung. Die Kosten sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.
- (2) Können notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden, so hat der Leistungserbringer – soweit erforderlich – für die Dauer der Reparaturzeit ein vergleichbares Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung zu stellen. Die Kosten sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.

§ 9 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.

§ 10 Notdienst

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, einen aktiven Notdienst bereitzustellen, der täglich 24 Stunden für AOK-Versicherte erreichbar ist. Im Rahmen dieses Notdienstes gewährleistet der Leistungserbringer entsprechend der medizinischen Notwendigkeit eine unverzügliche Versorgung mit Zubehör-, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie eine Nachbetreuung der Versicherten. Die Organisation des Notdienstes obliegt dem Leistungserbringer.
- (2) Die Kosten des Notdienstes sind mit der Versorgungspauschale abgegolten.

§ 11 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Versorgungspauschalen richtet sich nach der Anlage 2. Die in der Anlage 2 vereinbarten Preise gelten im Sinne von Höchstpreisen.
- (2) Mit der Versorgungspauschale ist der in der Vereinbarung beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Verlangt der Versicherte neben der bewilligten Leistung 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 gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.
- (4) Während eines Urlaubs- oder Auslandsaufenthaltes des Versicherten werden die ggf. entstehenden Mehrkosten von der AOK nicht übernommen. Hier gelten die Bestimmungen des § 11 Abs. 3 dieses Vertrages.

§ 12 Bestimmungen zur Rechnungslegung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet die aufgrund von vertragsärztlichen Verordnungen erbrachten Leistungen mit dem von der AOK benannten Abrechnungsstandort ab.
- (2) Die Rechnungslegung aller in der Anlage 2 vereinbarten Vergütungsregelungen sowie die Weiterleitung der Original-Verordnungen und sonstigen rechnungsbegründenden Unterlagen erfolgt jeweils für einen abgeschlossenen Kalendermonat nach Maßgabe der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 SGB V an die von der AOK benannte Stelle.
- (3) Die Original-Verordnungsblätter und die Empfangsbestätigung des Versicherten (Anlage 3) sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert zur Verfügung zu stellen.
- (4) Die Rechnung darf erst nach Leistungserbringung zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (5) Die Rechnung des Leistungserbringers ist als Sammelrechnung einzureichen. Sie enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben, bezogen auf die Summe der von dem Leistungserbringer abgerechneten Verordnungsblätter:
 - a) Rechnungsnummer
 - b) Gesamtbetrag Brutto
 - c) Gesamtbetrag Zuzahlung
 - d) Gesamtbetrag Netto (Hilfsmittel sind separat auszuweisen)
 - e) Zahlbetrag
 - f) Gesamtanzahl Verordnungsblätter
- (6) Ein beauftragtes Rechenzentrum erstellt zusätzlich zur Rechnung nach Abs. 4 eine Sammelrechnung, welche die Gesamtanzahl der abrechnenden Leistungserbringer und das Institutionskennzeichen des Rechenzentrums enthält, sowie eine Einzelrechnung je Leistungserbringer, die dessen Institutionskennzeichen enthält.
- (7) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Werden die Daten der AOK vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOK erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (8) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 2 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.

§ 13

Bestimmungen zur Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Rechnung zu begleichen. Eingangstag der Rechnung ist der Tag, an dem der AOK die Rechnung, Verordnung und die Abrechnungsdaten sowie die Imagedatensätze vollständig und korrekt vorliegen.
- (2) Bei Zahlung per 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 in Höhe von zwei Prozent Skonto.
- (3) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOK eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOK ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOK vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.
- (4) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen.
- (5) 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.

§ 14

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.

§ 15

Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen 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.

§ 16 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.

§ 17 Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf Ärzte oder Versicherte nicht zur Stellung von Leistungsanträgen motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen 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 hinsichtlich einer wirtschaftlichen Versorgung werden hiervon nicht berührt.
- (3) Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Informationen abzustellen, insbesondere darf nicht mit der Leistungspflicht der AOK geworben werden.

§ 18 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 Produkten, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Produkten, 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 gemäß § 3 Abs. 1.
 - d) Qualitätsmängel der Produkte, 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.

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2014 in Kraft und gilt für alle Versorgungen ab diesem Datum. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.04.2015 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 in Verbindung mit § 33 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechenden vertraglich vereinbarten Versorgungspauschalen als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.

§ 20
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 01.05.2014

AOK Bremen/Bremerhaven

Name Leistungserbringer

Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

- Anlage 1:** Teilnahmevoraussetzungen
- Anlage 2:** Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen
- Anlage 3:** Empfangsbestätigung
- Anlage 4:** Angaben über die Mobilität für die Langzeitsauerstofftherapie

Teilnahmevoraussetzungen

Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 2 sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Eigenes Fachpersonal mit fachlicher Kompetenz entsprechend 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 n.F. und des MPG mit praktischer Erfahrung auf dem entsprechenden Arbeitsgebiet für
 - die Einweisung und Nutzung des Hilfsmittels und Betreuung der Versicherten und
 - die Überprüfung, Reparatur und Wartung der Hilfsmittel nach den Vorschriften des Herstellers bzw. des MPG.
2. Die Präqualifizierungsbescheinigung ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.
3. Technische Ausstattung für die Überprüfung, Reparatur und Wartung der Hilfsmittel nach den Vorschriften des Herstellers bzw. des MPG.
4. Ausreichende Ersatz- und Zubehörteile sowie Ersatz- und Notfallgeräte.
5. Landesweiter technischer Not-, Service- und Reparaturdienst nach den Regelungen des § 10.
6. Vorhaltung und Nutzung von beheizbaren, trockenen und geschlossenen Räumen zur adäquaten Lagerung.
7. Autorisierung des Herstellers, sofern der Leistungserbringer nicht selbst Hersteller ist.
8. Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001/9002 oder aktuellen Zertifizierungsnormen. Ein entsprechender Nachweis ist der AOK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Vergütung, Laufzeit und Umfang der Versorgungspauschalen

Mit der Versorgungspauschale sind immer folgende Dienst- und Nebenleistungen abgegolten:

- Beratung im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten)
- Einmalige umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels sowie eine entsprechende Nachbetreuung
- Anpassung am Versicherten
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anlieferung, Abholung, Einlagerung und Entsorgung, inkl. GGVS-Gebühr
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen
- Montage und Demontage
- Reparaturen
- Wartungen nach den Regelungen des MPG
- Notdienst

Nach den Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnis fallen Auswerteinheiten, Drucker, Schreiber und anderes nur vom Arzt benötigtes Zubehör nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. D.h., dass die Kosten für Speicherauslesungen nicht zu Lasten der AOK berechnet werden können.

1. Sauerstofftherapiegeräte für Patienten mit einer sauerstoffunterstützten Teilmobilität von weniger als 5 Stunden wöchentlich

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	MwSt. in v.H.*	Versorgungs- pauschale in EUR zzgl. MwSt.
1.1 Sauerstoffkonzentratoren				
14.24.04.0xxx	08	Erstpauschale Sauerstoffkonzentrator stationär (12 Monate)	19	290,00
	09	Folgepauschale Sauerstoffkonzentrator stationär (24 Monate)	19	440,00
1.2 Druckgas-Flaschensysteme				
14.24.05.0xxx, 14.24.05.4xxx, 14.24.05.5xxx, 14.24.05.7xxx, oder 14.24.05.8xxx	08	Erstpauschale (12 Monate)	19	70,00
	09	Folgepauschale (24 Monate)	19	100,00
14.99.99.1xxx	08/09	Sauerstoff-Druckgasflaschenlieferung (Pauschale pro Flasche)	19	28,00

* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

1.1 Sauerstoffkonzentratoren

Die Erstpauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von 12 Monaten für einen Versicherten ab dem Tag der Lieferung. Die Folgepauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von 24 Monaten ab dem auf die Erstpauschale folgenden Kalendertag.

Die Versorgungspauschalen beinhalten neben dem Sauerstoffkonzentrator alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien. Hierzu zählen – ohne, dass es sich hierbei um eine abschließende Auflistung handelt – z.B. :

- Nasenbrillen und Sauerstoffmasken
- Sauerstoffschläuche
- Sprudelanfeuchter
- Wasserfallen
- Filter
- Sterilwasser (soweit medizinisch notwendig/vom Hersteller vorgegeben)

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich der verbrauchten Zubehörteile, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien auf das Maß des medizinisch Notwendigen hinzuweisen. Verbraucht der Versicherte mehr als das medizinisch Notwendige, trägt die AOK nicht die hierdurch entstandenen Mehrkosten. Vielmehr kann der Leistungserbringer dem Versicherten die hierdurch entstandenen Mehrkosten in Rechnung stellen. Dabei muss der Leistungserbringer sicherstellen, dass der Versicherte vorher vom Leistungserbringer ggf. unter Einbindung der AOK ausführlich über das Maß des medizinisch Notwendigen beraten worden ist, der Versicherte schriftlich über die Kostenpflichtigkeit vor Abgabe der Hilfsmittel durch den Leistungserbringer informiert worden ist und die Leistung ausdrücklich vom Versicherten gefordert worden ist.

Die Wartungen der Geräte sowie deren sicherheitstechnischen Kontrollen sind nach den Regelungen des MPG durchzuführen. Die Kosten hierfür sind mit der Pauschale abgegolten.

Vor der erstmaligen Versorgung im Rahmen der Teilmobilität ist ein Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung zur Genehmigung bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK einzureichen. Die Genehmigung erfolgt für 12 Monate.

Der Leistungserbringer stellt der AOK die gelieferte Leistung als pauschale Vergütung nach Ablauf von drei Versorgungsmonaten in Rechnung, wenn kein Wechsel in die Vollmobilitätspauschale erfolgt. Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung im Original beizufügen.

Ist eine weitere Versorgung des Versicherten nach Ablauf des Versorgungszeitraums von einem Jahr medizinisch notwendig, kann die Folgepauschale direkt mit der AOK abgerechnet werden, wenn die Therapiedauer im vorangegangenen Versorgungsjahr mindestens 1.400 Betriebsstunden betragen hat. Im Rahmen der Folgeverordnung ist die Nutzungsdauer des Vorgenehmigungszeitraumes mitzuteilen. Aus der für die Abrechnung der Folgepauschale notwendigen Verordnung (Muster 16) sollen die voraussichtliche Mobilität des Versicherten in Std./Woche und der notwendige Flow in l/min. hervorgehen.

Die Fortführung bereits aufgrund anderer vertraglicher Grundlagen erfolgter Pauschalversorgungen durch denselben Leistungserbringer stellt eine Folgepauschale nach diesem Vertrag dar und begründet keine neue Erstpauschale.

Der Vergütungsanspruch endet mit dem Wegfall der medizinischen Notwendigkeit. Bei einem Wechsel von der Pauschale für die Teilmobilität in die Pauschale für die Vollmobilität werden nicht in Anspruch genommene Kalendermonate der Teilmobilitätspauschale zurückerstattet bzw. verrechnet. Jeder nicht angefangene Kalendermonat wird dabei mit 1/12 angesetzt.

1.2 Druckgas-Flaschensysteme und Sauerstoff-Flaschenfüllungen

Die Erstpauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von 12 Monaten für einen Versicherten ab dem Tag der Lieferung. Die Folgepauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von 24 Monaten ab dem auf die Erstpauschale folgenden Kalendertag.

Die Versorgung mit Druckgas-Flaschensystemen setzt sich aus einer Versorgungspauschale für den Druckminderer ohne bzw. mit Atemtriggerung und den Pauschalen für die Sauerstoff-Flaschenlieferung zusammen. Die gelieferte Menge der Sauerstoff-Druckgasflaschen bestimmt sich im Einzelfall entsprechend der medizinischen Notwendigkeit, wobei ab einem Verbrauch von mehr als drei Flaschen monatlich aus Wirtschaftlichkeitsgründen in die Vollmobilität gewechselt werden muss.

a) Druckgas-Flaschensystem

Die Versorgungspauschalen beinhalten neben dem Druckminderer oder dem Sauerstoffsparsystem inklusive Druckminderer alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien. Hierzu zählen – ohne, dass es sich hierbei um eine abschließende Auflistung handelt – z. B.

- Batterien
- Tragehilfen und Fahrgestelle

b) Sauerstoff-Flaschenlieferung

Die Versorgungspauschale beinhaltet neben der Sauerstoff-Flaschenfüllung und der Flaschenmiete alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien sowie Dienst- und Nebenleistungen. Hierzu zählen – ohne, dass es sich hierbei um eine abschließende Auflistung handelt – z.B. :

- Nasenbrillen und Sauerstoffmasken
- Sauerstoffschläuche
- Flaschenfüllung mit medizinischem Sauerstoff (unabhängig von der Behältergröße)
- Flaschennutzungsgebühr
- Montage und Demontage der Sauerstoffarmatur
- Lieferung und Abholung zum und vom Versicherten
- GGVS-Gebühr

Die Wartungen der Geräte sowie deren sicherheitstechnischen Kontrollen sind nach den Regelungen des MPG durchzuführen. Die Kosten hierfür sind mit der Pauschale abgegolten.

Ziel der Versorgung soll es sein, Patienten eine sauerstoffunterstützte Mobilität von bis zu 5 Stunden wöchentlich zu gewährleisten, wobei unwirtschaftliche und über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgungsleistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden dürfen.

Vor der erstmaligen Versorgung im Rahmen der Teilmobilität ist ein Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung zur Genehmigung bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK einzureichen. Die Genehmigung erfolgt für 12 Monate.

Der Leistungserbringer stellt der AOK die gelieferte Leistung als pauschale Vergütung nach Ablauf von drei Versorgungsmonaten in Rechnung. Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung im Original beizufügen.

Ist eine weitere Versorgung des Versicherten nach Ablauf des Versorgungszeitraums von einem Jahr medizinisch notwendig, kann die Folgepauschale direkt mit der AOK abgerechnet werden. Im Rahmen der Folgeverordnung ist die Nutzungsdauer des Vorgenehmungszeitraumes mitzuteilen. Aus der für die Abrechnung der Folgepauschale notwendigen Verordnung (Muster 16) müssen die voraussichtliche Mobilität des Versicherten in Std./Woche und der notwendige Flow in l/min. hervorgehen.

Der Vergütungsanspruch endet mit dem Wegfall der medizinischen Notwendigkeit. Bei einem Wechsel von der Pauschale für die Teilmobilität in die Pauschale für die Vollmobilität werden nicht in Anspruch genommene Kalendermonate der Teilmobilitätspauschale zurückerstattet bzw. verrechnet. Jeder nicht angefangene Kalendermonat wird dabei mit 1/12 angesetzt.

Patienten, deren sauerstoffunterstützte Mobilität nicht deutlich über fünf Stunden wöchentlich liegt, werden zunächst immer in der Teilmobilität versorgt. Nach drei Monaten wird die Mobilität anhand der angefragten Sauerstoffflaschen beurteilt; wurden in zwei von drei Monaten mehr als 3 Flaschen monatlich angefordert, wird rückwirkend die Vollmobilität beantragt.

Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten drei Monate, kann je angefangenen Abrechnungsmonat die Vollmobilitätspauschale beantragt werden. Dieses gilt auch für Interimsversorgungen, die nicht in einer Erstpauschale weitergeführt werden.

2. Sauerstofftherapiegeräte für Patienten mit einer sauerstoffunterstützten Vollmobilität von mehr als 5 Stunden wöchentlich

Abrechnungspositionennummer	Hilfsmittelkennzeichen	Bezeichnung	MwSt. in v.H.*	Versorgungspauschale in EUR zzgl. MwSt.
		2.1 Vollmobilitätspauschale bei Flow bis 4l/min.		
14.24.04.2xxx, 14.24.04.3xxx, 14.24.04.7xxx, 14.24.04.8xxx oder 14.24.04.6xxx	08/09	Erst-/Folgepauschale (1 Monat) <ul style="list-style-type: none"> Sauerstoffkonzentratoren mit externen Druckgasfülleinheiten Kombinierte Sauerstoffkonzentratoren mit internen Druckgasfülleinheiten Netzunabhängige mobile Sauerstoffkonzentratoren inkl. Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien	19	120,00
		2.2 Vollmobilitätspauschale bei Flow ab 4l/min.		
14.24.05.1xxx, 14.24.05.2xxx	08/09	Erst-/Folgepauschale (1 Monat) <p>Sauerstoff-Behältersystem stationär inklusive Sauerstoff-Behältersysteme mobil/tragbar/getriggert und inkl. Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien</p>	19	54,00

14.00.00.0103	08/09	Erst-/Folgepauschale (1 Monat) Flüssiggasbehälterfüllung nach Bedarf	19	216,00
---------------	-------	---	----	---------------

* Es wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz angesetzt.

2.1 Vollmobilitätspauschale bei einem medizinisch notwendigen Flow bis 4l/min.

Die Vollmobilitätspauschale für Patienten mit einer sauerstoffunterstützten Mobilität von mehr als 5 Stunden wöchentlich und einem medizinisch notwendigen Sauerstoff-Flow von bis zu 4 Liter je Minute beinhaltet neben den Hilfsmitteln für eine möglichst uneingeschränkte Mobilität alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien sowie Dienst- und Nebenleistungen. Hierzu zählen – ohne, dass es sich hierbei um eine abschließende Auflistung handelt – z. B.

- Stationäre Sauerstoffkonzentratoren (14.24.04.1xxx)
- Homefill-Geräte u. ä. (14.24.4.2xxx, 14.24.04.3xxx, 14.24.04.7xxx, 14.24.04.8xxx)
- Netzunabhängige mobile Sauerstoffkonzentratoren (14.24.04.6xxx)
- Nasenbrillen und Sauerstoffmasken
- Sauerstoffschläuche
- Montage und Demontage der Sauerstoffarmatur
- Lieferung und Abholung zum und vom Versicherten

Die Wartungen der Geräte sowie deren sicherheitstechnischen Kontrollen sind nach den Regelungen des MPG durchzuführen. Die Kosten hierfür sind mit der Pauschale abgegolten.

Ziel der Versorgung soll es sein, Patienten mit einem Flow von bis zu 4l/min. eine möglichst uneingeschränkte Mobilität zu gewährleisten, wobei unwirtschaftliche und über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgungsleistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden dürfen. Dem Versorgungswunsch des Versicherten soll nach Möglichkeit entsprochen werden.

Vor der erstmaligen Versorgung im Rahmen der Vollmobilität ist ein Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung zur Genehmigung bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK einzureichen. Die Genehmigung erfolgt für längstens 12 Monate.

Der Leistungserbringer stellt der AOK die gelieferte Leistung als pauschale Vergütung einmal monatlich in Rechnung. Der Abrechnung ist im ersten Abrechnungsmonat die ärztliche Verordnung im Original und in den genehmigten Folgemonaten eine Kopie dieser ärztlichen Verordnung beizufügen.

Ist eine weitere Versorgung des Versicherten nach Ablauf des Versorgungszeitraums von einem Jahr medizinisch notwendig, muss die Folgepauschale vor Ablauf des Genehmigungszeitraumes neu beantragt werden. Dabei ist neben einer entsprechenden ärztlichen Verordnung und der ausgefüllten Anlage 4 auch die Nutzungsdauer des Vorgelegungszeitraumes mitzuteilen. Aus der Verordnung (Muster 16) sollen die voraussichtliche Mobilität des Versicherten in Std./Woche und der notwendige Flow in l/min. hervorgehen.

Der Vergütungsanspruch endet mit dem Wegfall der medizinischen Notwendigkeit. In der Kalkulation der Monatspauschalen ist der Unterbrechungstatbestand „stationäre Behandlung“ berücksichtigt. Insofern können die Monatspauschalen auch bei Tagen stationärer Behandlung abgerechnet werden. Eine anteilige Kürzung von angefangenen Kalendermonaten innerhalb des Genehmigungszeitraums erfolgt nicht.

2.2 Vollmobilitätspauschale bei einem medizinisch notwendigen Flow ab 4l/min.

Die Vollmobilitätspauschale für Patienten mit einer sauerstoffunterstützten Mobilität von mehr als 5 Stunden wöchentlich und einem medizinisch notwendigen Sauerstoff-Flow von mehr als 4 Liter je Minute umfasst:

1. Bereitstellung
 - des stationären Flüssiggas-Behältersystems (entsprechend des Sauerstoffbedarfs des Versicherten und der medizinischen Notwendigkeit sind bei Bedarf zwei stationäre Behältersysteme zur Verfügung zu stellen)
 - des mobilen, tragbaren Behältersystems (sofern die medizinische Notwendigkeit gegeben ist, ist ein Behältersystem mit Atemtriggeung abzugeben)
2. Regelmäßige Behälterfüllungen mit medizinischem Sauerstoff je nach Sauerstoffbedarf des Versicherten und medizinischer Notwendigkeit
3. Alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien. Hierzu zählen – ohne, dass es sich um eine abschließende Auflistung handelt – z.B. :
 - Nasenbrillen und Sauerstoffmasken
 - Sauerstoffschläuche
 - Tragehilfen und Fahrgestelle
4. Sämtliche in dieser Vergütungsregelung beschriebenen Dienst- und Nebenleistungen

Die Wartungen der Geräte sowie deren sicherheitstechnischen Kontrollen sind nach den Regelungen des MPG durchzuführen. Die Kosten hierfür sind mit der Pauschale abgegolten.

Ziel der Versorgung soll es sein, Patienten mit einem Flow von mehr als 4l/min. eine möglichst uneingeschränkte Mobilität zu gewährleisten, wobei unwirtschaftliche und über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgungsleistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden dürfen.

Vor der erstmaligen Versorgung im Rahmen der Vollmobilität ist ein Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung zur Genehmigung bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK einzureichen. Die Genehmigung erfolgt für längstens 12 Monate.

Der Leistungserbringer stellt der AOK die gelieferte Leistung als pauschale Vergütung einmal monatlich in Rechnung. Der Abrechnung ist im ersten Abrechnungsmonat die ärztliche Verordnung im Original und in den genehmigten Folgemonaten eine Kopie dieser ärztlichen Verordnung beizufügen.

Ist eine weitere Versorgung des Versicherten nach Ablauf des Versorgungszeitraums von einem Jahr medizinisch notwendig, muss die Folgepauschale vor Ablauf des Genehmigungszeitraumes neu beantragt werden. Dabei ist neben einer entsprechenden ärztlichen Verordnung und der ausgefüllten Anlage 4 auch die Nutzungsdauer des Vorgenehmigungszeitraumes mitzuteilen. Aus der Verordnung (Muster 16) sollen die voraussichtliche Mobilität des Versicherten in Std./Woche und der notwendige Flow in l/min. hervorgehen.

Der Vergütungsanspruch endet mit dem Wegfall der medizinischen Notwendigkeit. In der Kalkulation der Monatspauschalen ist der Unterbrechungstatbestand „stationäre Behandlung“ berücksichtigt. Insofern können die Monatspauschalen auch bei Tagen stationärer Behandlung abgerechnet werden. Eine anteilige Kürzung von angefangenen Kalendermonaten innerhalb des Genehmigungszeitraums erfolgt nicht.

Bei der Abrechnung von Versorgung mit Sauerstofftherapiegeräten gemäß dieser Anlage ist der Leistungserbringergruppenschlüssel 1504232 und das Verwendungskennzeichen 08/09 zu verwenden.

Diese Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Sauerstofftherapiegeräten gilt ab 01.05.2014 und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.04.2015 gekündigt werden.

Bremen, den 01.05.2014

AOK Bremen/Bremerhaven

Name Leistungserbringer

Empfangsbestätigung

des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels

Die Firma _____ stellt

Frau/Herrn _____ Geburtsdatum: _____

folgendes Hilfsmittel _____

Modell: _____ Hersteller _____

Seriennummer _____

als Sachleistung leihweise zur Verfügung und die AOK Bremen/Bremerhaven übernimmt die Kosten für diese Versorgung.

Ich habe das o.g. Hilfsmittel heute in gebrauchsfähigem Zustand erhalten und wurde in den Gebrauch eingewiesen. Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des unten genannten Leistungserbringers.

Ich verpflichte mich,

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- ausschließlich den genannten Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör- und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel unverzüglich zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Hilfsmittel ausgeliefert am

Unterschrift des Leistungserbringers

Angaben über die Mobilität für die Langzeitsauerstofftherapie

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bremen/Bremerhaven meine persönlichen Daten zum Zwecke der Bewilligung eines Systems zur Sauerstofflangzeittherapie direkt vom oben genannten Leistungserbringer erhält und dieser die Daten erheben darf.

Mit ist bekannt, dass meine Einwilligung in die Datenübermittlung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

KV-Nummer: _____

Leistungserbringer: _____

Tägliche Bewegung außerhalb des Wohnbereiches und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sind wesentliche Bestandteile der Lebensqualität, welche sich positiv auf den allgemeinen Gesundheitszustand auswirken. Gerade das hohe Rehabilitationspotential der Sauerstofftherapie macht es jedoch zwingend erforderlich, neben einer sorgfältigen Diagnose auch eine ebenso sorgfältige Therapieeinstellung vorzunehmen. Erst auf dieser Grundlage und in Kenntnis des Mobilitätsbedarfs ist die Auswahl eines geeigneten Gerätes möglich.

Die Sauerstoffversorgung sollte so gut wie möglich auf die persönliche Krankheitssituation und die Lebensumstände abgestimmt sein.

1. Besteht ein Beschäftigungsverhältnis? ja nein

1.1. Wenn ja, wie lange sind Sie täglich unterwegs? _____ Std./Tag
_____ Std./Woche

2. Wie lange sind Sie täglich außer Haus auf den Beinen? _____ Std./Tag
_____ Std./Woche

3. Welches Gewicht sind Sie in der Lage, zusätzlich mit sich zu führen?
(ggf. mit Trage-/Transporthilfe)? bis 3 kg
bis 5 kg
bis 7 kg

4. Falls erforderlich, welche Trage-/Transporthilfe wird benötigt? Tragetasche
Rucksack
Caddy

5. Müssen Treppen(-stufen) gestiegen werden? ja nein

5.1. Wenn ja, wie viele? a. innerhalb des Wohnbereiches _____
b. außerhalb des Wohnbereiches _____

6. Ist ein Rollator oder Rollstuhl vorhanden? ja nein

7. Sie benötigen Sauerstoff rund um die Uhr.
nicht durchgehend (ca. _____ Std./Tag)

8. Welche Versorgungsvariante wird angestrebt? (ggf. Rücksprache mit dem Arzt)

10-Liter-Sauerstoffflasche zur bedarfsweisen Nutzung

Stationärer Sauerstoffkonzentrator (ohne Mobilität)

Stationärer Sauerstoffkonzentrator + Sauerstoffflaschengerät
mit Druckminderer
mit Sparventil (Triggerung/Demandsystem)

Stationärer Sauerstoffkonzentrator + Füllstation
iFill
HomeFill II
UltraFill

Mobiler Sauerstoffkonzentrator

Sonstiges: _____

8.1. Wie viele Sauerstoffflaschen verbrauchen Sie? a. pro Tag ca. _____
(momentan, falls bereits vorhanden) b. pro Woche ca. _____

8.2. Falls derzeit Füllstation vorhanden:

Wie viele Sauerstoffflaschen haben Sie erhalten? _____ Flaschen

Wie viele Füllungen werden täglich durchgeführt? _____ Flaschen

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten