

Vertrag

über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Beatmungstherapie nach § 127 Abs. 1 SGB V

– Vertragsnummer: 19 07 483 –

zwischen der

**AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda,
dieser wiederum vertreten durch Frau Brigitte Käser, Hannover**

(im Folgenden: AOK)

und

**Name
Anschrift
PLZ, Ort**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Geltungsbereich.....	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge.....	6
§ 6	Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln.....	7
§ 7	Abgabe von nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln	7
§ 8	Versorgungspauschale.....	8
§ 9	Reparaturen und Wartungen	8
§ 10	Rückholung, Einlagerung und Aussonderung.....	9
§ 11	Gewährleistung und Garantie	10
§ 12	Haftung und Verzug	10
§ 13	Insolvenz	11
§ 14	Vergütung.....	11
§ 15	Abrechnung.....	12
§ 16	Datenschutz und Schweigepflicht	15
§ 17	Werbung	16
§ 18	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	17
§ 19	Übergangsregelung	18
§ 20	Inkrafttreten und Kündigung	19
§ 21	Salvatorische Klausel	20
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	21
Anlage 2	Leistungsbeschreibung.....	26
Anhang 1 zur Anlage 2	: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung.....	38
Anlage 3	Vergütung	40
Anlage 4	Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung - AOK-Hilfsmittelpool -.....	47
Anlage 5	Versicherteninformation.....	57
Anlage 6	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkosten- erklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln.....	59
Anlage 7	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln	60
Anlage 8	Rücknahmebestätigung.....	61
Anlage 9	Meldung des Versicherten über den Ausfall des Beatmungsgerätes	62
Anlage 10	Erklärung nach § 15 Abs. (2)	63

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOK mit Hilfsmitteln zur Beatmungstherapie.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlagen 5 bis 9 stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK und für den Leistungserbringer. Er umfasst die Versorgung aller AOK-Versicherten sowie aller durch die AOK betreuten Anspruchsberechtigten.
- (2) Ändert sich die Hilfsmittelpositionsnummer eines Produktes als Folge einer Fortschreibung/ Umgruppierung, hat dies nicht zur Folge, dass die bisherige vertragliche Regelung ihre Wirksamkeit verliert. Produkte können auch mit veränderter Hilfsmittelpositionsnummer über ihre Produktbezeichnung und -beschreibung identifiziert und der entsprechenden vertraglichen Regelung zugeordnet werden.
- (3) Die Vertragsparteien verständigen sich darauf, bei Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses, für die in den Anlagen dieses Vertrages vereinbarten Hilfsmittel, gemeinsam die Notwendigkeit der Vertragsanpassung zu überprüfen.

§ 3 Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer bestätigt durch Vertragsabschluss, dass er diese Voraussetzungen erfüllt. Die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien ist spätestens mit Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Nachweis ist regelmäßig mit der Präqualifizierungsbestätigung erbracht.

- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK schriftlich mitzuteilen.
- (4) Die Abführung der Mehrwertsteuer obliegt dem Leistungserbringer und ist nicht durch die AOK sicherzustellen.
- (5) Die AOK ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Beratung und Einweisung der Versicherten und/oder der in Abs. (3) genannten Personen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher und gewährleistet während der gesamten Versorgungsdauer eine umfassende und sachgerechte Nachbetreuung und Anpassung. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der in Abs. (3) genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung durch den Versicherten und nachfolgender Terminabsprache ist der Versicherte durch den Leistungserbringer in seinem häuslichen Wohnumfeld aufzusuchen. Versorgungsbezogene Besonderheiten sind in Anlage 2 Nr. 3.1 geregelt.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung, Anleitung und Nachbetreuung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.
- (4) Soweit es die Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorsehen, gewährleistet der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung auch einen med.-tech. Notdienst, der täglich 24 Stunden für AOK-Versicherte erreichbar ist. Die Telefonnummer, Name und Anschrift des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Versorgung bekannt zu geben. Versorgungsbezogene Besonderheiten sind in Anlage 2 Nr. 3.2 geregelt.
- (5) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins

Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOK auf Verlangen zu erbringen.

- (6) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOK kann nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOK benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOK ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist. Die Regelung nach Abs. (9) bleibt unberührt.
- (9) Der Leistungserbringer hat - soweit erforderlich - nach Eingang der ärztlichen Verordnung unverzüglich aus seinem Bestand ein übergangsweise ausreichendes und geeignetes Hilfsmittel (Interimsversorgung) zur Verfügung zu stellen,
 - soweit hierfür eine Eilbedürftigkeit medizinisch gegeben ist oder
 - um eine Verschlechterung oder Gefährdung des Gesundheitszustandes zu verhindern oder
 - wenn das einzusetzende Hilfsmittel nicht rechtzeitig an den Versicherten abgegeben werden kann oder
 - wenn notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden können für die Dauer der Reparatur- oder Wartungszeit.

Hilfsmittel, die sich im Eigentum der AOK befinden, dürfen für die genannten Zwecke nicht eingesetzt werden.

- (10) Soweit eine Versorgung nach Abs. (9) noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOK unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang 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.
- (11) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten die Versicherteninformation nach Anlage 5 aus und stellt sicher, dass der Versicherte durch Unterschrift auf dem Dokument bestätigt, die Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben. Ein Exemplar der Versicherteninformation verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Leistungserbringern unterzeichnet und hierdurch

Mehrkosten entstehen, geht dies nicht zu Lasten der AOK. In diesem Falle vergütet die AOK die Leistung ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer, welcher zuerst die Abrechnung eingereicht hat. Die Versicherteninformation ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.

- (12) Es ist unzulässig, mit Ausnahme der Regelung nach Abs. (9), ein anderes als das erforderliche und von der AOK genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (13) Die AOK ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (14) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.

§ 5 Kostenvoranschläge

- (1) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
 - Kopie der ärztlichen Verordnung
 - Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer nach den Richtlinien zum Datenträgeraustausch; die Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben.
 - Netto- und Bruttopreis inkl. Mehrwertsteuerschlüssel
 - Registernummer und Abfragebeleg über die Pool-Abfrage nach Anlage 4 bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln.
 - Bei Reparaturen ist eine detaillierte Auflistung der angefallenen Arbeiten und benötigten Ersatz- und Zubehörteile einzureichen. Ein Fotonachweis ist grundsätzlich erforderlich, wenn eine äußerliche Beschädigung des Hilfsmittels vorliegt oder die Ursache der Reparatur auf einen Wasserschaden oder eine Nikotinkontaminierung zurückzuführen ist. Bei Abweichungen von der ursprünglichen Auflistung ist ein erneuter Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Bei Fremdreparaturen durch den Hersteller ist der Kostenvoranschlag des Herstellers beizufügen. Hinweise nach § 11 Abs. 4, d.h. Hinweise über Schäden am Hilfsmittel, die auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen

Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen sind, sind auf dem Kostenvoranschlag anzugeben.

- Versorgungszeitraum
- (2) Kostenvoranschläge für den Wiedereinsatz eines Hilfsmittels dürfen der genehmigenden Stelle der AOK erst eingereicht werden, sofern dem Leistungserbringer alle erforderlichen Informationen über den Zustand des Hilfsmittels, die zur Erstellung des Kostenvoranschlages notwendig sind, bekannt sind. Die Einreichung eines weiteren Kostenvoranschlages zur Beantragung von weiteren Leistungen, z.B. Reparaturen und Ersatzteile, für den gleichen Wiedereinsatz ist unzulässig.
 - (3) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOK unbearbeitet an den Leistungserbringer zurückgesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. (1) genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 3 nicht eingehalten worden sind.

§ 6 Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln

- (1) Bei der Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln nach Anlage 3 hat der Leistungserbringer vorrangig die Belieferung aus vorhandenen AOK-Beständen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben.
- (2) Die Abgabe eines neuen Hilfsmittels kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der AOK zurückgegriffen werden kann. Bei einer Neuversorgung hat der Leistungserbringer immer ein neues Hilfsmittel abzugeben. Versorgungsbezogene Besonderheiten sind in Anlage 2 Nr. 3.3 geregelt.
- (3) Die Verwaltung der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel erfolgt über das Lagerverwaltungssystem und ist in der Anlage 4 geregelt.
- (4) Die wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel befinden sich im Eigentum der AOK. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über die Eigentumsrechte (Anlage 5).

§ 7 Abgabe von nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln

- (1) Der Leistungserbringer hat bei der Versorgung mit einem nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel immer ein neues Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe von gebrauchten Hilfsmitteln, auch von Vorführprodukten (vgl. § 6 Abs. 2 bzw. Anlage 2 Nr. 3.3), ist unzulässig.

- (2) Bei nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln geht das Eigentum mit der Abgabe an den Versicherten auf diesen über.

§ 8 Versorgungspauschale

- (1) Art und Umfang der Leistungen werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen bestimmt. Der Leistungserbringer hat die lückenlose Versorgung während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob der Versicherte mit einem neuen oder aufbereiteten Hilfsmittel versorgt wird.
- (3) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOK sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
- (4) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach dieser Vereinbarung abgegebenen Hilfsmittel, es sei denn, der Leistungserbringer trifft mit dem Versicherten im Sinne des 14 Abs. (4) eine abweichende Vereinbarung. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOK keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen auch sicherzustellen, wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Bei Betriebsaufgabe, -veräußerung oder Insolvenz sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung durch einen kompetenten, nach § 126 SGB V zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer, der die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt. In diesem Fall hat der Leistungserbringer mit dem anderen Leistungserbringer einen schriftlichen Vertrag über die Sicherstellung der Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer zu schließen und der AOK einschließlich der Nachweise zur Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 unaufgefordert vorzulegen. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

§ 9 Reparaturen und Wartungen

- (1) Notwendige Reparaturen dürfen nur vorgenommen werden, sofern diese vom Versicherten und/oder seiner Betreuungsperson in Auftrag gegeben worden sind. Wartungen haben zu erfolgen, sofern diese nach den Herstellervorgaben oder den Regelungen des MPDG erforderlich sind. Versorgungsbezogene Besonderheiten sind in Anlage 2 Nr. 3.4 geregelt.
- (2) Arbeitszeiten sind nach den Reparaturstandardzeiten der Anlage 2 zu berechnen. Sofern in der Anlage 2 keine Reparaturstandardzeit vereinbart ist, hat der

Leistungserbringer eine detaillierte Kalkulation über die anzusetzende Arbeitszeit nach § 5 Abs. (1) zu erstellen.

- (3) Der Leistungserbringer ist vor jeder Reparatur verpflichtet, etwaige Gewährleistungsansprüche zu berücksichtigen und diese ggf. gemäß § 11 Abs. (3) gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
- (4) Reparaturen sind auf das Maß des Notwendigen zu beschränken. Reparaturen, die lediglich der Optik dienen und die Gebrauchs- und Funktionsfähigkeit nicht verbessern, überschreiten das Maß des Notwendigen.
- (5) Die Vergütung für Fremdreparaturen richtet sich nach der Vergütung von Reparaturen durch den Leistungserbringer selbst (Eigenreparaturen). Mehrkosten für Fremdreparaturen können nicht zulasten der AOK abgerechnet werden. Mehrkosten für die Herstellerreparatur können nur dann entstehen, wenn der Hersteller aufgrund gesetzlicher Bestimmungen den Leistungserbringer nicht zur Durchführung von Wartungen und/oder Reparaturen autorisiert. Der Leistungserbringer trägt bei Reparaturen die Verantwortung für die sofortige Durchführung und Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Hilfsmittels.

§ 10 Rückholung, Einlagerung und Aussonderung

- (1) Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel auf Verlangen der AOK innerhalb von 10 Arbeitstagen abzuholen. Dabei stellt die AOK sicher, dass die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht mehr besteht und der Leistungsanspruch des Versicherten erloschen ist. Die Abholung des Hilfsmittels bestätigt der Leistungserbringer dem Versicherten mit der Rücknahmebestätigung gemäß Anlage 8
- (2) Erhält der Leistungserbringer davon Kenntnis, dass die Voraussetzungen für die Versorgung des Versicherten nicht mehr vorliegen, die vorgefundene Versorgungssituation nicht mehr den Bedürfnissen des Versicherten oder den gesetzlichen Vorgaben entspricht oder der Leistungserbringer das Hilfsmittel zurückholt, informiert der Leistungserbringer die AOK hierüber unverzüglich im Rahmen des Lagerverwaltungssystems (Anlage 4) schriftlich. Dies gilt insbesondere, wenn die bestehende Versorgungssituation ein Risiko für den Versicherten oder seine Betreuungsperson darstellt.
- (3) Bei Hilfsmitteln, die nach § 8 auf Basis einer Versorgungspauschale vergütet werden, informiert die AOK den Leistungserbringer unverzüglich schriftlich, sofern sie Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung erhält.
- (4) Der Verfahrensablauf für die Rückholung, Einlagerung und Aussonderung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ist in der Anlage 4 geregelt.

§ 11 Gewährleistung und Garantie

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei Auslieferung. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Für die Gewährleistungsansprüche gelten die gesetzlichen Bestimmungen. In den ersten sechs Monaten nach Auslieferung/Reparatur/Austausch trägt der Leistungserbringer die Beweislast für die Sachmängelfreiheit.
- (2) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung und Garantie nach Herstellervorgaben, soweit diese über die gesetzlich vorgeschriebene Gewährleistung hinausgeht.
- (3) Die Gewährleistungs- und Garantieansprüche sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Hersteller geltend zu machen. Dies gilt auch dann, wenn der mit der Leistung beauftragte Leistungserbringer (z. B. bei Reparaturen) die Neuversorgung nicht selbst vorgenommen hat.
- (4) Der Leistungserbringer informiert die AOK unverzüglich schriftlich, sofern er an einem Hilfsmittel einen Schaden feststellt oder vermutet, der auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen ist.

§ 12 Haftung und Verzug

- (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, der AOK oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. 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 schuldhafte Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. (1) schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOK das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z. B. § 4 Abs. (9) und (10) sowie Anlage 1 Nr. 3.6)

nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z. B. durch die Versorgungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOK behält sich eine Aufrechnung nach § 15 Abs. (12) vor.

- (4) Der Leistungserbringer stellt die AOK von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Bußgelder und Schadensersatzforderungen aufgrund Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultieren, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

§ 13 Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK die Beantragung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOK unverzüglich zu informieren.
- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOK alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 14 Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 3. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen. Es handelt sich um Nettopreise, es sei denn in Anlage 3 ist etwas anderes geregelt.
- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsinanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (4) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V wählt. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten für solche Leistungen nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und höhere Folgekosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit

und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 6 zu dokumentieren und der AOK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 15 Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOK schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 10). Die Abrechnung mit einem anderen IK ist nur nach schriftlicher Zustimmung durch die AOK möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK Änderungen seines IK oder seiner Anschrift unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (3) Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummer nach Anlage 3 maßgebend. Die Abrechnung mit einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer ist nicht möglich. Der Versorgungszeitraum ist anzugeben. Sofern es sich um eine genehmigungspflichtige Versorgung handelt, ist zusätzlich die Angabe der Genehmigungsnummer notwendig. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer nicht. Bei Folgeversorgungen ist die Genehmigungsnummer der Erstversorgung mit anzugeben.
- (4) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOK bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOK innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht, sind für den Rechnungsbetrag Verzugszinsen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOK scheidet allerdings aus, soweit die AOK berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. (11) oder eine Aufrechnungslage nach Abs. (12) oder (13) gegeben war.
- (5) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach § 302 SGB V abzurechnen.
- (6) Die Rechnung darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (7) Für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte Leistung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum

einzuholen. Empfangsbestätigungen sind nach den Regelungen dieses Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer in der Abrechnung ausreichend. Die Paketverfolgungsnummer ist jeweils versichertenbezogen in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment anzugeben. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass Nachweise über den Empfang der Lieferung für 9 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOK vorgelegt werden können. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Eingangs-/Abliefernachweise zu archivieren, insofern der Leistungserbringer zuvor lediglich die Paketverfolgungsnummer der Abrechnung beigefügt hat. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Die AOK ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Eingangs-/Abliefernachweise für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.

- (8) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung im Einzelnen als Text ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können unbezahlt zurückgewiesen werden. Es gilt der in der Anlage 3 aufgeführte Leistungserbringergruppenschlüssel. Werden die Daten der AOK vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOK nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (9) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen in der Abrechnung oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOK dem Leistungserbringer sowohl die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben als auch die Abrechnung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (10) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweichlich der Rechnung direkt an den Leistungserbringer erfolgen. Dies gilt so lange, 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 auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

(11) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOK nimmt Kürzungen der Rechnungen insbesondere immer dann vor, soweit:

- die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
- die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
- kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOK bestand (z. B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
- die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOK nicht vorgelegt wurden,
- die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
- ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
- andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
- der Leistungserbringer, neben der vertraglich vereinbarten Pauschale, Produkte abgerechnet hat, die mit der vereinbarten Pauschale abgegolten waren,
- der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
- Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,
- Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen gemäß § 18 vorliegen,
- bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus

resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Sofern der Leistungserbringer der Beanstandung innerhalb von 12 Monaten abhilft, kann er die Abrechnung erneut einreichen.

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 12 Monaten durch Neueinreichung einer korrigierten Rechnung im Zuge des DTA-Verfahrens nach § 302 SGB V oder durch Nutzung der digitalen Plattform, die von der AOK oder von einem ihrer Dienstleister bereitgestellt wird oder kann der Beanstandung nicht innerhalb von 12 Monaten abgeholfen werden, so gilt diese als anerkannt. Diese Frist gilt ebenfalls für die Neueinreichung einer Rechnung. Einsprüche, die nicht nach Satz 8 übermittelt werden, gelten als nicht zugegangen.

- (12) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOK mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.
- (13) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnung der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOK ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOK nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOK oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOK ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOK auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 16 Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse,

personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich des Versicherten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK erforderlich sind, vgl. §§ 294 ff. SGB V.
- (7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.
- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 17 Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln 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 (vgl. § 18).
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.

- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 18 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder bei wiederholten oder groben Verstößen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung mit Hilfsmitteln bestimmter Produktgruppen ausschließen.
- (3) Die Vertragsmaßnahmen nach den Abs. (1) und (2) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- 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.
 - 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.
 - Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 3.
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können. Die Bewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt, erfolgt grundsätzlich durch einen öffentlich vereidigten Sachverständigen.
 - Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.

- Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.
 - Wiederholte Beanstandungen bei nicht vertragskonform erstellten Kostenvoranschlägen nach § 5 Abs. (3).
 - Verstöße gegen die ordnungsgemäße Erbringung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gemäß § 128 Abs. 1 SGB V,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen 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,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. (1) und (2) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOK zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 15 Abs. (11) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOK kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 18 vorliegt.
- (8) Schwerwiegende Verstöße gegen die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach dem SGB V werden der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V erteilt hat (Präqualifizierungsstelle), mitgeteilt.

§ 19 Übergangsregelung

- (1) Bei Vertragsabschluss laufende Versorgungen invasiv Beatmeter mit Zubehör und Verbrauchsmaterial für die Beatmung und/oder Atemgasbefeuchtung, werden in die pauschalisierte Vergütung nach Anlage 3 überführt, sofern der vor Inkrafttreten des vorliegenden Vertrages genehmigte Versorgungszeitraum für die Lieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterial abgelaufen ist. Die Pauschale für die

Folgeversorgung kann erstmals ab dem Tag, der auf den letzten Tag des vorhergehenden Versorgungszeitraumes folgt, nach vorheriger Genehmigung abgerechnet werden, sofern die Versorgung weiterhin medizinisch notwendig ist. Beim Übergang in die pauschalierte Vergütung wird die erste genehmigungspflichtige Monatspauschale mit dem Hilfsmittelkennzeichen 08 (Erstversorgungspauschale) und ab der zweiten Monatspauschale ohne vorherige Genehmigung mit dem Hilfsmittelkennzeichen 09 (Folgeversorgungspauschale) abgerechnet.

- (2) Bei Vertragsabschluss laufende Versorgung mit Verneblern zur Anwendung mit Beatmungsgeräten (14.24.01.5), die sich im Eigentum der AOK befinden (neu- und wiedereingesetzte Hilfsmittel), werden nicht in die pauschalierte Vergütung nach Anlage 3 überführt. Erforderliche Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen werden nach Einzelleistung vergütet.

Neuversorgungen mit Verneblern werden ab Inkrafttreten des Vertrages über die Pauschale gemäß Anlage 3 vergütet. Als Neuversorgungen gelten Versicherte, die erstmalig mit einem Vernebler versorgt werden. Maßgeblich ist das Datum der ärztlichen Verordnung.

§ 20 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2025 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Laufende Versorgung sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums nach dieser Vereinbarung zu Ende geführt.
- (3) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOK, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 21 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden oder sollte sich in dieser Vereinbarung eine Lücke befinden, so wird hierdurch die Gültigkeit der übrigen Regelungen dieser Vereinbarung nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung am nächsten kommt. Im Falle einer Lücke gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach dem Zweck dieses Vertrages vereinbart worden wäre, hätten die Vereinbarungspartner die Angelegenheit von vornherein bedacht. Die Festlegung der vereinbarten Regelung nach Satz 2 und/oder 3 sowie Änderungen der Vereinbarung erfolgen durch einstimmigen Beschluss der Vereinbarungspartner und bedürfen der Schriftform.

Hannover,

Ort,

Brigitte Käser

Vertragspartner

Anlage 1 Qualitäts- und Versorgungsstandards

1 Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (z.B. Abgabe, Wartung und Reparatur) vom Hersteller oder seinem autorisierten inländischen Vertreter durch Schulung und Ausstattung berechtigt sein, diese zu erbringen. Die notwendigen Zertifikate und Bescheinigungen sind - soweit nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen - der AOK auf Verlangen vorzulegen.
- 1.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der Versorgungsdauer Überprüfungen nach Herstellervorgaben und der MPBetreibV sowie dem MPDG mit entsprechendem Fachpersonal nach den geltenden Bestimmungen durchzuführen und zu dokumentieren. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über seinen Sicherheitsbeauftragten etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden.
- 1.3 Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen insbesondere die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV) und Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV) sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der Messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV und das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV.
- 1.4 Die Einhaltung der vorgenannten Aufgaben (z.B. die Dokumentation der Einweisung) ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.
- 1.5 Die AOK ist verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach dem SGB V zu überwachen. Gem. § 127 Abs. 7 SGB V führt die AOK zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der AOK auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V (Anlage 1, 3.3) vorzulegen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, kann die AOK von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.

2 Personelle Anforderungen

- 2.1 Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifikierungskriterien genannten personellen Anforderungen.
- 2.2 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z. B. die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung sowie für die Durchführung von Reparaturen, Wartungen und Überprüfungen nach Nr. 1.2 und 1.3, ausschließlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird, welches über die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Erfahrung verfügt.
- 2.3 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung durch den Hersteller des Hilfsmittels für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.
- 2.4 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

3 Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung mit dem Versicherten und/oder den in § 4 Abs. (3) genannten Personen ein persönliches Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung der Hilfsmittel zur Beatmungstherapie einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Die Einweisung in den Gebrauch hat vor bzw. mit der ersten Anwendung des Hilfsmittels zu erfolgen.

3.1.1. Die Beratung und Einweisung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. (3) genannten Personen in die Lage zu versetzen, das Beatmungsgerät im alltäglichen Gebrauch in seiner Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:

- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
- Umfassende Einweisung in den Gebrauch und Anleitung zur eigenständigen Hilfsmittelversorgung
- Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel
- Art und Menge der zum Einsatz kommenden Produkte unter Berücksichtigung des Maßes des medizinisch Notwendigen
- Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen
- Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben

3.1.2. Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung. Der Leistungserbringer verfügt über eine hinreichende Anzahl an aufzahlungsfrei zu versorgenden Produkten. Vom Leistungserbringer werden Vorführ- und Testmuster verschiedener Hersteller in ausreichender Anzahl vorgehalten.

3.1.3. Im Zuge des Beratungs- und Informationsgesprächs nach Nr. 3.1 lässt der Leistungserbringer den Empfang der Versicherteninformation (Anlage 5) vom Versicherten durch Unterschrift bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten.

3.1.4. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel zur Verfügung.

3.2 Weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.

- 3.3 Die Beratungsgespräche nach Nr. 3.1 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 16 grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen (Anlage 7). Die Dokumentation in elektronischer Form ist unter Beachtung der Anforderungen gem. § 126a BGB möglich. Die Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation gemäß Anlage 7 unverzüglich vorzulegen.
- Weitere Beratungsgespräche nach Nr. 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 16 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOK auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOK das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 1 übermittelt.
- 3.4 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus.
- 3.5 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 3.6 Die Versorgung im Rahmen der Nachlieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterial ist grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden, spätestens innerhalb von 48 Stunden, nach Auftragserteilung sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.
- 3.7 Die Versorgung im Rahmen der Nachlieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterial ist grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden, spätestens innerhalb von 48 Stunden, nach Auftragserteilung sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.

4 Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen.

5 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- 5.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet notwendige Wartungen, Überprüfungen nach Nr. 1.2 und 1.3 sowie Instandsetzungen unverzüglich vorzunehmen und stellt deren sach- und fachgerechte Durchführung sicher.
- 5.2 Der Leistungserbringer stellt die sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln sicher, bevor diese erneut eingesetzt werden.
- 5.3 Der Leistungserbringer stellt die sach- und fachgerechte Installation des Hilfsmittels entsprechend des Umfelds des Versicherten und des Einsatzbereiches des Hilfsmittels sicher.
- 5.4 Zur kurzfristigen und fachgerechten Reparatur oder Umrüstung von Hilfsmitteln sind Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge vorzuhalten.

Anlage 2 Leistungsbeschreibung

1 Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung

1.1.1 Neuversorgungen und Nachlieferungen

Mit der Vergütung von Neuversorgungen und Nachlieferungen (z.B. Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteile) sind alle damit verbundenen Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Beratung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten) durch qualifiziertes Personal
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch sowie die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung. Es wird davon ausgegangen, dass zwei Einweisungen ausreichend sind. Jede weitere Einweisung im häuslichen Bereich ist nur mit besonderer Begründung gegenüber dem Leistungserbringer möglich. Personalwechsel etwaiger beteiligter Pflegedienste stellen keine besondere Begründung i. S. dieses Vertrages dar.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anpassung am Versicherten
- Ggf. erforderliche Ersatzhilfsmittel nach § 4 Absatz (8) sowie sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Interimsversorgung
- Anlieferung inkl. einer ggf. erforderlichen Gefahrguttransport-Gebühr (inklusive Fahrtzeit und -kosten)
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
- Versicherung nach § 12
- Montage und Demontage
- Notdienst nach § 4 Absatz (4)

- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- MPDG-Dokumentation
- Lagerhaltung, Bestandsführung und Entsorgung

1.1.2 Wiedereinsatzpauschale

Mit der Vergütung der Wiedereinsatzpauschale sind alle Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Beratung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten) durch qualifiziertes Personal
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch sowie die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung. Es wird davon ausgegangen, dass zwei Einweisungen ausreichend sind. Jede weitere Einweisung im häuslichen Bereich ist nur mit besonderer Begründung gegenüber dem Leistungserbringer möglich. Personalwechsel etwaiger beteiligter Pflegedienste stellen keine besondere Begründung i. S. dieses Vertrages dar.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anpassung am Versicherten
- Ggf. erforderliche Ersatzhilfsmittel nach § 4 Absatz (8) sowie sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Interimsversorgung
- Aufwendungen für die Anforderung oder Abholung vom einlagernden Leistungserbringer inklusive Versandkosten
- Reinigung und Desinfektion
- Allgemeine Durchsicht, Funktionskontrolle aller hilfsmittelspezifischen Parameter, Wartung/sicherheitstechnische Kontrolle (STK), sofern diese nach MPDG oder Herstellerangaben erforderlich ist
- Arbeitszeit
- Anlieferung inkl. einer ggf. erforderlichen Gefahrguttransport-Gebühr (inklusive Fahrtzeit und -kosten)
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand

- Versicherung nach § 12
- Abholung, Zustandsbewertung und Einlagerung (die Rückholung ist in der Wiedereinsatzpauschale enthalten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden)
- Montage und Demontage
- Notdienst nach § 4 Absatz (4)
- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- MPDG-Dokumentation
- Lagerhaltung, Bestandsführung und Entsorgung

In der Wiedereinsatzpauschale sind die Arbeitszeit und im Einzelfall erforderliche Ersatzteile für eine ggf. notwendige Instandsetzung und/oder behindertengerechte Zurichtung nicht enthalten.

1.1.3 Versorgungspauschalen

Mit der Vergütung der Versorgungspauschale sind alle Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen, die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - Bereitstellung des Hilfsmittels einschließlich Funktionsprüfung am Betriebsort
 - Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
 - Versicherung nach § 11 Abs. 3
 - Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1
- Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel frei Haus und Montage
- Übernahme aller mit der Lieferung und Rücksendung des Hilfsmittels verbundenen Kosten, z. B. für den Versand, die Verpackung, Arbeitszeiten und Versicherungen
- Die Bereitstellung des Hilfsmittels während des gesamten Versorgungszeitraums umfasst auch:

- Medizinisch notwendige Um- bzw. Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Gerätetyp
- Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallgeräte
- Notdienst nach § 4 Abs. 4
- Interimsversorgungen nach § 4 Abs. 9
- Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 8 Abs. 3

1.2 Einweisung, Beratung und Schulung

- Einweisung und Schulung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) einschließlich individueller Bedarfsermittlung, Anpassung und Erprobung gemäß § 4 Abs. (2) und (3) sowie Anlage 1
- Überlassung einer Gebrauchsanweisung
- Beratung gemäß Anlage 1

1.3 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- Erbringung aller mit der Versorgung im Einzelfall zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z. B.
 - Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
 - Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPDG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
 - Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1
 - Sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung (Anlage 1)
 - Rückholung, Einlagerung, Aussonderung und Verschrottung
 - Med.-tech. Notdienst
 - Erstellung von Kostenvoranschlägen
 - Dokumentation nach diesem Vertrag
- Versicherungen gemäß § 12

2 Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren

Der Anhang 1 zur Anlage 2 beinhaltet Hinweise zu notwendigen Anlagen zum Kostenvoranschlag bzw. zur Abrechnung.

2.1 Genehmigungsverzicht nach § 4 Abs. (8)

Die AOK verzichtet bei den in Anhang 1 zur Anlage 2 gekennzeichneten Versorgungsmöglichkeiten abweichend von § 4 Abs. (8) auf eine Genehmigung.

- Lieferungen von Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen mit einem Gesamtbetrag unter 150,00 EUR netto
- Reparaturen unter 500,00 EUR netto, sofern sie 50% des Neupreises nicht übersteigen
- Wartungen und/oder sicherheitstechnische Kontrollen (STK) unter 250,00 EUR netto

Der Genehmigungsverzicht für die aufgeführten Versorgungsmöglichkeiten gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf erfolgt durch die AOK schriftlich gegenüber dem Leistungserbringer.

2.2 Verzicht auf die ärztliche Verordnung nach § 4 Abs. (7)

Die AOK verzichtet bei den in Anhang 1 zur Anlage 2 entsprechend gekennzeichneten Versorgungsmöglichkeiten abweichend von § 4 Abs. (7) auf eine ärztliche Verordnung.

Bei Reparaturen und Wartungen verzichtet die AOK auf die Vorlage einer ärztlichen Verordnung, sofern die Reparatur vom Versicherten und/oder seiner Betreuungsperson in Auftrag gegeben worden ist oder die Wartung nach Herstellervorgaben oder nach MPDG erforderlich ist.

3 Beatmungstherapie – Besonderheiten der Versorgung

3.1 Einweisungen nach § 4 Abs. (2)

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. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (vgl. Anlage 1). Es wird davon ausgegangen, dass zwei Einweisungen ausreichend sind. Jede weitere Einweisung im häuslichen Bereich ist nur mit besonderer Begründung gegenüber dem Leistungserbringer möglich. Personalwechsel etwaiger beteiligter Pflegedienste stellen keine besondere Begründung i. S. dieses Vertrages dar.

3.2 Notdienst nach § 4 Abs. (4)

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 laufende Nachlieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien ist vom Notdienst ausgenommen.

Für Fahrzeiten und Arbeitszeiten vor Ort beim Versicherten außerhalb regulärer Geschäftszeiten kann eine Vergütung nach Kostenvoranschlag erfolgen, sofern eine vorherige telefonische Abhilfe ohne Erfolg blieb. Reparaturzeiten sind hiervon ausgenommen. Hierfür ist eine detaillierte Auflistung der angefallenen Arbeiten zur Genehmigung einzureichen. Die Beantragung der Leistung kann nur nach dem Stundenverrechnungssatz gemäß Anlage 3 erfolgen. Der Hausbesuch ist bei Genehmigung gemäß Anlage 9 durch den Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum nachzuweisen. Bei der Abrechnung ist die Empfangsbestätigung im Original nachzuweisen.

Etwaige Mehrkosten können nicht der AOK berechnet werden. Die Organisation des Notdienstes obliegt dem Leistungserbringer. Die Kosten für den Notdienst während der regulären Geschäftszeiten sind mit der Hilfsmittelversorgung nach Anlage 3 abgegolten. Der Notdienst darf insofern weder dem Versicherten noch der AOK gesondert in Rechnung gestellt werden. Ausgenommen hiervon sind die Telefonkosten des Versicherten.

3.3 Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln nach § 6 Abs. (2)

Ein Hilfsmittel gilt als neuwertig, wenn das Hilfsmittel im Kalenderjahr der Versorgung hergestellt wurde. Sofern die Versorgung im ersten Kalenderhalbjahr stattfindet, ist die Versorgung mit einem Hilfsmittel mit Herstellungsdatum aus dem zweiten Halbjahr des vorherigen Kalenderjahrs zulässig. Die Turbine eines neuen Beatmungsgerätes sollte nicht mehr als zwei Betriebsstunden aufweisen. Die Abgabe von gebrauchten Hilfsmitteln, auch von Vorführprodukten, ist unzulässig. Vorführprodukte in diesem Sinne sind Hilfsmittel, die vom Hersteller zu Vorführzwecken, z.B. auf Messen, eingesetzt werden oder Hilfsmittel, die für Interimsversorgungen und/oder als Miethilfsmittel eingesetzt werden.

3.4 Wartungen und Sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach § 9

3.4.1 Wartungen

Der Leistungserbringer hat die Wartungen gemäß den Vorgaben des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und des Herstellers durchzuführen.

Der Leistungserbringer hat die Wartungen gemäß Herstellervorgaben schriftlich zu dokumentieren. Ein Protokoll ist mit dem Kostenvoranschlag einzureichen. Sofern die AOK auf die Genehmigung verzichtet, ist der Nachweis auf Verlangen zu erbringen.

Die Wartung beinhaltet die Funktionsprüfung, sicherheitstechnische Kontrolle, Reinigung, Desinfektion, Arbeitszeit, Fahrtkosten sowie im Einzelfall erforderliche Ersatzteile.

3.4.2 Sicherheitstechnische Kontrollen (STK)

Der Leistungserbringer hat die sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und der Hersteller durchzuführen. Sofern keine Herstellervorgaben vorliegen, hat der Leistungserbringer die STK in angemessenen Fristen, spätestens jedoch nach zwei Jahren, durchzuführen.

Der Leistungserbringer hat die STK gemäß Herstellervorgaben schriftlich zu dokumentieren. Ein Protokoll ist mit dem Kostenvoranschlag einzureichen. Sofern die AOK auf die Genehmigung verzichtet, ist der Nachweis auf Verlangen zu erbringen.

Die STK beinhaltet die Funktionsprüfung, Reinigung, Desinfektion, Arbeitszeit, Fahrtkosten sowie im Einzelfall erforderliche Ersatzteile.

3.5 Versorgung mit Zubehör und Verbrauchsmaterial

3.5.1 Versorgung von invasiv Beatmeten

Die Versorgung von invasiv Beatmeten mit Zubehör und Verbrauchsmaterial erfolgt auf Grundlage einer kalendermonatlichen Versorgungspauschale. Voraussetzung für die Versorgung ist das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung. Für die Versorgung von invasiv Beatmeten mit Zubehör und Verbrauchsmaterial ist die Verordnung zwölf Monate gültig.

Die Erstversorgung (erster Kalendermonat) ist genehmigungspflichtig. Dazu reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag und die ärztliche Verordnung bei der AOK ein. Bei der Abrechnung sind die Verordnung und Empfangsbestätigung im Original einzureichen.

In der Folgeversorgung (ab dem zweiten Kalendermonat) verzichtet die AOK auf eine vorherige Genehmigung. Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung in Kopie und die Empfangsbestätigung im Original beizufügen. Nach Ablauf von zwölf Monaten ist der Abrechnung erneut eine ärztliche Verordnung im Original beizufügen (siehe Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung in Anhang 1 zur Anlage 2).

Ein Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn der Versicherte verstirbt, die Krankenkasse wechselt oder der Leistungsanspruch vorübergehend für einen vollen Kalendermonat wegen stationärer Behandlung oder Rehabilitationsmaßnahme ruht.

3.5.1.1 Zubehör und Verbrauchsmaterial für die Atemgasbefeuchtung von invasiv Beatmeten

Mit der Pauschale ist sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

- Schlauchsysteme (beheizt)
- Sterilwasser
- Befeuchterkammern
- Wassergalgen
- Tischbefestigung
- Wasserfallen
- Sonden und Adapter
- Kappen
- Temperatur- und Flow-Sonden
- Heizdrahtadapter

3.5.1.2 Zubehör und Verbrauchsmaterial für die invasive Beatmung

Mit der Pauschale ist sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

- Schlauchsysteme (unbeheizt)
- Tubusverlängerungen (Gänsegurgeln)
- Filter
- Testlunge
- Beatmungsbeutel
- Abströmventile
- Sauerstoffadapter
- Gerätewagen
- Schlauchhaltearm
- Wärmefeuchtigkeitstauscher
- Schlauchadapter
- Schlauchclip

3.5.2 Versorgung von nicht invasiv Beatmeten

Der Bedarf an Zubehör und Verbrauchsmaterial wird auf Grundlage der ärztlichen Verordnung ermittelt. Die Liefermenge richtet sich nach dem so ermittelten und genehmigten Bedarf. Die AOK genehmigt diese Kostenvoranschläge für sechs Monate bei nicht invasiv Beatmeten. Hiervon ausgenommen sind Produkte, bei denen der Bedarf sehr schwankend ist. Die Genehmigung wird vorbehaltlich von Versorgungsänderungen ausgesprochen. Der Abrechnung ist jeweils eine ärztliche Verordnung im Original beizufügen.

Als Versorgungsänderung gelten Mengenänderungen oder Änderungen in der Art des medizinisch notwendigen Zubehörs und/oder Verbrauchsmaterialien. Nach einer Versorgungsänderung ist eine erneute Genehmigung der Versorgung erforderlich. Die AOK verzichtet bis auf Widerruf auf eine Genehmigung, sofern die Versorgungsänderung den ursprünglich genehmigten Rechnungsbetrag nicht um mehr als 50,00 EUR netto pro Monat erhöht. Der Widerruf erfolgt durch die AOK schriftlich gegenüber dem Leistungserbringer.

Ist nach Ablauf des Genehmigungszeitraums eine weitere Versorgung des Versicherten medizinisch notwendig, ist ein erneuter Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen.

Das abrechenbare Zubehör und Verbrauchsmaterial bemisst sich nach der tatsächlich monatlich gelieferten und verbrauchten Menge des Versicherten.

Die Versorgungsstandards der Anlage 1 sind zu berücksichtigen.

3.6 Versorgung mit Verneblern

Die Versorgung von lebenserhaltend Beatmeten (Beatmungszeit > 16 Std./Tag) mit Verneblern zur Inhalation erfolgt auf Grundlage einer kalendermonatlichen Versorgungspauschale. Voraussetzung für die Versorgung ist das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung. Die Verordnung ist zwölf Monate gültig.

Die Erstversorgung (erster Kalendermonat) ist genehmigungspflichtig. Dazu reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag und die ärztliche Verordnung bei der AOK ein. Bei der Abrechnung sind die Verordnung und Empfangsbestätigung im Original einzureichen.

Für die Folgeversorgung ab dem zweiten Kalendermonat verzichtet die AOK auf eine vorherige Genehmigung. Bei der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung in Kopie und die Empfangsbestätigung im Original beizufügen. Nach Ablauf von zwölf Monaten ist der Abrechnung erneut eine ärztliche Verordnung im Original beizufügen (siehe Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung in Anhang 1 zur Anlage 2).

Ein Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn der Versicherte verstirbt, die Krankenkasse wechselt oder der Leistungsanspruch vorübergehend für einen vollen Kalendermonat wegen stationärer Behandlung oder Rehabilitationsmaßnahme ruht.

Mit der Pauschale ist der Vernebler (14.24.01.5) sowie sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

- Verneblereinheiten/ -kammern
- Adapter (z. B. T-Stück)
- Zulaufschläuche
- Netzteil, Kabel

Die aufgrund einer Tracheostomaversorgung notwendigen Hilfsmittel, Zubehöre und Verbrauchsmaterialien sind nicht Bestandteil dieses Vertrages soweit sie in der Leistungsbeschreibung des Vertrages über die Versorgung von Tracheotomierten und/oder Laryngektomierten mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V enthalten sind.

3.7 Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Den Besonderheiten und dem besonderen Bedarf der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Hilfsmitteln zur Beatmungstherapie ist durch den Leistungserbringer Rechnung zu Tragen. Dazu zählen insbesondere folgende Leistungen dieses Vertrages:

- Einweisung und Beratung einschließlich Einbindung der an der Versorgung Beteiligten gemäß § 4 Abs. 2 und 3
- Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung gemäß Anlage 1 Nr. 3
- Qualifikation des vom Leistungserbringer eingesetzten Personals gemäß Anlage 1 Nr. 2

Kinder und Jugendliche in diesem Sinne sind grundsätzlich Versicherte, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Soweit im Einzelfall erforderlich, gelten die nachfolgenden Regelungen im Sinne des § 4 Abs. 1 auch für Versicherte über das 18. Lebensjahr hinaus. Die Entscheidung erfolgt im Einzelfall im Rahmen des Genehmigungsverfahrens und setzt eine detaillierte Begründung des Leistungserbringers voraus.

Sofern eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu den vorgenannten Vergütungsregelungen (Anlage 3) nicht möglich ist, kann eine Vergütung nach Kostenvoranschlag erfolgen. Für die Versorgung von nicht invasiv beatmeten Kindern und Jugendlichen mit Zubehör und Verbrauchsmaterial kann die Aufschlagsposition gemäß Anlage 3 Nr. 11 verwendet werden. Für die Versorgung von invasiv beatmeten Kindern und Jugendlichen mit Zubehör und Verbrauchsmaterial können die Versorgungspauschalen gemäß Anlage 2 Nr. 3.5.1 bzw. Anlage 3 Nr. 2 und 3 verwendet werden.

3.8 Interimsversorgung

3.8.1 Aufwandspauschale bei Versterben des Versicherten

Die Aufwandspauschale für die Interimsversorgung zzgl. des bereits gelieferten Verbrauchsmaterials und Zubehörs kann pro Beatmungsgerät einmalig abgerechnet werden, sofern bei Versterben des Versicherten eine schriftliche Kostenablehnung der AOK vorliegt, der Versicherte zuvor vom Leistungserbringer entsprechend seines individuellen Bedarfs versorgt wurde (vgl. Anlage 1 Nr. 3), die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind und der Leistungserbringer der Abrechnung folgende Anlagen beifügt:

- Ärztliche Verordnung (§ 4 Abs. 7)
- Empfangsbestätigung
- Schreiben der AOK, aus dem die Kostenablehnung hervorgeht.

3.8.2 Aufwandspauschale bei Reparaturen

Die Aufwandspauschale für die Interimsversorgung kann einmalig abgerechnet werden, sofern die AOK aufgrund von ihr zu vertretenden Gründen über einen Kostenvoranschlag über den vollständigen Reparaturbedarf gemäß § 5 Abs. 1 nicht innerhalb von sechs Wochen entscheiden kann.

Andernfalls sind die Kosten für die Interimsversorgung mit der Vergütung nach Anlage 3 abgegolten.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

Abrechnungs- positions- nummer	Hilfsmittel- kenn- zeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Vergütung	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 8	Der Abrechnung sind beizufügen:		
					Beleg Pool- abfrage	Ärztliche Verordnung	Empfangs- bestätigung
1 Neuversorgung und Wiedereinsatz							
14.24.09. 14.24.12. 14.24.13. 14.24.25. 14.24.17. 14.24.08.3 14.00.24.2000	00 02	Beatmungsgeräte, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen, Atemgas-befeuchter, Hustenassistenten sowie Highflow-Therapiegeräte	Neuversorgung/ Wiedereinsatz	ja ¹	ja	ja	ja
2 Erst- und Folgeversorgung							
14.00.24.1703/ 1704 14.00.24.9900/ 9901 14.00.24.0150	08	1. Pauschale Zubehör und Verbrauchsmaterial bei Atemgasbefeuchtung	Erstversorgung (1. Kalendermonat)	ja	nein	ja ²	ja
	09	2. Pauschale Zubehör und Verbrauchsmaterial bei invasiver Beatmung	Folgeversorgung (ab 2. Kalendermonat)	nein	nein	ja ³	ja
		3. Pauschale Vernebler					
3 Einzelpositionen							
Hilfsmittelpositions- nummer nach Hilfsmittelverzeichnis / anwenderspezifische Positionsnummern nach Anlage 3 sowie Hilfsmittelkenn- zeichen.	00, 04, 10, 12	Zubehör und Verbrauchsmaterial insbesondere bei: • Beatmung nicht invasiv • Hustenassistenten • Highflow-Therapiegeräten Ersatzteile		ja > 150 EUR nein < 150 EUR	nein	ja	ja

¹ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: ärztliche Verordnung, Registernummer und Beleg über die Pool-Abfrage

² Ärztliche Verordnung im Original. Verordnungsdauer: 12 Monate.

³ Ärztliche Verordnung in Kopie. In der Folgeversorgung ist ab dem 13. Kalendermonat der Abrechnung erneut eine ärztliche Verordnung im Original beizufügen.

Abrechnungs- positions- nummer	Hilfsmittel- kenn- zeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Vergütung	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 8	Der Abrechnung sind beizufügen:		
					Beleg Pool- abfrage	Ärztliche Verordnung	Empfangs- bestätigung
Hilfsmittelpositions- nummer nach Hilfsmittelverzeichnis / anwenderspezifische Positionsnummern nach Anlage 3 sowie Hilfsmittelkenn- zeichen.	00, 04, 10, 12	Individuell angefertigte Masken		ja	nein	ja	ja
	01, 07	Reparaturen		ja > 500 EUR nein < 500 EUR ⁴		nein	
	15	Wartungen, STK		ja > 250 EUR nein < 250 EUR	nein	nein	ja
	07	Technischer Notdiensteinsatz außerhalb regulärer Geschäfts- zeiten		ja ⁵			
4 Interimsversorgung (nach Anlage 2 Nr. 3.8)							
14.00.24.0000 14.00.24.0001 14.00.24.0002	08	Aufwandspauschale Interimsversorgung (Todesfall)	Vergütungspauschale (einmalig)	ja ⁶	nein	ja	ja
14.00.24.0003	08	Aufwandspauschale Interimsversorgung (Reparatur)		ja	nein	nein	ja
5 Gerätewagen (ggf. inkl. Zubehör wie bspw. Haltearm sowie Bett- und Tischklemmen, Reparaturen)							
14.00.99.1005	08, 09	Pauschale Gerätewagen	Vergütungspauschale (fünf Jahre)	ja	nein	ja	ja

⁴ Eine Genehmigungspflicht besteht auch, wenn die Kosten der Reparatur 50% des Neupreises übersteigen.

⁵ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: Anlage 9 (Meldung des Versicherten über den Ausfall des Beatmungsgerätes), detaillierte Auflistung der anfallenden Arbeiten

⁶ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: Schreiben, aus dem die Kostenablehnung hervorgeht.

Anlage 3 Vergütung

AC/TK: 19 07 483

1 Beatmungsgeräte

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPA Beatmungsdruck			
14.24.09.0	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht invasiven Anwendung	4.386,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.09.1	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht invasiven Anwendung mit integriertem Akku	4.386,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.09.2	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung	4.386,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.09.3	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung mit integriertem Akku	4.386,00 EUR
	02		306,00 EUR
Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung			
14.24.12.2	00	Beatmungssysteme für lebenserhaltende Beatmung mit Einschlauchsystem und offenem/geschlossenem Atemsystem	6.885,00 EUR
	02		546,00 EUR
14.24.12.3	00	Beatmungsgeräte für lebenserhaltende Beatmung mit Einschlauchsystem/Zweischlauchsystem und offenem/geschlossenem System	6.885,00 EUR
	02		546,00 EUR
Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck über 30 hPA			
14.24.13.0	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht invasiven Anwendung	4.896,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.13.1	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung	4.896,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.13.2	00	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung mit integriertem Akku	4.896,00 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.13.3	00	Beatmungsgeräte mit geschlossenem Atemsystem und integriertem Akku	4.900,00 EUR
	02		546,00 EUR
14.24.13.4	00	Beatmungsgeräte mit offenem und geschlossenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung	5.916,00 EUR
	02		546,00 EUR
14.24.13.5	00	Beatmungsgeräte mit offenem und geschlossenem Atemsystem zur invasiven und nicht invasiven Anwendung mit integriertem Akku	5.916,00 EUR
	02		546,00 EUR

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen			
14.24.25.0	00	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardio-respiratorischen Erkrankungen	5.181,60 EUR
	02		306,00 EUR
14.24.25.1	00	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardio-respiratorischen Erkrankungen, mit integrierter Anfeuchtung	5.344,80 EUR
	02		306,00 EUR

2 Atemgasbefeuchtung

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Geräte zur Atemgasbefeuchtung			
14.24.17.4	00	Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit respiratorischen Systemen zur nicht invasiven Anwendung – Stand-alone-Geräte	800,00 EUR
	02		200,00 EUR
14.24.17.5	00	Ansteckbarer Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit respiratorischen Systemen zur nicht invasiven Anwendung	162,00 EUR
14.24.17.6	00	Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit respiratorischen Systemen zur invasiven und nicht invasiven Anwendung – Stand-alone-Geräte	2.200,00 EUR
	02		200,00 EUR
Zubehör und Verbrauchsmaterial Atemgasbefeuchtung invasiv			
14.00.24.1703	08	Zusatzpauschale Atemgasbefeuchtung (nur in Verbindung mit invasiver Beatmung) – Leistungsumfang: Sterilwasser, beheizte Schlauchsysteme, Befeuchterkammern, Wassergalgen, Tischbefestigung, Wasserfallen, Sonden und Adapter, Kappen, Temperatur- und Flow-Sonden, Heizdrahtadapter	215,00 EUR
	09		
14.00.24.1704	08	Zusatzpauschale Atemgasbefeuchtung (Leistungsumfang siehe oben) für Kinder und Jugendliche gemäß Anlage 2 Nr. 3.7	258,00 EUR
	09		
Zubehör und Verbrauchsmaterial Atemgasbefeuchtung nicht invasiv			
14.99.99.0032	00, 04, 10, 12	Befeuchterkammern für Atemgasbefeuchter - wiederverwendbar	HLP-10%
14.99.99.0033		Befeuchterkammern für Atemgasbefeuchter Einpatientenprodukt nicht wiederverwendbar	HLP-10%
Hilfsmittelpositionsnummer nach Hilfsmittelverzeichnis		Beheizte Schlauchsysteme (nur nach ärztlicher Verordnung)	48,00 EUR
14.00.24.1705		Heizdrahtadapter (nur abrechenbar, wenn dieser nicht bereits dem Schlauchsystem oder Gerät beiliegt)	HLP-10%
14.00.24.1706		Temperatur- und Flow-Sonden (nur abrechenbar, wenn dieser nicht bereits dem Schlauchsystem oder Gerät beiliegt)	HLP-10%

3 Zubehör und Verbrauchsmaterial bei invasiver Beatmung

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Zubehör und Verbrauchsmaterial bei invasiver Beatmung			
14.00.24.9900	08	Zusatzpauschale invasive Beatmung - Leistungsumfang: Schlauchsysteme (unbeheizt), Tubusverlängerungen (Gänsegurgeln), Filter, Testlunge, Beatmungsbeutel, Abströmventile, Sauerstoffadapter), Gerätewagen, Schlauchhalterarm, Wärmeefeuchtigkeits-tauscher, Schlauchadapter, Schlauchclip	200,00 EUR
	09		
14.00.24.9901	08	Zusatzpauschale invasive Beatmung (Leistungsumfang siehe oben) für Kinder und Jugendliche gemäß Anlage 2 Nr. 3.7	240,00 EUR
	09		

4 Zubehör und Verbrauchsmaterial bei nicht invasiver Beatmung

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Verbrauchsmaterial und Zubehör bei nicht invasiver Beatmung			
Schlauchsysteme			
14.99.99.1040	00, 04, 10, 12	Einweg Ein-Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte	17,00 EUR
14.99.99.1041		Einweg Zwei-Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte	17,00 EUR
14.99.99.1052		Schlauchsysteme ohne Ausatemventil - unbeheizt - Mehrpatientenprodukt (wiederverwendbar)	20,00 EUR
14.99.99.1053		Ein-Schlauchsysteme mit aktivem Ausatemventil - unbeheizt - Mehrpatientenprodukt (wiederverwendbar)	KVA
14.99.99.1054		Zwei-Schlauchsysteme mit/ohne Ausatemventil - unbeheizt - Mehrpatientenprodukt (wiederverwendbar)	20,00 EUR
14.99.99.1055		Schlauchsysteme ohne Ausatemventil - unbeheizt - Einpatientenprodukt nicht wiederverwendbar	20,00 EUR
14.99.99.1056		Ein-Schlauchsysteme mit aktivem Ausatemventil - unbeheizt - Einpatientenprodukt nicht wiederverwendbar	16,75 EUR
14.99.99.1057		Zwei-Schlauchsysteme mit/ohne Ausatemventil - unbeheizt - Einpatientenprodukt nicht wiederverwendbar	17,00 EUR
Konfektionierte Masken			
14.00.16.0100	00, 04, 10, 12	Nasenmasken, konfektioniert/ Nasenmasken und Nasenspitzenmasken, konfektioniert	110,00 EUR
14.00.16.2100		Nasen-Mundmasken, konfektioniert	175,00 EUR

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis Zzgl. MwSt.
Individuell angefertigte Masken			
14.24.19.0001	00, 04, 10, 12	Individuell angefertigte Masken für respiratorische Systeme	KVA
Zubehör für Masken			
Hilfsmittelpositions- nummer nach Hilfsmittelverzeichnis	00, 04, 10, 12	Zubehör zu Beatmungsmasken (z. B. Abströmventile, Kopfhäuben, Maskenkörper, Masken-, Nasen- und Stirnpolster, Stirnstützen, An- und Ver- schlüsse, Kopfbänderungen, Gänsegurgeln)	HLP-10%
Filter			
14.99.99.1049	00, 04, 10, 12	Lufteinlassfilter für Beatmungsgeräte	HLP-10%
14.99.99.1050		Lufteinlassfilter für Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	HLP-10%
14.99.99.1036		Filter für Atemtherapiegeräte (nur in Ausnahmefällen i. V. m. nicht invasiver Beatmung)	2,60 EUR
Gerätewagen			
14.00.99.1005	08, 09	Pauschale Gerätewagen (inkl. Zubehör: Wassergalgen, Reparaturen, Haltearm, Bett- und Tischklemmen)	315,00 EUR

5 Sonstiges Zubehör und Verbrauchsmaterial bei invasiver und nicht invasiver Beatmung

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Sonstiges Zubehör und Verbrauchsmaterial			
14.99.99.0005	00, 04, 10, 12	Sauerstoffadapter	HLP-10%
14.99.99.0027		Testlunge	104,00 EUR
14.99.99.0028		Beatmungsbeutel	23,00 EUR
14.99.99.0036		Akkupack für Atemtherapiegeräte zur Schleimlösung/-elimination	HLP-10%
14.99.99.0037		Akkupack für Beatmungsgeräte	HLP-10%
14.99.99.0041		Funktionstaschen für Beatmungsgeräte	HLP-10%

6 Hustenassistenten

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Hustenassistenten			
14.24.08.3	00	Hustenassistenten	5.563,00 EUR
	02		156,00 EUR

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- Kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Verbrauchsmaterial zur Versorgung mit Hustenassistenten			
14.99.99.1051	00, 04, 10, 12	Schlauchsysteme	14,70 EUR
14.00.99.9901		Bakterienfilter	3,00 EUR
14.99.99.1048		Lufteinlassfilter	HLP-10%
14.00.99.9939		Tubusverlängerungen/Gänsegurgeln	2,00 EUR
14.00.24.1600		Maske (nur i. V. m. nicht invasiver Beatmung)	HLP-10%
14.00.99.9902		Adapter (nur i. V. m. nicht invasiver Beatmung)	HLP-10%

7 Highflow-Therapie

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Highflow-Therapie			
14.00.24.2000	00	Highflow-Therapiegerät	8.313,00 EUR
	02		455,00 EUR
Zubehör und Verbrauchsmaterial zur Highflow-Therapie			
14.00.99.9903	00, 04, 10, 12	Zubehör und Verbrauchsmaterial zur Highflow-Therapie (z. B. Gerätefilter, Schlauchsysteme, Adapter, Befeuchterkammer, Desinfektionskit, Naseninterface)	HLP-10%

8 Inhalation

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Vernebler (Neuversorgungen ab Inkrafttreten des Vertrages)			
14.00.24.0150	08, 09	Pauschale inkl. Vernebler zur Anwendung bei Beatmung (14.24.01.5) sowie Zubehör und Verbrauchsmaterial	85,00 EUR

9 Wartung, STK und Reparaturen

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Wartung (inkl. STK)			
14.00.99.4001	15	Wartung von Spezial- und Beatmungsgeräten (14.24.25./09./13.)	212,75 EUR
14.00.99.4002		Wartung von Beatmungsgeräten (14.24.12.)	327,75 EUR

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis Zzgl. MwSt.
14.00.99.4007	15	Wartung von Hustenassistenten	201,25 EUR
14.00.99.4010		Wartung Atemgasanfeuchter	212,75 EUR
STK (nach Anlage 2 Nr. 3.4.2)			
14.00.99.4008	15	STK von Spezial- und Beatmungsgeräten (14.24.25./09./12./13.)	149,50 EUR
14.00.99.4009		STK von Atemgasanfeuchtern (komplexe Systeme inkl. integrierter Temperaturmessung)	86,25 EUR
Reparaturen (inkl. STK)			
14.99.99.3004	01	Reparatur	KVA
14.00.00.0401		Aufwandspauschale Fremdreparatur	75,00 EUR
14.00.00.0402	07	Techn. Notdienst außerhalb der regulären Geschäftszeiten gemäß Anlage 2 Nr. 3.2	KVA
14.00.99.1000		Arbeitszeit (Betriebsarbeitsminute) i. V. m. Spezial- und Beatmungsgeräten sowie Atemgasbefeuchtern (komplexe Systeme) und STK	1,05 EUR

10 Interimsversorgungen

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Interimsversorgung (nach Anlage 2 Nr. 3.8.1)			
14.00.24.0000	08	Aufwandspauschale Interimsversorgung (Nutzungsdauer bis vier Wochen)	162,00 EUR
14.00.24.0001		Aufwandspauschale Interimsversorgung (Nutzungsdauer über vier Wochen) für die intermittierende Beatmung	312,00 EUR
14.00.24.0002		Aufwandspauschale Interimsversorgung (Nutzungsdauer über vier Wochen) für die lebenserhaltende Beatmung	546,00 EUR
Interimsversorgung (nach Anlage 2 Nr. 3.8.2)			
14.00.24.0003	08	Aufwandspauschale Interimsversorgung bei Reparaturen	162,00 EUR

11 Versorgung von nicht invasiv beatmeten Kindern und Jugendlichen

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
14.00.00.0600	00, 04, 10, 12	Vergütungsaufschlag bei Versorgung von nicht invasiv beatmeten Kindern und Jugendlichen mit Zubehör und Verbrauchsmaterial gemäß Anlage 2 Nr. 3.7	20%

12 Sonstiges Zubehör und Verbrauchsmaterial sowie Ersatzteile*

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
Hilfsmittelpositions- nummer gemäß Hilfsmittelverzeichnis	00, 04, 10, 12	Sonstiges Zubehör und Verbrauchs- material sowie Ersatzteile	HLP-10%
14.00.00.0500		Abschlagsposition	HLP-10%
* Beim sonstigen Zubehör, Verbrauchsmaterial und bei den Ersatzteilen erfolgt die Preiskalkulation vorrangig auf Basis des Rabatts auf den Herstellerlistenpreis. Ist für ein Produkt kein Hersteller- listenpreis vorhanden, ist die Preiskalkulation auf Basis des Apothekeneinkaufspreises vorzu- nehmen. Existiert für ein Produkt sowohl ein Herstellerlistenpreis als auch ein Apothekeneinkaufs- preis und übersteigt der Herstellerlistenpreis abzgl. Rabatt den Apothekeneinkaufspreis zzgl. Aufschlag, verständigen sich die Vertragsparteien im jeweiligen Einzelfall auf die zugrunde zu legende Kalkulationsbasis.			

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 4 Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung - AOK-Hilfsmittelpool -

Für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen, AOK-eigenen Hilfsmitteln ist die Teilnahme des Leistungserbringers am Hilfsmittelpool der AOK nach den im Folgenden beschriebenen Grundsätzen unter Verwendung des dort benannten Lagerverwaltungssystems erforderlich.

I. Lagerverwaltungssystem

Der Leistungserbringer hat für die Verwaltung (u.a. Neukauf, Wiedereinsatz, Einlagerung, Reservierung, Reparatur, Rückkauf, Nachrüstung, Zurüstung und Aussonderung) der wiedereinsatzfähigen, AOK-eigenen Hilfsmittel das Lagerverwaltungssystem "MIP-Orthopädie" der nachfolgend benannten Firma zu verwenden:

Medicomp GmbH
Lillengasse 8
67105 Schifferstadt
Telefon: 06235/9579 - 0
Telefax: 06235/9579 - 95
MIP-Hotline: 06235/9579 - 79
eMail: medicomp@medicomp.de

1. Lageranforderungen und Registernummer (Inventarnummer):

- 1.1 Die Lagerhaltung der AOK-eigenen Hilfsmittel erfolgt dezentral durch alle am Lagerverwaltungssystem teilnehmenden Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hält hierfür geeignete Räumlichkeiten für eine sach- und fachgerechte Lagerung nach Anlage 1 vor.
- 1.2 Der Wiedereinsatz erfolgt für die im Lagerverwaltungssystem benannten Hilfsmittel.
- 1.3 Mit dem Lagerverwaltungssystem erfasst und dokumentiert der Leistungserbringer den Lebenszyklus eines Hilfsmittels vom Neukauf, über Reparatur und Wiedereinsatz bis zur Verschrottung.
- 1.4 Im Lagerverwaltungssystem wird für jedes Hilfsmittel einmalig eine Registernummer (Inventarnummer) vergeben, die das Hilfsmittel im Lebenszyklus (von der erstmaligen Inverkehrbringung bis zur Aussonderung) identifiziert. Jede Änderung der Registernummer während des Lebenszyklus ist unzulässig.
- 1.5 Die Kennzeichnung des Hilfsmittels erfolgt mittels eines Aufklebers, der an nicht augenfälliger Stelle am Hilfsmittel anzubringen ist. Die Kennzeichnung umfasst die Registernummer, Name, Anschrift und Telefonnummer des ausliefernden Leistungserbringers sowie das Abgabedatum.
- 1.6 Bei jedem Kontakt mit dem Hilfsmittel hat der Leistungserbringer die einwandfreie Lesbarkeit der Registernummer (Inventarnummer) zu prüfen und ggf. den Aufkleber zu erneuern.
- 1.7 Geeignete Aufkleber stellt die AOK dem Leistungserbringer auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung.

2. Zugangsberechtigung/Informationssystem:

- 2.1 Die Zugangsberechtigung zu diesem System wird von der Firma medicomp GmbH erst nach Zustimmung der AOK erteilt, sobald der Leistungserbringer seine Teilnahme am Lagerverwaltungssystem zu den in Anlage 4 genannten Konditionen schriftlich gegenüber der AOK erklärt hat.
- 2.2 Die AOK und die Firma medicomp GmbH werden bei Bedarf Textnachrichten zum Lagerverwaltungssystem und Dokumente zum Download für die MIP-Nutzer über den Nachrichtenbereich auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitstellen. Diese Nachrichten enthalten z.B. wichtige Hinweise zur Systemnutzung, Systemänderung und sonstige wichtige Informationen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Kenntnisnahme und Beachtung bzw. Umsetzung dieser Textnachrichten.

3. Servicebereitschaft:

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Servicebereitschaft im Umgang mit dem Lagerverwaltungssystem zu den üblichen Geschäftszeiten, mindestens aber von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 bis 17.00 Uhr, sicherzustellen. Auf das Eigentum der AOK muss während dieser Zeit zugegriffen werden können. Das gilt insbesondere für die Bereitstellung von angeforderten Hilfsmitteln und für Lagerprüfungen durch die AOKN.

Die AOK hat in begründeten Fällen das Recht, jederzeit, auch außerhalb der o.g. üblichen Geschäftszeiten, auf ihr Eigentum zuzugreifen.

4. Schulung:

Die Firma medicomp GmbH bietet Schulungen für Leistungserbringer an und stellt ein Benutzerhandbuch für das System online zur Verfügung. Das Verfahren und die Anwendung des Systems sind im Folgenden beschrieben.

5. Kosten:

Die Kosten für die Nutzung des Systems trägt ausschließlich der Leistungserbringer.

6. Organisation:

Ansprechpartner für den Leistungserbringer bei der AOK ist der MIP-Administrator der AOK. Die Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten des MIP-Administrators werden dem Leistungserbringer über die Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bekannt gegeben.

II. Übergangsregelung

Die AOK stellt die Lagerverwaltung der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel entsprechend der Übergangsregelung vom 11.10.2004 (Änderung zum Rahmenvertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 SGB V) mit Wirkung ab 04.10.2004 auf das Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie um.

Die AOK behält sich nach der Einführung der Lagerverwaltung über MIP-Orthopädie vor, die Räume des Leistungserbringers auf eine sach- und fachgerechte sowie vollständige Lagerhaltung zu prüfen. Hierbei festgestellte Fehler und Mängel haben Maßnahmen nach § 18 zur Folge.

III. Datenerfassung

1. Allgemeines:

Der Leistungserbringer hat das System mit der gebotenen Sorgfalt zu nutzen, um eine hohe Qualität in der Datenerfassung zu gewährleisten. Unter die Sorgfaltspflicht fällt insbesondere die korrekte und vollständige Erfassung der Hilfsmittel und der vom System geforderten hilfsmittelspezifischen Parameter. Des Weiteren zählt hierzu die Berichtigung von falschen Datensätzen und Daten von Hilfsmitteln, die umgehende Ergänzung von Daten und Parametern bei System- und Produktgruppenanpassungen sowie die Einhaltung der vom Lagerverwaltungssystem vorgegebenen Fristen (z.B. bei Reservierungen, der Bereitstellung von Hilfsmitteln an andere Leistungserbringer und Rückholaufträgen).

2. Erfassungsgrundsätze:

- 2.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, nicht vollständige oder fehlerhafte Datensätze unverzüglich zu vervollständigen oder zu korrigieren und ggf. den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen" zu informieren. Das Lagerverwaltungssystem kennzeichnet Pflichtfelder und systemseitig erkannte Datenfehler.
- 2.2 Die Daten des Hilfsmittels sind vom Leistungserbringer vollständig inklusive aller Kosten zu erfassen, sofern diese noch nicht im System hinterlegt sind. Das gilt nur für Kosten, die nach Einführung von MIP-Orthopädie (d.h. ab 04.10.2004), entstanden sind.
- 2.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Abfragen mit Krankenversicherungsnummern von Versicherten, für die kein konkreter Auftrag vorliegt, durchzuführen.
- 2.4 Hilfsmittel, die noch nicht im Lagerverwaltungssystem erfasst sind, sind unverzüglich mit dem nächsten Kontakt (z.B. bei Reparaturen, Zurüstungen, Einlagerung oder Aussonderung) vom Leistungserbringer zu erfassen. Der Leistungserbringer hat diese mit der Registernummer zu kennzeichnen, die vom System nach der Erfassung vergeben wird.
- 2.5 Sofern durch die falsche Eingabe des Leistungserbringers den beteiligten Leistungserbringern oder der AOK Kosten entstehen, sind diese vom Verursacher zu tragen. Das gilt z.B. für Transportkosten aufgrund von Falschlieferungen und Kosten aufgrund von falschen Modell-, Eigenschafts- oder Zustandsbeschreibungen.

3. Zeitpunkt und Inhalte der Erfassung:

- 3.1 Bei Neuverkauf, Wiedereinsatz und Reparatur sind die Daten des Hilfsmittels unverzüglich nach der Genehmigung durch die AOK und nach Auslieferung des Leistungserbringers an den Versicherten durch den Leistungserbringer zu erfassen.
- 3.2 Zubehör und Ersatzteile, die nicht für einen Wiedereinsatz als abfragerrelevant definiert sind (kein Produktgruppenmerkmal wie z.B. Trommelbremsen für Begleitperson), sind - soweit vorhanden - im Datenfeld Ausstattung mit den Artikelnummern des Herstellers zu erfassen. Dies gilt insbesondere auch für Reparaturen. Ausgeliefertes Verbrauchsmaterial ist nicht zu erfassen.

- 3.3 Produkt- und herstellerspezifische Daten sind immer mit den vom Lagerverwaltungssystem geforderten Parametern korrekt und vollständig an der vorgegebenen Stelle zu erfassen. Das gilt auch für Maßeinheiten und Größenzuordnungen. Ausstattungsmerkmale sind in dem dafür vorgesehenen Datenfeld Ausstattung ausführlich zu erfassen. Handelt es sich hierbei um freie Textdaten, sind diese nachvollziehbar und verständlich anzugeben.
- 3.4 Die produktspezifische Seriennummer ist vollständig und korrekt in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen. Sofern für Hilfsmittel bisher keine Seriennummer erfasst ist, erfolgt die Nacherfassung mit dem nächsten kostenverursachenden Vorgang. Die Seriennummer ist nur für die vom Lagerverwaltungssystem als Mussfelder gekennzeichneten Hilfsmittel zu erfassen.
- 3.5 Die Erfassung einer Reparatur ist ausschließlich im Status "im Einsatz" möglich. Ausgenommen von dieser Regelung sind hochwertige Wechseldrucksysteme (Hilfsmittelproduktart 11.11.04.2) und andere Antidekubitussysteme (11.11.04.3), die vor Einlagerung gewartet und instandgesetzt werden müssen. Wird eine Reparatur erfasst, ist im Datenfeld Reparatur der Inhalt der Reparatur konkret und nachvollziehbar zu formulieren.
- 3.6 Der Leistungserbringer darf aus datenschutzrechtlichen Gründen die Krankenversicherungsnummer des Versicherten im Lagerverwaltungssystem nur in dem dafür vorgesehenen Datenfeld erfassen. Andere personenbezogenen Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht im Lagerverwaltungssystem erfasst werden. Zuwiderhandlungen stellen einen Datenschutz- und Vertragsverstoß dar, über welchen die AOK den zuständigen Datenschutzbeauftragten informiert.

4. Erfassungen durch den MIP-Administrator der AOKN:

- 4.1 Änderungen von gespeicherten Grunddaten des Hilfsmittels sowie Kostenerfassungsdaten sind nur durch den MIP-Administrator der AOK vorzunehmen. In diesen Fällen informiert der Leistungserbringer unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen".
- 4.2 Die Aussonderung eines Hilfsmittels erfasst ausschließlich der MIP-Administrator der AOK.

5. Kostenerfassung:

- 5.1 Alle Kosten für Neuversorgungen, Wiedereinsätze, die Nachrüstung fehlender Teile, die Zurüstung während der Funktionsgarantie und die Reparatur eines Hilfsmittels, jeweils inkl. Zubehör, Ersatzteile und Sonderausstattungen sind als Bruttobeträge inkl. MwSt. zu erfassen. Es ist ausreichend, die Kosten als Gesamtbetrag zu erfassen. Im freien Textfeld sind nachvollziehbare Erläuterungen zum Gesamtbetrag zu hinterlegen.
- 5.2 Der Abrechnung dieser Leistungen ist immer der MIP-Orthopädie Kostenerfassungsbeleg beizufügen. Für Rechnungen, denen der Kostenerfassungsbeleg nicht beigelegt ist, besteht kein Anspruch auf Vergütung.
- 5.3 Der Kostenerfassungsbeleg ist nach entsprechender Datenerfassung im Lagerverwaltungssystem auszudrucken. Der Ausdruck muss über die hierzu bereitgestellte Schaltfläche mit dem Druckersymbol (Druckbutton) erfolgen.

6. Kassenspezifische Nummern (Interimsnummern):

- 6.1 Die AOK vergibt für nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführte Hilfsmittel eine kassenspezifische Hilfsmittelpositionsnummer (Interimsnummer).
- 6.2 Eine Übersicht der kassenspezifischen Nummern ist im Lagerverwaltungssystem hinterlegt.
- 6.3 Der Leistungserbringer beantragt die kassenspezifische Nummer mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Erfassungsformular für Hilfsmittel ohne HVMZ-Nummer“ beim MIP-Administrator der AOK und vor Kostenvoranschlagserstellung.

IV. Ablauf

1. Hilfsmittelauswahl:

- 1.1 Entsprechend § 7 hat der Leistungserbringer bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln vorrangig die Belieferung aus vorhandenen AOK-Beständen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels aus den AOK-Beständen wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe eines neuen Hilfsmittels kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der AOK zurückgegriffen werden kann.
- 1.2 Aus diesem Grunde ist der Leistungserbringer verpflichtet, vor Auslieferung, Kostenvoranschlagserstellung und/oder Abrechnung eines neuen Hilfsmittels durch Anfrage in MIP-Orthopädie zu klären, ob ein gebrauchtes Hilfsmittel eingelagert ist, das so oder durch Umbau zum Wiedereinsatz geeignet ist.
- 1.3 Eine Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ohne vorherige Abfrage in MIP-Orthopädie ist unzulässig. Der Leistungserbringer hat auf jedem Kostenvoranschlag und jeder Abrechnung, auch bei Reparaturen und Wartungen, die Registernummer anzugeben. Kostenvoranschläge und Abrechnungen ohne Registernummer werden an den Leistungserbringer unbearbeitet zurückgesendet. Der in MIP-Orthopädie erzeugte Anfragebeleg ist dem Kostenvoranschlag und der Abrechnung beizufügen.
- 1.4 Der Leistungserbringer nimmt die Anfrage inklusive der Krankenversicherungsnummer aufgrund einer ärztlichen Verordnung und der durch den Leistungserbringer am Versicherten ermittelten Maße im Lagerverwaltungssystem vor.
- 1.5 Dem Leistungserbringer ist nur eine Anfrage je Versorgungsfall erlaubt; ausgenommen hiervon sind nachvollziehbare Kombinationen von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl und Aufsteckantrieb).
- 1.6 Werden dem Leistungserbringer mehrere Hilfsmittel zum Wiedereinsatz angezeigt, hat er die für diesen Wiedereinsatz wirtschaftlichste Alternative auszuwählen. D.h., dass eine Zurüstung von Zubehör oder Verschleißteilen oder der Abbau von Zubehör zu vermeiden ist. Der Wiedereinsatz ist auf das Maß des medizinisch Notwendigen zu beschränken.
- 1.7 Der Leistungserbringer hat nachvollziehbar zu begründen, weshalb im Einzelfall für den zu versorgenden Versicherten kein Wiedereinsatz geeignet ist, obwohl nach Anfrage im Lagerverwaltungssystem Hilfsmittel zum Wiedereinsatz angezeigt

werden. Gleichzeitig ist der MIP-Administrator der AOK mit der hierzu bei der Auswahl der gefundenen Hilfsmittel bereitgestellten Schaltfläche "Antrag zur Freigabe einer Neuversorgung" zu informieren. Ein Kostenvoranschlag über eine Neuversorgung kann bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK erst nach zustimmender Rückmeldung durch den MIP-Administrator der AOK über den Posteingang in MIP-Orthopädie zur Genehmigung eingereicht werden. Hierfür ist vom Leistungserbringer der für den Kostenvoranschlag über eine Neuversorgung notwendige „Anfragebeleg“ über das Register Anfrage in der Bestandverwaltung von MIP-Orthopädie auszudrucken und dem Kostenvoranschlag beizufügen.

- 1.8 Ist im Rahmen der Versorgung eines Versicherten aufgrund der Indikation eine bestimmte Zusatzausstattung für das Hilfsmittel erforderlich und werden diese Ausstattungsmerkmale oder andere benötigte Informationen nicht über das Lagerverwaltungssystem abgebildet, ist beim einlagernden Leistungserbringer anzufragen.
- 1.9 Bei Anfragen von reservierenden Leistungserbringern hinsichtlich der Hilfsmiteleigenschaften oder ergänzender Informationen ist der einlagernde Leistungserbringer auskunftspflichtig. Anfragen sind vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich zu beantworten.
- 1.10 Alle Hilfsmittel der AOK werden landesweit eingesetzt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Badewannenlifter (Hilfsmittelpositionsnummer 04.40.01.0) und fahrbare Toilettenstühle (Hilfsmittelpositionsnummer 18.46.02.0), soweit es sich um Hilfsmittel in Standardausführung handelt. Dabei werden alle zugelassenen Betriebsstätten eines Leistungserbringers als Einheit bewertet.
- 1.11 Zeigt das Lagerverwaltungssystem kein zum Wiedereinsatz vorhandenes Hilfsmittel an, druckt der Leistungserbringer den sogenannten „Negativbeleg“ aus und reicht diesen zusammen mit dem Kostenvoranschlag für das notwendige Hilfsmittel zum Neukauf bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK ein. In diesen Fällen erfasst der Leistungserbringer über das Lagerverwaltungssystem nach Genehmigung des Kostenvoranschlages über eine Neuversorgung einen Neuverkauf. Dabei sind insbesondere im Feld „Ausstattung“ alle Zubehör- und Ersatzteile zu erfassen.

2. Reservierung und Abholung/Versand vom Einlagerungsort:

- 2.1 Der Leistungserbringer hat eines der zum Wiedereinsatz aufgezeigten Hilfsmittel unverzüglich bei der Anfrage zu reservieren, sofern der Lagerbestand geeignete Hilfsmittel ausweist.
- 2.2 Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel unverzüglich beim einlagernden Leistungserbringer anzufordern, sofern es nicht bei ihm selbst eingelagert ist, ggf. notwendige Zurüstungen oder Reparaturen festzustellen und einen Kostenvoranschlag für den Wiedereinsatz zu erstellen.
- 2.3 Das angeforderte Hilfsmittel ist vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach Anforderung durch den ausliefernden Leistungserbringer, zur Abholung bereitzustellen.
- 2.4 Der Versand des Hilfsmittels ist zwischen dem einlagernden und ausliefernden Leistungserbringer zu regeln. Die Form des Versandes wird ausschließlich durch den anfragenden Leistungserbringer bestimmt. Das Hilfsmittel ist vom einlagernden Leistungserbringer ordnungsgemäß zu verpacken. Die Kosten für die Verpackung inklusive notwendigem Verpackungsmaterial und Arbeitszeit, trägt der einlagernde

Leistungserbringer. Ist der einlagernde Leistungserbringer in Verzug, haftet er gegenüber dem anfragenden Leistungserbringer und der AOK.

- 2.5 Neben der Wiedereinsatzpauschale nach Anlage 3 können der AOK für die Abholung, den Versand, die Verpackung und die Arbeitszeit keine weiteren Kosten berechnet werden.
- 2.6 Die AOK übernimmt für Schäden am Hilfsmittel oder Verlust des Hilfsmittels während des Versandes keine Haftung. Eventuell entstehende Schäden sind vom anfragenden Leistungserbringer, der den Versand des Hilfsmittels beauftragt hat, zu ersetzen. Unberührt bleibt seine Möglichkeit des Rückgriffs auf den mit dem Transport beauftragten Logistiker. Der anfragende Leistungserbringer hat bei Schäden am oder Verlust des Hilfsmittels unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung von Transportschäden" zu informieren.
- 2.7 Ist ein angefragtes Hilfsmittel beim einlagernden Leistungserbringer nicht mehr auffindbar, informiert der anfragende Leistungserbringer den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung über Hilfsmittel, die nicht von der Lagerstelle zur Verfügung gestellt werden".
- 2.8 Erhält der Leistungserbringer davon Kenntnis, dass die beantragte Versorgung nicht zustande kommt, hat er das reservierte Hilfsmittel unverzüglich wieder freizugeben. Nur durch die Freigabe vom Leistungserbringer selbst, verbleibt das Hilfsmittel im Lager des anfragenden Leistungserbringers.
- 2.9 Der Leistungserbringer erhält 4 Tage vor Ablauf des im Lagerverwaltungssystem hinterlegten Reservierungszeitraumes von 30 Tagen eine Nachricht über MIP-Orthopädie, dass die Reservierung ablaufen wird und deshalb ggf. zu verlängern ist. Wird der Reservierungszeitraum vom Leistungserbringer nicht innerhalb dieser 4 Tage verlängert, wird die Reservierung aufgehoben und das Hilfsmittel wieder freigegeben. Nach Ablauf des Reservierungszeitraumes wird das Hilfsmittel dem Lagerbestand des reservierenden Leistungserbringers zugeordnet. Für eventuelle Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der AOK durch eine nicht sachgemäße Reservierung entstehen, ist der reservierende Leistungserbringer ersatzpflichtig.
- 2.10 Bei der Verlängerung des Reservierungszeitraumes hat der Leistungserbringer den Grund der Verlängerung in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen.

3. Reparatur:

Der Leistungserbringer hat die Reparaturdaten unverzüglich nach Ausführung bzw. nach Genehmigung durch die AOK zu erfassen.

4. Rückholung/Einlagerung:

- 4.1 Die Rückholung eines Hilfsmittels erfolgt nur nach Erteilung eines Rückholauftrages durch die AOK. Rückholaufträge werden ausschließlich über das Lagerverwaltungssystem erteilt. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, die bisher nicht mit einer Registernummer gekennzeichnet sind. In diesen Fällen erteilt die AOK den Rückholauftrag formlos.
- 4.2 Wird der Leistungserbringer vom Versicherten bzw. dessen Angehörigen oder Betreuer informiert oder erlangt der Leistungserbringer selbst Kenntnis, dass ein

- Hilfsmittel nicht mehr benötigt wird, ist der Leistungserbringer verpflichtet, den MIP-Administrator der AOK unverzüglich mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Beantragung eines Rückholauftrags" zu informieren. Die AOK erteilt unverzüglich einen Rückholauftrag.
- 4.3 Der Leistungserbringer hat nach Erteilung des Rückholauftrages durch die AOK das Hilfsmittel innerhalb von 10 Arbeitstagen vom Versicherten zurückzuholen. Der beauftragte Leistungserbringer ist auch dann zur Rückholung verpflichtet, wenn ein anderer Leistungserbringer die Versorgung vorgenommen hat.
- 4.4 Der Leistungserbringer holt auch nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel zurück, die sich ggf. zusätzlich beim Versicherten befinden, sofern der Versicherte, dessen Angehörige oder Betreuungsperson die Rückholung beauftragt. Der Leistungserbringer informiert den MIP-Administrator der AOK innerhalb der Abholfrist (vgl. 4.3) mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Formular zur Meldung der Gründe der Verhinderung zur Ausführung eines Rückholauftrages“, sofern es dem Leistungserbringer in besonders begründeten Einzelfällen nicht möglich, ein Hilfsmittel abzuholen.
- 4.5 Wird dem Leistungserbringer vom Versicherten, dessen Angehörigen oder Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung das Hilfsmittel nicht, ein falsches Hilfsmittel oder ein unvollständiges Hilfsmittel (fehlendes Zubehör) ausgehändigt, informiert der Leistungserbringer unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem hierfür auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Formular zur Meldung über den Verlust eines Hilfsmittels“. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer eine entsprechend unterschriebene Bestätigung des Versicherten, dessen Angehörigen bzw. Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung mit vollständiger Namensnennung und dem Rechtsverhältnis zum Hilfsmittelnutzer vorzulegen. Fehlt diese, ist der Leistungserbringer zur Nachrüstung auf eigene Rechnung verpflichtet.
- 4.6 Versäumt es der Leistungserbringer trotz Mahnung, das zur Rückholung beauftragte Hilfsmittel abzuholen, hat er den Zeitwert des Hilfsmittels, zuzüglich einer Vertragsstrafe in Höhe von 100,00 EUR je Hilfsmittel zu ersetzen. Die Entscheidung trifft die AOK.
- 4.7 Der Leistungserbringer erfasst bei der Einlagerung den Zustand des Hilfsmittels. Die Zustandsbewertung hat in Bezug auf die Wiedereinsatzfähigkeit und Reparaturbedürftigkeit zu erfolgen. Die Zustandsangaben sind dabei so detailliert wie möglich zu erfassen (z.B. Benennung der defekten Teile). Für Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der AOK durch falsche Zustandsangaben entstehen, ist der einlagernde Leistungserbringer ersatzpflichtig. Dies gilt nicht für versteckte Mängel.
- 4.8 Ist der zur Rückholung beauftragte Leistungserbringer nicht in der Lage oder nicht berechtigt das zurückgeholte Hilfsmittel wiedereinzusetzen, zu warten, zu reparieren o.ä., ist der MIP-Administrator der AOK unverzüglich zu informieren.
- 4.9 Ist das Hilfsmittel zum Wiedereinsatz geeignet, lagert der Leistungserbringer dieses sach- und fachgerecht ein. Die Einlagerung ist unverzüglich nach erfolgter Rückholung, spätestens am nächsten Arbeitstag, im Lagerverwaltungssystem zu erfassen.
- 4.10 Alle Hilfsmittel der AOK werden unrepariert und vorgereinigt eingelagert. Ausgenommen von dieser Regelung sind hochwertige Wechseldrucksysteme (Hilfsmittelproduktart 11.11.04.2) und andere Antidekubitussysteme (11.11.04.3).

Diese werden zum sofortigen Wiedereinsatz gereinigt und gewartet eingelagert. Der Versand von nicht vorgereinigten Hilfsmitteln ist unzulässig. Erhält ein Leistungserbringer ein verschmutztes oder ein aufgrund des jeweiligen Zustandes nicht wiedereinsatzfähiges Hilfsmittel, ist hierüber der MIP-Administrator der AOK unverzüglich mit dem hierfür auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung von verschmutzten oder aufgrund des jeweiligen Zustandes nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln" zu informieren.

- 4.11 Werden medizintechnische Hilfsmittel zurückgeholt, die dem Leistungserbringer bekannt meldepflichtig kontaminiert sind, hat er dies zu dokumentieren. Dürfen und können diese Hilfsmittel nach den Herstellervorgaben nicht aufbereitet werden, hat der Leistungserbringer die Entsorgung mit entsprechender Begründung bei der AOK zu beantragen.
- 4.12 Der Leistungserbringer hat die elektrischen Anlagen, mit denen die Geräte verbunden sind, entsprechend gegen Überspannungsschäden abzusichern. Schäden an Geräten, die aus Überspannung im Stromnetz entstehen gehen zulasten des Leistungserbringers. Akkus sind vor Tiefenentladung zu schützen.

5. Aussonderung/Entsorgung:

- 5.1 Stellt der Leistungserbringer bei der Rückholung fest, dass ein Hilfsmittel nicht mehr wirtschaftlich für den Wiedereinsatz zu reparieren ist, teilt er dies unverzüglich der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK mit dem in MIP-Orthopädie integrierten Aussonderungsantrag mit. Ein unwirtschaftlicher Wiedereinsatz kann frühestens dann vorliegen, wenn die Reparaturkosten mehr als 70% des von der AOK zu übernehmenden Neupreises betragen. Die AOK entscheidet über die weitere Verwendung.
- 5.2 Ein nach diesem Vertrag ausgesondertes Hilfsmittel darf, auch nach Aufbereitung, nicht erneut für die Versorgung von Versicherten der AOK eingesetzt werden.
- 5.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die umweltgerechte Entsorgung der ausgesonderten Hilfsmittel nach den gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen. Die Entsorgung ist mit der Vergütung für die Neuversorgung oder den Wiedereinsatz nach Anlage 3 abgegolten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- 5.4 Die AOK behält sich vor, im Einzelfall ein zur Aussonderung vorgeschlagenes Hilfsmittel zur Begutachtung anzufordern. In diesen Fällen informiert der MIP-Administrator der AOK den Leistungserbringer.

V. Probleme und Fehler

- 1. Erkennbare Fehler in der Hilfsmittelbezeichnung sind unverzüglich zu beheben.
- 2. Falsche Deklarationen und andere Unstimmigkeiten zwischen einlagerndem und auslieferndem Leistungserbringer sind ebenfalls unverzüglich bilateral zwischen diesen zu klären.
- 3. In Zweifelsfällen ist der MIP-Administrator der AOK mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen" zu informieren. Dieser entscheidet für die beteiligten Leistungserbringer verbindlich.
- 4. Probleme und Fragen zur EDV-Bedienung sind mit dem Systembetreiber der Firma medicomp (siehe I.) zu klären. Hierzu steht der MIP-Support unter der MIP-Hotline 06235/9579-79 zur Verfügung.

VI. Lagerübernahme bei Betriebsaufgabe (auch teilweise)

1. Betriebsaufgaben sind, unabhängig von den Gründen (gilt auch bei Insolvenz), rechtzeitig schriftlich dem MIP-Administrator anzuzeigen.
2. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen anderen von der AOK nachweislich beauftragten Leistungserbringern zu den üblichen Geschäftszeiten Zugriff auf das Eigentum der AOK zu gewähren.
3. Die Umbuchung der Hilfsmittel auf die neue Lagerstelle erfolgt in Abstimmung mit dem MIP-Administrator. Die Kosten trägt der Leistungserbringer, welcher die Umlagerung zu vertreten hat.

VII. Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

1. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK für Schäden, die aufgrund nicht adäquater Hilfsmittellagerung entstehen sowie für Verlust der Hilfsmittel, Schäden am Hilfsmittel aufgrund von Witterungseinflüssen oder anderen von ihm zu vertretenden Gründen.
2. Wird ein Hilfsmittel oder einzelnes Zubehör (Teilverlust) während der Lagerung durch Verschulden des Leistungserbringers unbrauchbar oder ist es unauffindbar, hat der einlagernde Leistungserbringer dies der AOK unverzüglich mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung über den Verlust von Hilfsmitteln" mitzuteilen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den Zeitwert des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Einlagerung zuzüglich einer Vertragsstrafe in Höhe von 100,00 EUR netto zu ersetzen.
3. Bei wiederholten Falschabfragen oder wiederholten unnötigen oder unberechtigten Abfragen durch den Leistungserbringer ist die AOK berechtigt, dem Leistungserbringer die betreffenden Aufträge zu entziehen und einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Hilfsmittels zu beauftragen.
4. Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Anlage ergebenden Verpflichtungen nicht, kann die AOK den Leistungserbringer von der Teilnahme am Lagerverwaltungssystem ausschließen. Der ausgeschlossene Leistungserbringer kann ab dem Tag des Ausschlusses keine wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel mehr mit der AOK abrechnen. Ausgenommen hiervon sind bis zu diesem Tag von der AOK genehmigte Versorgung und Reparaturen.
5. Unberührt hiervon bleiben Vertragsmaßnahmen nach § 18.

Anlage 5 Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
PLZ und Ort: _____
Geburtsdatum: _____ KV-Nummer: _____

Daten des Hilfsmittels:

Hilfsmittel: _____
Modell: _____ Hersteller: _____
Seriennummer: _____
Registernummer: _____

Die Firma _____ stellt die Versorgung mit dem o. g. Hilfsmittel einschließlich aller Dienst- und Nebenleistungen sicher.

- ☐ Hierzu zählt auch die Durchführung von Reparaturen, Wartungen sowie die Belieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Hierfür erhält die o. g. Firma von der AOK. Die Gesundheitskasse eine **Vergütung in Form einer Pauschale**. Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und überlässt mir dieses leihweise.
- ☐ Die AOK stellt mir das Hilfsmittel **als Sachleistung leihweise** zur Verfügung. Die AOK bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und stellt mir dieses leihweise zur Verfügung.
- ☐ Die AOK stellt mir das Hilfsmittel **als Sachleistung** zur Verfügung. Mit der Übergabe des Hilfsmittels überträgt die AOK das Eigentum auf mich.

Ich verpflichte mich,

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen, insbesondere nicht in der Nähe des Hilfsmittels zu rauchen oder zuzulassen, dass geraucht wird,
- Schäden am Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfsperson entstanden sind, nach Rücksprache mit dem Leistungserbringer auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für verschuldete 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 zu informieren,
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere Prüfung des Gerätes) zu unterstützen.

Bei einer Vergütung in Form einer Pauschale gilt:

- Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien beauftragt, sind die hierdurch entstehenden **Mehrkosten** von mir zu tragen.
- Ein **Wechsel des Leistungserbringers** ist jeweils nur zum Beginn eines neuen Versorgungszeitraums möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich von dem Wechsel zu informieren.

Ich wurde über die **gesetzliche Zuzahlung** gemäß § 33 Abs. 8 SGB V informiert. Sie ist auf Wunsch kostenlos zu quittieren. Die gesetzliche Zuzahlung ist bei Therapiebeginn und der Abrechnung der Folgepauschalen vom Leistungserbringer zu erheben, sofern ich von dieser nicht befreit bin. Sie ist auf Wunsch kostenlos zu quittieren. Die Zuzahlung gilt für alle Lieferungen innerhalb eines Versorgungszeitraums.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer mich in meinem **häuslichen Wohnumfeld** nach Terminvereinbarung aufsucht, sofern dies im Einzelfall zur Sicherstellung meiner Versorgung erforderlich ist.

☐ ja ☐ nein

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Anlage 6 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V
Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit
Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:	Firmenstempel und IK
Beratende/r Mitarbeiter/in:	
Versicherte/r:	Name, Vorname
	Versichertennummer oder Geburtsdatum
	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Der o.g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
- ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels umfassend beraten.

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

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- sich die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag ergeben,
- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingt höhere Folgekosten, z.B. bei Reparaturen und Wartung, selbst trage.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 7 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V

Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
☐ telefonische Beratung
☐ vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter
Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

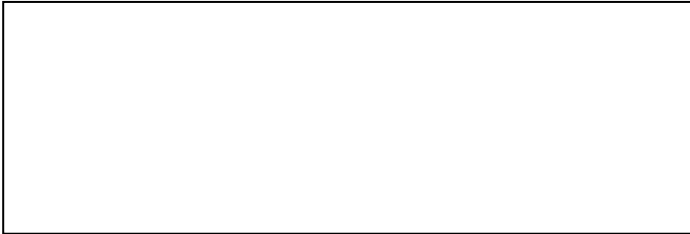
Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch erhalten. Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



Anlage 8 Rücknahmebestätigung

Der unten genannte Leistungserbringer bestätigt hiermit, dass das für

Frau/Herrn: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Abgegebene Hilfsmittel: _____

Modell: _____ Hersteller: _____

Registernummer: _____

—

am _____ zurückgeholt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Anlage 9

**Meldung des Versicherten über den Ausfall des
Beatmungsgerätes**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Notdiensthabende/r:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Daten des Hilfsmittels

- Hilfsmittel: _____
- Hersteller: _____ Modell: _____
- Serien-Nr.: _____ Register-Nr.: _____

Maßnahmen des Leistungserbringers

- Datum: _____ Uhrzeit: _____
- Schadensdiagnose: _____
- Fehlercode/-meldung: _____
- Verdacht auf Fremdverschulden: ☐ nein
☐ ja, Erläuterung: _____
- Maßnahmen: ☐ Reparatur vor Ort
☐ Mitnahme des Geräts zur Reparatur und Ausgabe eines Ersatzgeräts

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8, 9 und 16a SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

Anlage 10 Erklärung nach § 15 Abs. (2)

Hiermit erkläre/n ich/wir i. S. d. § 15 Abs. (2), dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Beatmungstherapie nach § 127 Abs. 1 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer

Für weitere Institutionskennzeichen oder ergänzende Angaben verwenden Sie bitte eine Anlage.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, erfülle/n und den Nachweis gegenüber der AOK jederzeit erbringen kann/können, soweit dieser nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen ist. Mir/uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sofern die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vorliegen und dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche meine/unsere Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, sind von mir/uns unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK schriftlich mitzuteilen.

Eine Abrechnung mit einem anderen als den genannten Institutionskennzeichen ist nur möglich, sofern ich/wir die AOK hierüber im Vorfeld schriftlich informiert habe(n), die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt sind und mir/uns eine schriftliche Zustimmung der AOK für die Verwendung dieses Institutionskennzeichens vorliegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers