
AC/TK: 11 07C82 (Apotheke)
AC/TK: 15 07C82 (Sanitätshaus/Bandagist/Orthopädietechniker)
AC/TK: 19 07C82 (Sonstiger Hilfsmittellieferant)

Vertrag

**über die Versorgung mit Bilevel-CPAP-Systemen mit ST-
Funktion zur Behandlung
schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V**

- Vertragsnummer: 1x07C82 -

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Str. 273
30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda**

(im Folgenden: AOKN)

und

**XXXXX
XXXXX
XXXXX**

(im Folgenden: Leistungserbringer)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Geltungsbereich	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge	5
§ 6	Versorgungspauschale	6
§ 7	Haftung und Verzug	7
§ 8	Insolvenz	7
§ 9	Vergütung	7
§ 10	Abrechnung	8
§ 11	Datenschutz	11
§ 12	Werbung	11
§ 13	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	11
§ 14	Übergangsregelung	12
§ 15	Inkrafttreten und Kündigung	13
§ 16	Salvatorische Klausel	13
Anlage 01	Qualitäts- und Versorgungsstandards	14
Anlage 02	Leistungsbeschreibung	17
	Anhang 01 zur Anlage 02: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung	24
Anlage 03	Vergütung	26
Anlage 04	Versicherteninformation	28
Anlage 05	Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten	29
Anlage 06	Therapienachweis	30
Anlage 07	Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel	31
Anlage 08	Empfangsbestätigung	32
Anlage 09	Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung	41
Anlage 10	Erklärung nach § 10 Abs. 2	42

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOKN mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlagen 04 - 08 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 AOKN und für die Leistungserbringer, welche der Reha-Service-Ring GmbH - RSR (nachfolgend Leistungserbringer) angehören, sofern sie die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen und den Vertragsbeitritt nicht widerrufen haben.
- (2) Der Widerruf ist gegenüber dem RSR zu erklären. Der RSR stellt der AOKN jeweils bei Veränderungen eine Partnerliste bzw. eine Liste der Leistungserbringer, die eine geforderte Qualifizierung nach diesem Vertrag nachgewiesen haben, zur Verfügung. Die Übersicht muss mindestens folgende Inhalte haben: Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, Name, Anschrift und Kennzeichnung, ob es sich um einen Hauptbetrieb oder eine Filiale (bitte dazu den Hauptbetrieb angeben) handelt. Die bloße Mitgliedschaft bei dem RSR führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Über die Berechtigung oder Nichtberechtigung zur Versorgung und Abrechnung sowie Art und Umfang der Belieferung entscheidet die AOKN.
- (3) Der Vertrag umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten.

§ 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 AOKN. 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) Für die Umsetzung und Prüfung der Eignung der Leistungserbringer nach § 126 Abs. 1a Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 SGB V, die über eine entsprechende Präqualifizierungsstelle nachgewiesen werden kann, gilt eine Umsetzungsfrist. Der Nachweis der Antragsstellung zur Präqualifizierung ist spätestens bis zum 01.12.2014 erforderlich, andernfalls

entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Sofern der Leistungserbringer nicht bis zum 01.03.2015 den Präqualifizierungsnachweis übersendet, kann er als ungeeignet i.S.v. § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V angesehen werden und kann bis zur Vorlage des Präqualifizierungsnachweises von der Versorgung der Versicherten der AOKN ausgeschlossen werden.

- (4) 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 AOKN schriftlich mitzuteilen.
- (5) Die AOKN 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 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 Beratung 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.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung 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) Zur Sicherstellung der Versorgung gewährleistet der Leistungserbringer auch einen medizinisch-technischen Notdienst, der täglich 24 Stunden für AOKN-Versicherte erreichbar ist. Die Telefonnummer, Name und Anschrift des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Versorgung bekannt zu geben.
- (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 AOKN 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) Vor jeder Versorgung mit den in Anlage 3 geregelten Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer eine MIP-Abfrage zu generieren. Sofern auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem AOKN-Lagerbestand (MIP) zurückgegriffen werden kann (Wiedereinsatz), erfolgt die Versorgung im Rahmen der Versorgungspauschale.
- (8) Die Verwaltung der AOKN Bestandsgeräte erfolgt über das Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie und ist in der Anlage 09 geregelt.

- (9) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOKN kann nur aufgrund einer fachärztlichen Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt) erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (10) Der Leistungserbringer hat - soweit erforderlich - nach Eingang der fachärztlichen 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 AOKN befinden, dürfen für die genannten Zwecke nicht eingesetzt werden.

- (11) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOKN ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (12) Soweit eine Versorgung nach Abs. 10 noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOKN 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 Einsatzzeit.
- (13) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten die Versicherteninformation nach Anlage 4 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. Dies gilt nicht für Versorgungen im Rahmen des Wiedereinsatzes.
- (14) Es ist unzulässig, mit Ausnahme der Regelung nach Abs. 10 ein anderes als das erforderliche und von der AOKN genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (15) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (16) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass nicht mehr vom Versicherten benötigte Hilfsmittel unverzüglich zurück geholt werden. Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel auf Verlangen der AOKN oder des Versicherten innerhalb von 10 Arbeitstagen abzuholen. Der Leistungserbringer bestätigt dem Versicherten die Abholung des Hilfsmittels.
- (17) Holt der Leistungserbringer das Hilfsmittel vor Ablauf des Versorgungszeitraums oder während einer laufenden Versorgung mit einem AOKN-Bestandsgerät zurück oder erhält er davon Kenntnis, dass die Voraussetzungen für die Versorgung des Versicherten während des Versorgungszeitraums nicht mehr vorliegen, ist die von der AOKN benannte Stelle unverzüglich schriftlich zu informieren.

- (18) 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)
Befindet sich der Versicherte in einer Pflegeeinrichtung, einem Hospiz oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe, ist dies auf dem Kostenvoranschlag besonders kenntlich zu machen.
 - fachärztliche 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
 - Versorgungszeitraum (diese Angabe ist bei Versorgung im Rahmen des Wiedereinsatzes nicht erforderlich)
 - MIP-Anfragebeleg über die Poolabfrage nach Anlage 09
 - bei vorhandenem Lagerbestand MIP-Reservierungsbeleg
- (2) Bei Reparaturen ist eine detaillierte Auflistung der angefallenen Arbeiten und benötigten Ersatz- und Zubehörteile einzureichen. Bei Fremdreparaturen durch den Hersteller ist der Kostenvoranschlag des Herstellers mit deren Einverständnis beizufügen. Hinweise über Schäden am Hilfsmittel, die auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen sind, sind auf dem Kostenvoranschlag anzugeben.
- (3) Die AOKN ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V für nicht in der Anlage 3 preislich geregelte Hilfsmittel weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungserbringer erfolgt nicht.
- (4) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOKN unbearbeitet an den Leistungserbringer zurück geschickt. 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

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. Dies gilt nicht für Versorgung im Rahmen des Wiedereinsatzes.

- (3) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOKN sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- (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 § 9 Abs. 4 eine abweichende Vereinbarung. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOKN 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 Insolvenz, Betriebsaufgabe oder -veräußerung 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 AOKN einschließlich der Nachweise zur Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 unaufgefordert vorzulegen. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

§ 7

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 AOKN oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOKN 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 schuldhaftige 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 AOKN 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.10 und 12 sowie Anlage 1 Nr. 3.7) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z.B. durch die Versorgung durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOKN behält sich eine Aufrechnung nach § 10 Abs. 13 vor.

§ 8

Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN 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 AOKN unverzüglich zu informieren.
- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOKN alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 9

Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 3. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen.
- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) 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 5 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 5 zu dokumentieren und der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchsicht des Dokuments auszuhändigen.

§ 10

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 AOKN 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 AOKN möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN 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. Die Genehmigungsnummer ist anzugeben. Im Falle einer Versorgung im Rahmen einer Versorgungspauschale ist zusätzlich der Versorgungszeitraum anzugeben. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer, einer anderen Abrechnungspositionsnummer, keiner Genehmigungsnummer und/oder keines Versorgungszeitraumes nicht.
- (4) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOKN 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 AOKN innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszin-

sen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOKN scheidet allerdings aus, soweit die AOKN berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. 12 oder eine Aufrechnungslage nach Abs. 13 oder 14 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. Darüber hinaus sind Empfangsbestätigungen für erbrachte Leistungen nach Satz 1, welche nicht nach Satz 2 der Abrechnung beizufügen sind, der AOKN auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. 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 die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 2 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOKN vorgelegt werden können. Die AOKN ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Empfangsbestätigungen für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.
- (8) Zur Abrechnung der Folgepauschale ist durch den Leistungserbringer zwingend ein Nutzungsnachweis gemäß Anlage 7 der Abrechnung beizufügen, sofern in Anhang 1 der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist. Der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter bestätigt mit Unterschrift und Datum die regelmäßige Nutzung des überlassenen Hilfsmittels und dessen funktionsfähigen Zustand.
- (9) 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 AOKN vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOKN 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.
- (10) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung unabhängig von der erfolgten Genehmigung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (11) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOKN eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der

AOKN ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOKN auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungshilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.

- (12) Die AOKN ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOKN 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 AOKN 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 AOKN 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 § 13 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. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht schriftlich innerhalb von 2 Monaten, so gilt diese als anerkannt.

- (13) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOKN 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.
- (14) 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 AOKN ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOKN nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOKN oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOKN ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOKN auch im Fall einer verbotswidri-

gen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 11

Datenschutz

- (1) Sämtliche Daten, insbesondere personenbezogene oder personenbeziehbaren Daten, dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben, sowie im Rahmen gesetzlicher Aufgaben der Vertragspartner, erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Das für den Lieferanten geltende Datenschutzrecht sowie die besonderen sozialdatenschutzrechtlichen Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten aus dem SGB I, SGB V und dem Zweiten Kapitel des SGB X sind zu beachten. Die Vertraulichkeit ist zu wahren. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter auf die Einhaltung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen schriftlich zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und die Dokumentation der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- (2) Soweit Angaben aufgrund der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben oder im Rahmen gesetzlicher Aufgaben der Vertragspartner gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der AOKN erforderlich sind, haben diese im gesetzlich zugelassenen Umfang, unter Beachtung und Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere des Sozialdatenschutzes, personenbezogen, zu erfolgen.

§ 12

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. § 13).
- (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 AOKN oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 13

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 AOKN 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 AOKN 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. 4.
- (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 AOKN zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 10 Abs. 12 bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOKN kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 13 vorliegt.

§ 14

Übergangsregelung

- (1) Bei Vertragsabschluss laufende Versorgungen mit Hilfsmitteln, die sich im Eigentum der AOKN befinden, werden unter den in Anlage 2 geltenden Bestimmungen in die pau-

schalierte Vergütung überführt. Im Rahmen des Wiedereinsatzes erforderliche Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen werden nach Einzelleistung gemäß Anlage 3 vergütet. Einzelheiten sind in der Anlage 2 geregelt.

§ 15

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2014 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten fachärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.06.2016 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Laufende Versorgungen 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 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 in Verbindung mit § 33 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Sollte die AOKN zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung in diesem Vertrag vereinbarte Hilfsmittel im Sinne § 127 Abs. 1 SGB V ausschreiben, gelten dieser Vertrag als auch die vereinbarten Konditionen hinsichtlich der ausgeschriebenen Produktbereiche als aufgehoben, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Aufhebung wirkt mit dem Tag, an dem der Ausschreibungsschreibungsgewinner zur Versorgung beauftragt ist. Mit gleichem Tag endet für den nach diesem Vertrag lieferberechtigten Leistungserbringer die Lieferberechtigung.
- (7) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOKN, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos.

§ 16

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

Hannover,

Ort,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

xxxxx

Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Grundsätze

- 1.1 Voraussetzung für die Versorgung ist, dass der Versicherte ein abgestuftes System der Diagnostik und Therapie durchlaufen hat. Die Ersteinstellung auf das Bilevel-CPAP-Gerät mit ST-Funktion hat im Rahmen der Stufe IV unter kontinuierlicher polysomnographischer Überwachung entsprechend der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“, Anlage I, Abschnitt 3 (Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atemstörungen) zu erfolgen.
- 1.2 Bei Diagnosen, die kein abgestuftes System der Diagnostik und Therapie erfordern, ist eine ausführliche medizinische Begründung durch einen Facharzt (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt) vorzulegen.
- 1.3 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (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 AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.4 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der Versorgungsdauer Überprüfungen nach Herstellervorgaben und der MPBetreibV sowie dem MPG 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.
- 1.5 Der Leistungserbringer übernimmt für abgegebene Hilfsmittel alle in Zusammenhang mit der MPBetreibV stehenden Pflichten, insbesondere die Funktionsprüfung des Hilfsmittels am Betriebsort, die Einweisung des Versicherten in die sachgemäße Handhabung des Hilfsmittels, die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen, soweit diese durch den Hersteller nicht ausgeschlossen sind, die Führung des Medizinproduktebuches und die Führung des Bestandsverzeichnisses.

2. Personelle Anforderungen

- 2.1 Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien 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. 1.4 und 1.5, 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 des Systems zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterialien.
- 3.1.1 Die Beratung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. 3 genannten Personen in die Lage zu versetzen, das System zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 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 Maß des medizinisch Notwendigen
 - Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen
- 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. 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 4) 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 und 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 11 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOKN auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOKN das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 3.1.1 übermittelt.
- 3.4 Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über die Erfordernis eines regelmäßigen Therapienachweises im Rahmen der Folgeversorgung. Der Leistungserbringer ermittelt und dokumentiert die Therapiestunden gemäß Anlage 6.
- 3.5 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus.

- 3.6 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 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 Präqualifikierungskriterien genannten organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen.

5. Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- 5.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet notwendige Wartungen, Überprüfungen nach Nr. 1.4 und 1.5, Reparaturen und 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.

Leistungsbeschreibung

1. Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung (Versorgungspauschale)

- 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
 - Abströmventile für Maskensysteme
 - Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen/ zum universellen Einsatz mit respiratorischen Systemen
 - Nach den Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses ist die Anwendung von speziellen geschlossenen Sterilwasserpacks im häuslichen Bereich nicht notwendig, wenn frisch abgekochtes Leitungswasser verwendet wird. Ist die Abgabe von Sterilwasser nach Vorgaben des Herstellers/Leistungserbringers notwendig, ist dieses in der Vergütung enthalten.
 - Masken zur Adaption respiratorischer Systeme (ausgenommen individuell angefertigte Masken vgl. Nr. 5)
 - Maskenkörper, Maskenpolster (-wulst), Nasen- und Stirnpolster, Stirnstützen, Abstandshalter, Drehanschlüsse (-adapter), Verschlüsse und Clips für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme
 - Kopfbänderung und -hauben für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme
 - Schlauchsysteme für Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
 - Filter für Inhalations- und Atemtherapiegeräte
 - Trage-, Geräte-, Transporttasche
 - 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
 - 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 MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
 - Sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung
 - Rückholung, Einlagerung, Aussonderung und Verschrottung

- Medizinisch-technischer Notdienst
- Erstellung von Kostenvoranschlägen
- Dokumentation nach diesem Vertrag einschließlich der Ermittlung der Therapiestunden
- Versicherungen gemäß § 7

Werden die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel in Verbindung mit z.B. einem sauerstoffproduzierenden bzw. -abgebenden Hilfsmittel oder einer individuell gefertigten Maske benutzt, hat der Leistungserbringer für den Anschluss dieses Hilfsmittels an die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel zu sorgen (z.B. Sauerstoffadapter für respiratorische Systeme). Dies ist mit der Vergütung abgegolten.

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

- 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 Notfallgeräten
 - Interimsversorgungen nach § 4 Abs. 10
 - Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 6 Abs. 3

1.2 Wiedereinsatzpauschale für Versorgungen im Rahmen des Wiedereinsatzes

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 und Schulung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) in den sachgerechten Gebrauch, die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung. In die Einweisung und Schulung ist eine individuelle Bedarfsermittlung eingeschlossen.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Anpassung am Versicherten
- Ggf. erforderliche Ersatzhilfsmittel
- Aufwendungen für die Anforderung oder Abholung vom einlagernden Leistungserbringer inklusive Versandkosten

- Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
- Sach- und fachgerechte Reinigung und Desinfektion (Anlage 1)
- Allgemeine Durchsicht, Funktionskontrolle aller hilfsmittelspezifischen Parameter, Wartung/sicherheitstechnische Kontrolle (STK), sofern diese nach MGP oder Herstellervorgaben erforderlich ist
- Arbeitszeit
- Anlieferung inkl. einer ggf. erforderlichen Gefahrguttransport-Gebühr (inklusive Fahrzeit und –kosten)
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
- Abholung, Zustandsbewertung und Einlagerung (die Rückholpauschale ist in der Wiedereinsatzpauschale enthalten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden)
- Montage und Demontage
- Medizinisch-technischer Notdienst
- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- MPG-Dokumentation
- Lagerhaltung, Bestandsführung und Entsorgung nach Anlage 8
- Erstellung von Kostenvoranschlägen
- Dokumentation nach diesem Vertrag
- Versicherungen gemäß § 7

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

2. Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren

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

2.1 Genehmigungsverzicht nach § 4 Abs. 11

Die AOKN verzichtet bei den in Anhang 1 zu dieser Anlage 2 gekennzeichneten Versorgungsmöglichkeiten abweichend von § 4 Abs. 11 auf eine Genehmigung.

2.2 Verzicht auf die ärztliche Verordnung nach § 4 Abs. 9

Die AOKN verzichtet bei den in Anhang 1 dieser Anlage 2 entsprechend gekennzeichneten Versorgungsmöglichkeiten abweichend von § 4 Abs. 9 auf eine ärztliche Verordnung.

3. Versorgungszeitraum (Versorgungspauschale)

Die Versorgung erfolgt jeweils in Versorgungszeiträumen von 12 Monaten.

3.1. Erstversorgung

Der erste Versorgungszeitraum (Erstversorgung) beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten.

3.2. Folgeversorgung

Ist nach Ablauf des Versorgungszeitraums die Fortführung der Versorgung (Folgeversorgung) medizinisch notwendig, verzichtet der AOKN auf eine Genehmigung für die Folgeversorgung, sofern eine Nutzungsdauer (Atmungsstunden) von mindestens 1.460 Stunden jährlich vorliegt. Der Nachweis über die jährliche Nutzungsdauer ist vom Leistungserbringer mittels der vollständig ausgefüllten Anlage 6 im Rahmen der Abrechnung zu erbringen.

Bei einer jährlichen Nutzungsdauer von weniger als 1.460 Stunden, ist ein Kostenvoranschlag bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dem Kostenvoranschlag ist eine fachärztliche Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt) zur weiteren medizinischen Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie sowie die vollständig ausgefüllte Anlage 6 beizufügen.

Die Ermittlung der jährlichen Nutzungsdauer kann durch den Leistungserbringer nach Ablauf des 10. Versorgungsmonats erfolgen. Wird hierbei die jährliche Nutzungsdauer von 1.460 Stunden voraussichtlich nicht erreicht, kann nach Ablauf des 10. Versorgungsmonats ein Kostenvoranschlag eingereicht werden. Der Folgeversorgungszeitraum beginnt jedoch frühestens mit Ablauf des vollen Versorgungszeitraums.

4. Umversorgungen

Ist eine Umversorgung auf ein Hilfsmittel mit einer höheren Vergütung medizinisch notwendig, kann der Differenzbetrag nachberechnet werden, ohne dass ein neuer Versorgungszeitraum beginnt. Dies gilt auch, sofern die Umstellung von einem niedriger vergüteten Hilfsmittel zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen erfolgt, dessen Vergütung in einem anderen Vertrag zwischen dem Leistungserbringer und der AOKN geregelt ist. Die Folgepauschale nach Nr. 3.2 kann erst nach Ablauf des Versorgungszeitraumes, in dem die Umversorgung erfolgte, abgerechnet werden.

Der von der AOKN benannten Stelle ist ein Kostenvoranschlag zusammen mit folgenden Anlagen beizufügen:

- fachärztliche Verordnung (§ 4 Abs. 9)
- Nachweis für die Ersteinstellung auf das Hilfsmittel im Rahmen der Stufe IV unter kontinuierlicher polysomnographischer Überwachung (vgl. Anlage 1 Nr. 1.1)
- Versorgungszeitraum (diese Angabe ist bei Versorgungen im Rahmen des Wiedereinsatzes nicht erforderlich)
- MIP-Anfragebeleg über die Poolabfrage nach Anlage 09
- bei vorhandenem Lagerbestand MIP-Reservierungsbeleg

- Bei Reparaturen ist eine detaillierte Auflistung der angefallenen Arbeiten und benötigten Ersatz- und Zubehörteile einzureichen. Bei Fremdreparaturen durch den Hersteller ist der Kostenvoranschlag des Herstellers mit deren Einverständnis beizufügen. Hinweise über Schäden am Hilfsmittel, die auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen sind, sind auf dem Kostenvoranschlag anzugeben.

5. Individuell angefertigte Masken

5.1 Grundsatz

Die Versorgung mit individuell gefertigten Masken ist nicht Bestandteil der Versorgungspauschale. Die Vergütung für individuell angefertigte Masken richtet sich nach Anlage 3.

Vor jeder Versorgung ist ein Kostenvoranschlag mit der fachärztlichen Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt) einzureichen (§ 4 Abs. 9). Dem Kostenvoranschlag für die AOKN sind Kostenvoranschläge von Zulieferbetrieben mit deren Einverständnis beizufügen.

5.2 Indikation

Die Versorgung mit konfektionierten, d.h. industriell gefertigten, Masken, hat vorrangig zu erfolgen. Die Notwendigkeit einer individuell angefertigten Maske ist im Einzelfall zu begründen. Ein Nachweis über verschiedene vorab getestete konfektionierte Masken ist zu erbringen.

5.3 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 Herstellerangaben, 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 AOKN unverzüglich schriftlich, sofern er an einem Hilfsmittel einen Schaden feststellt oder vermutet, der auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurück zu führen ist.

6. Übergangsregelung gemäß § 14

Bei Abschluss dieses Vertrages laufende Versorgungen mit Hilfsmitteln, die sich im Eigentum der AOKN befinden, werden gemäß § 14 Abs. 1 erst dann in die pauschalisierte Vergütung nach Anlage 3 Nr. 1 überführt, sofern

- eine Reparatur des Hilfsmittels unwirtschaftlich ist und
- wenn auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem AOKN-Lagerbestand (MIP) zurückgegriffen werden kann. Diese Prüfung ist durch Leistungserbringer anhand einer MIP-Anfrage vorzunehmen. Sofern ein geeignetes Hilfsmittel im AOKN-Lagerbestand vorhanden ist, hat dies Vorrang gegenüber der Überführung in die Versorgungspauschale.

Ein entsprechender MIP-Anfragebeleg ist dem Kostenvoranschlag beizufügen.

Dies gilt auch für entsprechende Versorgungen von Versicherten, die nach den bisherigen vertraglichen Regelungen der IKK Niedersachsen versorgt wurden.

Eine Überleitung in die Versorgungspauschale ist nur nach Genehmigung der AOKN möglich.

7. Versorgungen mit Eigentumsgeräten der AOKN (Wiedereinsatz)

Sofern im Rahmen einer MIP-Abfrage (vgl. §4, Abs. 7) auf AOKN Lagerbestand zugegriffen werden kann und Folge dessen die Versorgung nicht im Rahmen der Versorgungspauschale erfolgt, gelten die nachfolgenden Regelungen.

Die Verwaltung der AOKN Bestandsgeräte erfolgt über das Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie nach Anlage 9.

7.1 Genehmigung und Abrechnung

Die AOKN verzichtet abweichend von § 4 Abs. 11 bei folgenden Versorgungen auf eine Genehmigung:

- Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterial bis zu einem Betrag unter 100 EUR zzgl. MwSt.
- Wartungen unter 100 EUR zzgl. MwSt.
- Voraussichtliche Reparaturkosten unter 100 EUR zzgl. MwSt.

Bei Wartungen und Reparaturen verzichtet die AOKN abweichend von § 4 Abs. 9 auf eine ärztliche Verordnung.

Wartungen sind nach den Regelungen der Anlage 1 sicherzustellen. Das Prüfprotokoll ist dem Kostenvoranschlag und/oder Abrechnung beizufügen.

Dem Kostenvoranschlag für die Reparatur ist ein spezifizierter Kostenvoranschlag einschließlich Arbeitsbericht des Technikers beizufügen.

7.2 Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach Anlage 3 Nr. 4.

Die Wartungspauschale beinhaltet folgende Leistungen:

- Arbeits- und Fahrtzeit, Fahrtkosten

- Reinigung, Desinfektion
- Überprüfung des Gerätezustandes, sicherheitstechnische Kontrolle

7.3 Rückholung und Entsorgung

Die Regelungen des § 4 Abs. 16 und 17 gelten entsprechend. Ausgesonderte Hilfsmittel dürfen vom Leistungserbringer nicht mehr eingesetzt werden. Die Rückholung, Aussonderung und Entsorgung erfolgt kostenfrei (vgl. Anlage 9).

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.06.2016 schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Bilevel-CPAP- Systemen mit ST-Funktion zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Versorgungspauschale	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 7	Der Abrechnung sind beizufügen:			
					Therapie- nachweis	Nutzungs- nachweis	Fachärztl. Verordnung	Empfangs- bestätigung
1. Erstversorgung								
1400240010 1400240020	08	Versorgungspauschale für Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	Erstversorgung (12 Monate)	ja ¹	nein	nein	ja ²	ja
2. Folgeversorgung								
2.1 Nutzungsdauer (Atemungsstunden) von mindestens 1.460 Therapiestunden wird erreicht:								
1400240010 1400240020	09	Versorgungspauschale für Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	Folgeversorgung (12 Monate)	nein	ja	ja	nein	nein
2.2 Nutzungsdauer (Atemungsstunden) von weniger als 1.460 Therapiestunden wird erreicht:								
1400240010 1400240020	09	Versorgungspauschale für Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	Folgeversorgung (12 Monate)	ja ³	ja	nein	ja	nein
2.3 Wechsel des Leistungserbringers								
14.24.24.0xxx 14.24.24.1xxx	09	System zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen		ja ⁴	nein	nein	ja	ja
3. Umversorgungen								
1400240010 1400240020	09	14.24.24.0 und 14.24.24.1	Folgeversorgung (12 Monate)	ja ⁵	nein	nein	ja	ja
4. Individuell angefertigte Masken								
14.24.16.7xxx	00	Individuell angefertigte Maske		ja ⁶	nein	nein	ja	ja
5. Übergangsregelungen gemäß § 14								
5.1 Einzelleistungsvergütung (Wiedereinsatz)								

¹ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: fachärztliche Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt), Nachweis über die Ersteinstellung auf das Bilevel-CPAP-System mit ST-Funktion im Rahmen der Stufe IV (vgl. Anlage 1, Nr. 1.1/Nr. 1.2), Empfangsbestätigung. Weitere Empfangsbestätigungen (z.B. Nachlieferungen von Zubehör/Verbrauchsmaterial, Wartungen, Reparaturen) sind der AOKN nur auf Verlangen vorzulegen (vgl. § 10 Abs. 7).

² Eine fachärztliche Verordnung ist lediglich bei erstmaliger Versorgung des Versicherten oder bei Nichterreichen der 1.460 Therapiestunden einzureichen.

³ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: fachärztliche Verordnung (vgl. Anlage 2, Nr. 3), Anlage 6.

⁴ vgl. § 4 Abs. 11.

⁵ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: fachärztliche Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt), Nachweis über die Ersteinstellung auf das Bilevel-CPAP-System mit ST-Funktion im Rahmen der Stufe IV (vgl. Anlage 1, Nr. 1.1/Nr. 1.2), MIP-Anfragebeleg über die Poolabfrage, bei vorhandenem Lagerbestand MIP-Reservierungsbeleg.

⁶ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: fachärztliche Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt), Kostenvoranschläge von Zulieferbetrieben, Nachweis über verschiedene vorab getestete konfektionierte Masken.

Anhang 1 zur Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Bilevel-CPAP- Systemen mit ST-Funktion zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Versorgungspauschale	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 7	Der Abrechnung sind beizufügen:			
					Therapie- nachweis	Nutzungs- nachweis	Fachärztl. Verordnung	Empfangs- bestätigung
Hilfsmittelpositionsnummer nach Hilfsmittelverzeichnis		Zubehör, Ersatzteile, Verbrauchsmaterial		ja > 100 EUR nein < 100 EUR	nein	nein	ja	ja
14.24.17.1xxx 14.24.17.2xxx 14.24.17.3xxx	12	Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit Systemen zur Behandlung schlafbe- zogener Atemstörungen						
14.99.99.3003	01	Reparaturen		ja > 100 EUR nein < 100 EUR	nein	nein	Spezifizierter KVA mit Arbeitsbe- richt des Technikers inkl. Angabe der Thera- piestunden, eine ärztliche Verordnung ist nicht not- wendig.	ja
14.99.99.4002	15	Wartungen		ja > 100 EUR nein < 100 EUR	nein	nein	Prüfprotokoll, eine ärztliche Verordnung ist nicht not- wendig.	ja
14.24.24.0xxx 14.24.24.1xxx	02	Wiedereinsatzpauschale		ja ⁷	nein	nein	ja ⁸	ja

⁷ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: fachärztliche Verordnung (Schlafmediziner, Pneumologe, Lungenfacharzt), Nachweis über die Ersteinstellung auf das Bilevel-CPAP-System mit ST-Funktion im Rahmen der Stufe IV (vgl. Anlage 1, Nr. 1.1/Nr.1.2), MIP-Anfragebeleg über die Poolabfrage, MIP-Reservierungsbeleg.

⁸ Eine fachärztliche Verordnung ist lediglich bei erstmaliger Versorgung des Versicherten oder bei Nichterreichen der 1.460 Therapiestunden einzureichen.

Vergütung

AC/TK: 11 07C82 (Apotheke)

AC/TK: 15 07C82 (Sanitätshaus/Bandagist/Orthopädietechniker)

AC/TK: 19 07C82 (Sonstiger Hilfsmittellieferant)

1. Versorgungspauschalen

Abrechnungs- positionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
1400240010	08 09	Bilevel-CPAP-Systeme mit ST-Funktion (zwei Druckniveaus)	750 EUR
1400240020		Bilevel-CPAP-Systeme mit ST-Funktion (zwei Druckniveaus) mit integrierter Befeuchtung	

2. Individuell angefertigte Masken

Abrechnungs- positionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
14.24.16.7xxx	00	Individuell angefertigte Masken	KVA

3. Wiedereinsatzpauschale im Rahmen des Wiedereinsatzes

Abrechnungs- positionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
14.24.24.0xxx 14.24.24.1xxx	02	Wiedereinsatzpauschale	220 EUR

4. Einzelleistungsvergütung für Altfälle (Wiedereinsatz)

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
14.24.16.0xxx 14.24.16.1xxx 14.24.16.2xxx 14.24.16.3xxx 14.24.16.4xxx 14.24.16.5xxx 14.24.16.6xxx	12	Masken	Herstellerlisten- preis abzgl. 15 v.H. Rabatt
14.99.99.0	12	Zubehör)	
14.99.99.0004	12	Abströmventile für Maskensysteme	
14.99.99.0012	12	Kopfhäuben für Masken zur Applikation respira- torischer Systeme	
14.99.99.0013	12	Maskenkörper für Masken zur Applikation respi- ratorischer Systeme	
14.99.99.0014	12	Maskenpolster (-wulst) für Masken zur Applika- tion respiratorischer Systeme	
14.99.99.0015	12	Nasen- und Stirnpolster zur Applikation respira- torischer Systeme	
14.99.99.0016	12	Stirnstützen für Masken zur Applikation respira- torischer Systeme	
14.99.99.0017	12	Sonstige Maskenstützelemente für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme)	
14.99.99.0018	12	Abstandhalter für Masken zur Applikation respi- ratorischer Systeme	
14.99.99.0019	12	Drehanschlüsse / -adapter für Masken zur Ap- plikation respiratorischer Systeme	
14.99.99.0020	12	Verschlüsse und Clips für Masken zur Applika- tion respiratorischer Systeme	
14.99.99.0021	12	Kopfbänderungen für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme	
14.99.99.1	12	Verbrauchsmaterial	
14.24.17.1xxx 14.24.17.2xxx 14.24.17.3xxx	12	Warmluftbefeuchter	230 EUR
14.99.99.3003	01	Reparaturen	KVA
14.99.99.4002	15	Wartungen an Systemen zur Behandlung der schlafbezogenen Atemstörungen	150 EUR

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.06.2016 schriftlich gekündigt werden.

Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

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

Daten des Hilfsmittels:

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

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 für Niedersachsen eine **Vergütung in Form einer Pauschale**.

Der Leistungserbringer bleibt **Eigentümer** des Hilfsmittels und überlässt mir dieses leihweise.

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 zurück zu geben, 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 und Ermittlung der Nutzungszeit) zu unterstützen.

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. 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 wurde darüber aufgeklärt, dass bei einer **täglichen Nutzung unter 4 Std.** zur Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit eine fachärztliche Verordnung notwendig ist, damit die Prüfung einer Kostenübernahme über diesen Zeitpunkt hinaus erfolgen kann.

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.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten _____

Ort, _____

Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

1. Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten angeboten, welche dem medizinisch Notwendigem entspricht.
2. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

(Bezeichnung, Modell, Hersteller)

3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____, _____ EUR trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können (z.B. Reparatur, Wartung, Ersatzbeschaffung).
4. Die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel ergeben sich aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Therapienachweis

(vom Leistungserbringer auszufüllen)

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
KV-Nummer:	_____

Angaben zum Hilfsmittel:

Übergabe an den Versicherten erfolgte am:	_____
Modell:	_____
Hersteller:	_____
Seriennummer:	_____

Therapienachweis für die

☐ Folgeversorgung

Therapiestunden:

Die Therapiestunden wurden für folgenden Zeitraum ermittelt:

Beginn:	Ende:
---------	-------

Zählerstand alt:	Zählerstand neu:
------------------	------------------

Therapiestunden gesamt:

Tägliche durchschnittliche Therapiestunden:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel

Die Firma _____ stellt

Frau/Herrn _____ Geburtsdatum _____

folgendes Hilfsmittel _____

Modell _____ Hersteller _____

Seriennummer _____ Nutzungs-/Gewährleistungszeitraum *] _____

als Sachleistung leihweise zur Verfügung und die AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen übernimmt die Kosten für diese Versorgung.

☐ Ich nutze das mir **am** _____ überlassene o.g. Hilfsmittel weiterhin. Das Hilfsmittel befindet sich heute in einem funktionsfähigen Zustand – **(Folgepauschale *])**.

***] Ist der Gewährleistungszeitraum abgelaufen wird die Versorgungspauschale in gleichem Umfang erneut fällig. Die weitere Nutzung ist vom Versicherten zu bestätigen.**

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des hier genannten Leistungserbringers.

Ich verpflichte mich,

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für 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 unverzüglich zu informieren.
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere Prüfung des Gerätes) zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Hilfsmittel ausgeliefert am

Unterschrift des Leistungserbringers

**Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des
Hilfsmittels (auch nach Reparatur)**

(bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (AOKN) stellt

Frau/Herrn _____ Geburtsdatum: _____

folgendes Hilfsmittel _____

Modell: _____ Hersteller _____

Registernummer: _____ Seriennummer: _____

☐ als Sachleistung

☐ als Pauschalleistung

☐ leihweise zur Verfügung.

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

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 an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, 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 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.

Einen Durchschlag dieser Empfangsbestätigung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Hilfsmittel ausgeliefert am

Unterschrift des Leistungserbringers

Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung AOKN-Hilfsmittelpool

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

Lagerverwaltungssystem

Der Leistungserbringer hat für die Verwaltung (u.a., Wiedereinsatz, Einlagerung, Reservierung, Reparatur, Rückkauf, Nachrüstung, Zurüstung und Aussonderung) der wiedereinsatzfähigen, AOKN-eigenen Hilfsmittel das Lagerverwaltungssystem "MIPOrthopädie" 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 AOKN-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 Im Lagerverwaltungssystem wird für jedes Hilfsmittel einmalig eine Registernummer (Inventarnummer) vergeben, die das Hilfsmittel im Lebenszyklus (von der erstmaligen In-Verkehrbringung bis zur Aussonderung) identifiziert. Jede Änderung der Registernummer während des Lebenszyklus ist unzulässig.

1.4 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.

1.5 Bei jedem Kontakt mit dem Hilfsmittel hat der Leistungserbringer die einwandfreie Lesbarkeit der Registernummer (Inventarnummer) zu prüfen und ggf. den Aufkleber zu erneuern.

1.6 Geeignete Aufkleber stellt die AOKN 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 AOKN erteilt, sobald der Leistungserbringer seine Teilnahme am Lagerverwaltungssystem zu den in Anlage 4 genannten Konditionen schriftlich gegenüber der AOKN erklärt hat.

2.2 Die AOKN 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 AOKN 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 AOKN muss während dieser Zeit zugegriffen werden können. Das gilt insbesondere für die Bereitstellung von angeforderten Hilfsmitteln und für Lagerprüfungen durch die AOKN.

Die AOKN 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 AOKN ist der MIP-Administrator der AOKN. Die Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten des MIP-Administrators werden dem Leistungserbringer über die Startseite der AOKN in MIP-Orthopädie bekannt gegeben.

II. 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 AOKN mit dem hierzu auf der Startseite der AOKN 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.

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 AOKN 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 Wiedereinsatz und Reparatur sind die Daten des Hilfsmittels unverzüglich nach der Genehmigung durch die AOKN 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, 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. 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 AOKN 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 AOKN vorzunehmen. In diesen Fällen informiert der Leistungserbringer unverzüglich den MIP-Administrator der AOKN mit dem auf der Startseite der AOKN in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen".

4.2 Die Aussonderung eines Hilfsmittels erfasst ausschließlich der MIP-Administrator der AOKN.

5. Kostenerfassung:

5.1 Alle Kosten für 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 AOKN 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 AOKN in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Erfassungsformular für Hilfsmittel ohne HMVZ-Nummer“ beim MIP-Administrator der AOKN und vor Kostenvoranschlagserstellung.

IV. Ablauf

1. Hilfsmittelauswahl:

1.1 Der Leistungserbringer hat bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln vorrangig die Belieferung aus vorhandenen AOKN-Beständen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels aus den AOKN-Beständen wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe eines Hilfsmittels im Rahmen einer Pauschalversorgung kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der AOKN zurück gegriffen 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 ohne MIP-Beleg werden an den Leistungserbringer unbearbeitet zurück gesendet. 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.

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 aufgezeigt werden. Gleichzeitig ist der MIP-Administrator der AOKN mit der hierzu bei der Auswahl der gefundenen Hilfsmittel bereitgestellten Schaltfläche "Antrag zur Freigabe einer Neuversorgung" zu informieren. Ein Kostenvoranschlag über eine Pauschalversorgung kann bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOKN erst nach zustimmender Rückmeldung durch den MIP-Administrator der AOKN über den Posteingang in MIP-Orthopädie zur Genehmigung eingereicht werden. Hierfür ist vom Leistungserbringer der MIP-Anfragebeleg 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 AOKN werden landesweit eingesetzt.

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 ein.

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 AOKN.

2.5 Neben der Wiedereinsatzpauschale nach Anlage 3 können der AOKN für die Abholung, den Versand, die Verpackung und die Arbeitszeit keine weiteren Kosten berechnet werden.

2.6 Die AOKN 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 Hilfsmittel 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 AOKN mit dem hierzu auf der Startseite der AOKN 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 AOKN mit dem hierzu auf der Startseite der AOKN 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 AOKN 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 AOKN zu erfassen.

4. Rückholung/Einlagerung:

4.1 Die Rückholung eines Hilfsmittels erfolgt nur nach Erteilung eines Rückholauftrages durch die AOKN. Rückholaufträge werden ausschließlich über das Lagerverwaltungssystem erteilt. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, die bisher nicht mit einer Registernummer gekennzeichnet sind. In diesen Fällen erteilt die AOKN 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 AOKN unverzüglich mit dem hierzu auf der Startseite der AOKN in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Beantragung eines Rückholauftrags" zu informieren. Die AOKN erteilt unverzüglich einen Rückholauftrag.

4.3 Der Leistungserbringer hat nach Erteilung des Rückholauftrages durch die AOKN 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 AOKN innerhalb der Abholfrist (vgl. 4.3) mit dem hierzu auf der Startseite der AOKN 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 AOKN mit dem hierfür auf der Startseite der AOKN 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 AOKN.

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 AOKN 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 AOKN 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 AOKN werden unrepariert und vorgereinigt 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 AOKN unverzüglich mit dem hierfür auf der Startseite der AOKN 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 AOKN 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 AOKN mit dem in MIP-Orthopädie integrierten Aussonderungsantrag mit. Ein unwirtschaftlicher Wiedereinsatz kann frühestens dann vorliegen, wenn die Reparaturkosten mehr als 70% des von der AOKN zu übernehmenden Neupreises betragen. Die AOKN entscheidet über die weitere Verwendung.
- 5.2 Mit Genehmigung der Aussonderung geht das Eigentum auf den Leistungserbringer über. Der Aufkleber der Registernummer ist vom Hilfsmittel zu entfernen. Ein ausgesondertes Hilfsmittel darf der Leistungserbringer in keiner Art und Weise wieder einsetzen.
- 5.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die umweltgerechte Entsorgung der ausgesonderten Hilfsmittel nach den gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen. Die Entsorgung ist mit der Vergütung für den Wiedereinsatz nach Anlage 3 abgegolten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- 5.4 Die AOKN behält sich vor, im Einzelfall ein zur Aussonderung vorgeschlagenes Hilfsmittel zur Begutachtung anzufordern. In diesen Fällen informiert der MIP-Administrator der AOKN 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 AOKN mit dem auf der Startseite der AOKN 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 medcomp (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 AOKN nachweislich beauftragten Leistungserbringern zu den üblichen Geschäftszeiten Zugriff auf das Eigentum der AOKN 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 AOKN 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 AOKN unverzüglich mit dem auf der Startseite der AOKN 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 AOKN 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 AOKN den Leistungserbringer von der Teilnahme am Lagerverwaltungssystem ausschließen. Der ausgeschlossene Leistungserbringer kann ab dem Tag des Ausschlusses keine wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel mehr mit der AOKN abrechnen. Ausgenommen hiervon sind bis zu diesem Tag von der AOKN genehmigte Versorgungen und Reparaturen.
5. Unberührt hiervon bleiben Vertragsmaßnahmen nach § 20.

Erklärung nach § 10 Abs. 2

Hiermit erkläre/n ich/wir i.S.d. § 10 Abs. 2, dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoeversorgung nach § 127 Abs. 2 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 AOKN 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 AOKN schriftlich mitzuteilen.

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

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers