

Vertrag

**nach § 127 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung mit Systemen
zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
(Schlafapnoesysteme)**

zwischen

**AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.
Kopenhagener Straße 1
44269 Dortmund**

- nachfolgend AOK NW genannt -

und

- nachfolgend Vertragspartner genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK): **15 21 736**

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Genehmigung/Kostenvoranschlag	4
§ 6 Art und Umfang der Leistung/Versorgungsqualität	5
§ 7 Qualitätssicherung	7
§ 8 Instandhaltung	8
§ 9 Haftung/Gewährleistung/Insolvenz	8
§ 10 Vergütung/Abrechnung	9
§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten	12
§ 12 Werbung	12
§ 13 Vertragserfüllung, Rechts- und Vertragsverstöße	12
§ 14 Inkrafttreten/Kündigung	13
§ 15 Schlussbestimmung/Salvatorische Klausel	13

Anlage 1 – Leistungsbeschreibung

Anlage 2 – Preisvereinbarung

Anlage 3 – Mehrkostenerklärung

Anlage 4 – Beitrittserklärung

Anlage 5 – Sicherungsübereignungserklärung

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Vertrag auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personen- und Funktionsbezeichnungen gelten jeweils in weiblicher und männlicher Form.

§ 1 **Gegenstand des Vertrages**

(1) Dieser Vertrag ergänzt den bestehenden Rahmenvertrag nach [jetzt] § 127 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V [alt: § 127 Abs. 2 SGB V] über die Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Regelungen des Rahmenvertrages in der jeweils gültigen Fassung gelten auch für die Hilfsmittelversorgungen, die sich aus diesem Vertrag ergeben. Sollte dieser Vertrag vom Rahmenvertrag abweichende Regelungen enthalten, kommen vorrangig die Regelungen dieses Vertrages in Bezug auf die hier vereinbarten Hilfsmittel zur Anwendung.

(2) Dieser Vertrag regelt die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK NW mit den in der Anlage 1 benannten Schlafapnoesystemen sowie dem dazugehörigen Zubehör und ggf. Zurichtungen der Produktgruppe 14 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung und zum Betrieb der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.

(3) Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages:

- Anlage 1 – Leistungsbeschreibung
- Anlage 2 – Preisvereinbarung
- Anlage 3 – Mehrkostenerklärung
- Anlage 4 – Beitrittserklärung
- Anlage 5 – Sicherungsübereignungserklärung

§ 2 **Geltungsbereich**

(1) Der Vertrag gilt für

1. die AOK NW.
2. Leistungserbringer, die als Mitglieder von Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern bzw. vergleichbaren Organisationsformen (nachfolgend Verbände genannt) diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind (Anlage 4) und die Voraussetzungen nach § 3 des Vertrages erfüllen. Die bloße Mitgliedschaft im Verband führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Der Vertragsbeitritt ist gegenüber dem Verband zu erklären. Dieser stellt der AOK NW zu Vertragsbeginn und jeweils bei Veränderungen unverzüglich eine aktuelle Liste der am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung. Diese ist im Excel-Format per E-Mail an die AOK NW zu senden.
3. Leistungserbringer, die nicht Mitglieder von Verbänden sind und diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind (Anlage 4).

(2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK NW im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 **Leistungsvoraussetzungen**

(1) Die Voraussetzungen nach § 2 des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht ent-

sprechend § 2 Abs. 2 des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK NW.

(2) Die AOK NW hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben auf Grundlage der Regelung des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln (vgl. § 8). Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Vertragspartners sind mit den in der Anlage 2 vereinbarten Vergütungen abgegolten.

(3) Sicherheitstechnische Kontrollen sind vom Vertragspartner vorzunehmen. Diese richten sich nach den Vorgaben der MDR, des MPG, der MPBetreibV sowie den Angaben des Herstellers. Die sicherheitstechnischen Kontrollen beinhalten u. a. das vorsorgliche und geplante Erkennen und Feststellen von Verschleiß sowie funktionsbeeinträchtigenden, sicherheitsrelevanten und gefährdenden Defekten und Mängeln am abgegebenen, gelieferten und angepassten Hilfsmittel, um dadurch die derzeitige Funktionsfähigkeit und Betriebssicherheit zu kontrollieren und festzustellen. Die Regelungen der MDR, des MPG und der MPBetreibV in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten. Für die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel sind konkrete Inhalte einer sicherheitstechnischen Kontrolle bisher nicht beschrieben. Sobald die Inhalte verbindlich festgelegt wurden, verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über die dafür zu zahlende Vergütungspauschale. Bis dahin gilt das Kostenvoranschlagsverfahren. Sicherheitstechnische Kontrollen durch Dritte können vom Vertragspartner nur ohne Aufschlag der AOK NW in Rechnung gestellt werden.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Vertragspartner versorgt die Versicherten der AOK NW entsprechend der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.

(2) Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Vertragspartner liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind. Ausnahmen hiervon sind in der Anlage 1 geregelt.

(3) Für Hilfsmittel, die nach Vertragsbeginn in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, gelten die Regelungen nach diesem Vertrag.

(4) Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Vertragspartner darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen, nicht ablehnen. Ist das Verhältnis zwischen dem Vertragspartner und dem zu versorgenden Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse in besonderem Maß gestört, kann im Einzelfall eine Versorgung abgelehnt werden. Hierüber wird die AOK NW schriftlich (auch digital) informiert. Auf Nachfrage der AOK NW ist die Ablehnung der Versorgung durch den Vertragspartner zu begründen.

§ 5 Genehmigung/Kostenvoranschlag

(1) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK NW. Hierfür reicht der Vertragspartner kostenfrei einen Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen (z. B. Erprobungsberichte, Beratungsprotokoll, Mehrkostenvereinbarung, Betriebsstundennachweis) bei der AOK NW ein. Aus der Verordnung muss sich die individuelle Therapie ergeben. Ist dies nicht der Fall, führt der Ver-

tragspartner eine entsprechende Klärung sowie Ergänzung der Originalverordnung durch den Verordnenden herbei. Falls der Verordner die unvollständige Verordnung nicht ergänzt, so dokumentiert und unterzeichnet der Vertragspartner das Ergebnis der Klärung mit dem Verordner.

(2) Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK NW auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in der Anlage 2 vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlage 2 von der AOK NW widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK NW kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Vertragspartner mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem z. B. nicht nachvollziehbare Mengensteigerungen oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.

(3) Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation (z. B. Herstellerabgabepreis, Arbeitszeit) nachzuvollziehen sein. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die vertraglich vereinbarte Hilfsmittelpositionsnummer aus der Anlage 2 angegeben.

(4) Rückfragen der AOK NW (z. B. zum Kostenvoranschlag, zu fehlenden Unterlagen) beantwortet der Vertragspartner in der Regel innerhalb von 3 Werktagen; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Anfragen des Vertragspartners sollte die AOK NW in der Regel spätestens nach 3 Arbeitstagen beantworten.

(5) Die AOK NW kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Auslieferung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 275 SGB V prüfen lassen. Der Vertragspartner stellt dafür die ihm vorliegenden und für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen dem MDK unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.

§ 6

Art und Umfang der Leistung/Versorgungsqualität

(1) Der Vertragspartner berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.

(2) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Vertragspartner gegenüber dem Versicherten weder schriftlich, telefonisch noch persönlich abgewertet werden. Dies gilt insbesondere beim Einsatz von Informationsmaterialien für Versicherte.

(3) Der Versicherte ist entsprechend § 127 Abs. 1 SGB V mit geeigneten aufzahlungsfreien Hilfsmitteln zu versorgen.

(4) Ein Hilfsmittel mit Aufzahlung kann im Einzelfall und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V abgegeben werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, kann der Vertragspartner dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Eine entsprechende Versorgung darf nur dann hergestellt bzw. abgegeben werden, wenn damit der gleiche Nutzen erzielt und die Nutzungsdauer nicht beeinträchtigt sowie dem Qualitätsstandard des Hilfsmittelverzeichnisses entsprochen wird. § 3 Abs. 12 des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln gilt.

(5) Die Beratung des Versicherten und die Aufzahlungshöhe sind in der Mehrkostenerklärung aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Vertragspartner

genutzte Mehrkostenerklärung muss den vorgegebenen Inhalten der Anlage 3 entsprechen. Darüber hinaus wird in der Mehrkostenerklärung aufgeführt, aus welchen Gründen der Versicherte eine aufzahlungsfreie Versorgung ablehnt. Eine Mehrkostenerklärung ist auch während der Laufzeit der Versorgungspauschale bei jeder entstehenden Aufzahlung erforderlich. Die Mehrkostenerklärungen bewahrt der Vertragspartner gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK NW auf Anforderung unverzüglich zur Verfügung. Kann der Vertragspartner den Nachweis nicht erbringen, ist dem Versicherten die Aufzahlung zu erstatten.

(6) Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach diesem Vertrag beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung/Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Vertragspartner sowie Gebühren für Porto oder Fracht. Hiervon abweichende Festlegungen sind in der Anlage 1 beschrieben.

(7) Die Versorgung erfolgt jeweils in Versorgungszeiträumen von 12 Monaten und beginnt mit der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten für den häuslichen Gebrauch. Der Vertragspartner stellt die Versorgung der Versicherten innerhalb des Versorgungszeitraumes für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit sicher.

(8) Bei Erst- und Umversorgungen, sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Gerätewechsel ist die Zustellung der Hilfsmittel auf dem Postweg unzulässig. Erst- und Umversorgungen, sicherheitstechnische Kontrollen sowie Gerätewechsel und nach erfolgter Versorgung ggf. erforderliche weitere Beratungen finden in der häuslichen Umgebung des Versicherten oder der Betriebsstätte des Vertragspartners statt. Hierbei ist den Wünschen des Versicherten zu entsprechen. Versicherte sind grundsätzlich nur nach vorheriger Terminabsprache aufzusuchen. Hierbei ist dem Versicherten ein Zeitfenster von maximal 4 Stunden während der üblichen Geschäftszeiten des Vertragspartners anzubieten. Im Falle von Umversorgungen garantiert der Vertragspartner, dass die Versorgung ohne Unterbrechung sichergestellt ist.

(9) Bei Wechsel des Vertragspartners auf Wunsch des Versicherten wirken die beteiligten Vertragspartner darauf hin, dass der Wechsel nach Ablauf des aktuellen Versorgungszeitraumes stattfindet. Der neu tätig werdende Vertragspartner stimmt mit dem bisherigen Vertragspartner den Wechsel ab. Sofern der neue Vertragspartner im Rahmen des noch nicht abgelaufenen Versorgungszeitraums trotzdem Leistungen erbringt, schuldet die AOK NW dafür keine Vergütung. Stimmt der neu tätig werdende Vertragspartner die Beendigung der Hilfsmittelversorgung mit dem bisherigen Vertragspartner nicht oder nicht rechtzeitig ab und liefert daher der bisherige Vertragspartner, zahlt die AOK NW an den bisherigen Vertragspartner. Die Vertragspartner regeln untereinander einvernehmlich eine ggf. anteilige Erstattung der jeweiligen Versorgungspauschale. Die genannten Regelungen beziehen sich auf Versorgungspauschalen nach diesem Vertrag.

(10) Übernimmt ein anderer Vertragspartner die Versorgung eines Versicherten der AOK NW, erklärt sich der abgebende Vertragspartner damit einverstanden, dass der die Versorgung übernehmende andere Vertragspartner vor Ablauf des Versorgungszeitraums bei Bedarf die Einstellungsparameter bzw. Leistungsdaten des eingesetzten Schlafapnoesystems zum Zwecke der Versorgung kostenlos auslesen kann.

(11) Der Vertragspartner gewährleistet zum Übergabezeitpunkt des Hilfsmittels dessen einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit, dies gilt auch für die optische Beschaffenheit und Geruchsneutralität.

(12) Der Vertragspartner verpflichtet sich, Hilfsmittel, die den gesetzlichen oder vertraglichen Anforderungen nicht mehr entsprechen, aus der Versorgung zu nehmen und nicht wieder einzusetzen. Er hat auch insoweit für eine nahtlose Versorgung der Versicherten mit einem adä-

quaten Ersatzgerät zu sorgen.

(13) Der Vertragspartner verpflichtet sich, Hilfsmittel, die nicht mehr in der Versorgung sind, sowie im Falle des Therapieabbruches vom Versicherten zurückzuholen und vereinbart hierzu innerhalb von fünf Arbeitstagen einen Termin mit dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen. Die Frist beginnt mit Kenntnis der Erforderlichkeit der Rückholung. Eine für den Versicherten kostenfreie postalische Rücksendung ist zulässig. Bei der Rückgabe ist der Wunsch des Versicherten zu berücksichtigen; Absatz 8 gilt. Sollte die Rückholung des Hilfsmittels nicht innerhalb der in Satz 1 angegebenen Fristen erfolgen, sind sämtliche infolge der Nichtrückholung des Geräts entstandenen Ansprüche des Vertragspartners gegenüber der AOK NW ausgeschlossen.

(15) Wird nach Beendigung einer Versorgung innerhalb von 12 Monaten eine erneute Versorgung mit einem Gerät derselben Produktuntergruppe notwendig, ist dies als Weiterführung der Versorgung anzusehen, sofern eine Verordnung mit gleicher Indikation vorliegt. In diesem Fall wird nur die Folgeversorgungspauschale gezahlt.

(16) Der Vertragspartner hat (auch über die Laufzeit dieses Vertrages hinaus) die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des bereits von der AOK NW vergüteten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.

(17) Aktuell laufende Versorgung des Leistungserbringers, die vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages von der AOK NW genehmigt und vergütet wurden, sind vom Leistungserbringer bis zum Ende des für den jeweiligen Versicherten betreffenden Versorgungszeitraumes gemäß der bisherigen vertraglichen Regelungen auszuführen. Nach Ablauf des für den jeweiligen Versicherten betreffenden Versorgungszeitraumes beginnt eine Folgeversorgung (vgl. § 10 Abs. 6), soweit die Hilfsmittelversorgung auch weiterhin medizinisch notwendig ist.

§ 7 Qualitätssicherung

(1) Die AOK NW ist nach § 127 Abs. 7 SGB V verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Vertragspartner sowie die Qualität der Leistungserbringung zu überprüfen. Dazu führt sie insbesondere Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Bei Verdacht auf Qualitätsmängel kann die AOK NW die erbrachten und geschuldeten Leistungen sowie die Abläufe von Versorgungsvorgängen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachprüfen oder nachprüfen lassen. Bei der Umsetzung der Qualitätssicherung orientiert sich die AOK NW an den Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 127 Abs. 8 SGB V. Insbesondere kann sie auf alle dort benannten Maßnahmen, wie Versichertenbefragungen und die Auswertung von Dokumentationen, zurückgreifen. Sie ist berechtigt, eine fachliche Prüfung zu beauftragen.

(2) Sofern eine Begehung in der zugelassenen Betriebsstätte des Vertragspartners stattfinden soll, teilt die AOK NW dem Vertragspartner die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Der Vertragspartner hat der AOK NW und/oder einem von ihr bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten Zugang zu gewähren. Der Vertragspartner hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Sofern die AOK NW auffällige Sachverhalte feststellt, ist der Vertragspartner verpflichtet, diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK NW zu übermitteln. Festgestellte Qualitätsmängel sind unverzüglich vom Vertragspartner, sofern von diesem verschuldet, zu beseitigen. Unabhängig davon kann die AOK NW entsprechend § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln Vertragsstrafen verhängen.

§ 8 **Instandhaltungen**

(1) Instandhaltungsmaßnahmen sind u. a. erforderliche Kontrollen und Wartungen, insbesondere nach Herstellervorgaben. Die Regelungen der MPBetreibV in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.

(2) Der Vertragspartner gewährleistet die Instandhaltung für die gelieferten Hilfsmittel.

§ 9 **Haftung/Gewährleistung/Insolvenz**

(1) Der Vertragspartner haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.

(2) Garantien, die der Hersteller dem Vertragspartner über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK NW.

(3) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK NW berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. In diesen Fällen hat der Vertragspartner seine eigenen Kosten sowie die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.

(4) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOK NW keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer.

(5) Der Vertragspartner hat die AOK NW von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Vertragspartners entstehen.

(6) Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Vertragspartner eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000,00 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000,00 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000,00 EUR pauschal für Vermögensschäden.

(7) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK NW die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidation und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK NW auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK NW umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK NW in datenschutzgerechter elektronischer Form (Excel-Format) zu übermitteln. Über die im Eigentum der AOK NW stehenden Hilfsmittel hat der Vertragspartner zusätzlich eine Inventarliste unter Angabe des derzeitigen Standortes, der Produktbezeichnung, Inventarnummer und ggf. Seriennummer zu erstellen und diese ebenfalls in elektronischer Form (Excel-Format) zu übermitteln.

(8) Zur Sicherstellung der laufenden Versorgungen im Insolvenzfall, bei Betriebsaufgabe oder -veräußerung überträgt der Vertragspartner sicherheitshalber das Eigentum auf die AOK NW. Hierzu schließen der Vertragspartner und die AOK NW eine Sicherungsübereignungserklärung gemäß Anlage 5.

(9) Alternativ zu der in Absatz 8 beschriebenen Sicherungsübereignungserklärung können folgende Sicherungssysteme vom Vertragspartner eingesetzt werden:

a) Selbstschuldnerische Bürgschaft

Für die Sicherstellung der Dienst- und Serviceleistungen für den gesamten Versorgungspauschalenz Zeitraum ist durch den Leistungserbringer eine selbstschuldnerische Bürgschaft, in der die Einrede der Vorausklage und auf die Einrede der Anfechtbarkeit verzichtet wird, innerhalb von vier Wochen nach Unterzeichnung des Vertrags bei der AOK NW einzureichen. Legt der Leistungserbringer innerhalb einer weiteren von der AOK NW zu setzenden Frist die Bürgschaft nicht vor, ist die AOK NW berechtigt, den Vertrag außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. In diesem Fall müssen alle bereits begonnenen Versorgungsbis zum Ende des nach diesem Vertrag für das jeweilige Hilfsmittel vorgesehenen Leistungszeitraums – wie vertraglich vereinbart – erbracht werden. Grundsätzlich soll der Höchstbetrag der Bürgschaft dem jeweiligen Leistungsumfang der einzelnen Leistungserbringer – bezogen auf den Versorgungsumfang der Versorgungspauschalen-Hilfsmittel im abgelaufenen Kalenderjahr – entsprechen. Für den Fall, dass noch keine entsprechenden Daten vorliegen, verständigen sich die Beteiligten auf eine angemessene Bürgschaftssumme, die sich am vermutlichen Leistungsumfang orientiert. Der im Rahmen des Vertrags durch die AOK NW zu ermittelnde Leistungsumfang kann sich gegenüber dem Vorjahr ändern. Verändert sich dieser durch die Bürgschaft abgesicherte Leistungsumsatz und Umfang der Verpflichtungen des Leistungserbringers gegenüber dem letzten Kalenderjahr um mehr als 10 v. H. nach oben oder unten, ist die Höchstbetragssumme der durch den Leistungserbringer zu überreichenden Bürgschaft entsprechend anzupassen, d. h. zu erhöhen oder herabzusetzen. Eine Anpassung der Höchstbetragssumme hat dann erstmals ein Jahr nach Abschluss des Vertragsverhältnisses zu erfolgen.

b) Ausfallbürgschaft durch Verband

Für den Fall, dass ein Mitgliedsbetrieb eines Leistungserbringer-Verbands bzw. seine Rechtsnachfolger, die ebenfalls Mitglied des Verbands sind, wegen Geschäftsaufgabe, Insolvenz oder aus anderen Gründen und Leistungshindernissen seinen Verpflichtungen aus dem Vertrag nicht mehr nachkommen kann, verpflichtet sich der Verband hiermit gegenüber der AOK, für die mit der Auszahlung der Versorgungspauschale bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Mitgliedsbetriebes einzustehen. Der Verband erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass ein oder mehrere seiner Mitgliedsbetriebe die Versorgungsfälle des vom Leistungshindernis betroffenen Mitgliedsbetriebes übernimmt und diese bis zum Ende des Versorgungspauschalenzzeitraums ohne erneute Berechnung der Pauschale weiterführt. Die hier geregelte Ausfallhaftung ersetzt die Verpflichtung der Mitglieder zur selbstschuldnerischen Bürgschaft des Betriebsinhabers.

(10) Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK NW für alle in seinem Verantwortungsbe-reich liegenden Schäden, die ihr durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen. Die AOK NW haftet gleichermaßen gegenüber dem Vertragspartner für alle Schäden, die diesem durch Verstöße gegen das Datenschutzgesetz entstehen.

§ 10

Vergütung/Abrechnung

(1) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK NW, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechnigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis zu bestätigen. Als separater Nachweis gilt ein Nachweis über die Lieferung durch das übergebende Unternehmen, die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertige Daten des mit der Übergabe beauftragten Unternehmens.

(2) Die Vergütung ist in der Anlage 2 geregelt. Den vereinbarten Vergütungen ist jeweils die gesetzliche Umsatzsteuer hinzuzufügen. Sie ist in den Rechnungen gesondert auszuweisen. Besteht oder bestand keine oder eine geringere Umsatzsteuerpflicht als abgerechnet, hat die AOK NW gegen den Vertragspartner einen Anspruch auf Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Umsatzsteueranteile. Der Vertragspartner ist dazu verpflichtet, innerhalb der Festsetzungsfrist die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, wenn Anhaltspunkte dafür erkennbar werden, dass die Umsatzsteuer möglicherweise ganz oder teilweise rückwirkend entfallen wird; der Vertragspartner hat die ihm aufgrund einer solchen Abänderung von der Steuerverwaltung erstatteten Umsatzsteuerbeträge an die AOK NW zu erstatten. Versäumt es der Vertragspartner schuldhaft, rechtzeitig gemäß Satz 5 die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, hat die AOK NW gegen den Vertragspartner einen Schadensersatzanspruch in Höhe der Umsatzsteuerbeträge, die der Vertragspartner bei rechtzeitiger Beantragung der Abänderung nach Satz 5 von der Steuerverwaltung hätte zurückerlangen können und an die AOK NW erstatten müssen.

(3) Mit der Vergütung nach der Anlage 2 sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehalten. § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

(4) Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln. Soweit in diesen Fällen ein höherwertigeres Hilfsmittel abgegeben wird, ist das Hilfsmittel-Kennzeichen „06“ für die Abrechnung von Hilfsmitteln zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt.

(5) Mit den Versorgungspauschalen sind alle im Versorgungsfall erbrachten Leistungen (vgl. insbesondere Anlage 1 – Leistungsbeschreibung) vergütet. Sowohl die Erstversorgungs- als auch die Folgeversorgungspauschalen umfassen einen Zeitraum von 12 Monaten.

(6) Für die Versorgungspauschalen gelten folgende Definitionen:

- Erstpauschale (der Versicherte leistet die gesetzliche Zuzahlung):
 - a) Der Versicherte war bisher nicht mit einem Schlafapnoesystem versorgt.
 - b) Gerätewechsel nach Absatz 7
- Folgepauschale (der Versicherte leistet keine gesetzliche Zuzahlung):
 - a) Der Vertragspartner führt seine Versorgung nach Ablauf eines Versorgungszeitraumes weiter, dies gilt auch für eigene Versorgung, die nach dem Rahmenvertrag zur Ausschreibung „Hilfsmittel zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen“ vom 01.07.2016 begonnen wurden.
 - b) Der Vertragspartner übernimmt die vorhandene Versorgung eines anderen Leistungserbringers (Umversorgung).

(7) Erfolgt während des Versorgungszeitraums aufgrund einer neuen ärztlichen Verordnung ein Austausch mit einem Schlafapnoesystem, für das eine andere Vergütungspauschale (Wechsel der Produktuntergruppe) vorgesehen ist, endet der Versorgungszeitraum vorzeitig an dem Tag, der dem Tag des Gerätewechsels vorausgeht. Der Gerätewechsel ist der AOK NW unverzüglich anzuzeigen. Mit dem Austausch beginnt ein neuer Versorgungszeitraum von 12 Monaten.

(8) Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK NW gegen Ansprüche des Vertragspartners ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

(9) Der Vertragspartner rechnet die aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen nach Möglichkeit im jeweiligen Folgemonat, nachdem der Anspruch auf die Versorgungspauschale mit Auslieferung des Gerätes entstanden ist, ab. Die Folgeversorgungspauschale für eine Umversorgung kann frühestens mit dem ersten Tag des neuen Versorgungszeitraumes abgerechnet werden.

(10) Es sind grundsätzlich auch die Ordnungsangaben Arzt- und Betriebsstättennummer, Ausstellungsdatum sowie der Versorgungszeitraum, für den die Pauschale abgerechnet wird, zu übermitteln. Als Abgabedatum ist stets das tatsächliche Datum der Lieferung des Hilfsmittels anzugeben. Bei Übernahme der Versorgung von einem anderen Vertragspartner ist als Abgabedatum der Beginn des Versorgungszeitraums zu übermitteln.

(11) Pauschale Abschläge auf die Vergütung in Höhe von 5 von Hundert erfolgen bei:

- Nichtübermittlung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V im Rahmen des DTA (bezogen auf die per DTA abgerechneten Preise).

(12) Den Abrechnungsunterlagen sind die ärztliche Originalverordnung (ggf. als Ausdruck eines Images/Scans) oder einer Faxverordnung und der Lieferschein mit Empfangsbestätigung beizufügen.

(13) Die Hilfsmittelkennzeichen (HKZ) sind wie folgt anzuwenden:

Erstpauschale	HKZ 08
alternativ: Abgabe eines Produktes nach § 6 Abs. 3	HKZ 06
Folgepauschale	HKZ 09
Zubehör (Individualmaske)	HKZ 12
Wartung (Sicherheitstechnische Kontrolle)	HKZ 14

(14) Kann ein individuell herzustellendes Hilfsmittel nicht fertiggestellt oder abgeholt bzw. zugestellt werden, da der Versicherte verstorben ist und kann deshalb der Empfang nicht bestätigt werden, ist eine Abrechnung der erbrachten (Teil-)Leistung nur mit einer erneuten Genehmigung durch die AOK NW möglich. In diesen Fällen reicht der Vertragspartner einen detaillierten Kostenvoranschlag inklusive Aufstellung der bis dahin erbrachten Leistungen zur Genehmigung bzw. Genehmigungskorrektur ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK NW für drei Monate nach Einreichung des Kostenvoranschlags bereit.

(15) Wird ein individuell angefertigtes Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt bzw. in Empfang genommen, so mahnt der Vertragspartner den Versicherten zweimal schriftlich unter Fristsetzung ab. Einen Abdruck der Schreiben übermittelt der Vertragspartner der AOK NW. Wird das Hilfsmittel nach Ablauf der letzten Frist nicht abgeholt, kann der Vertragspartner den genehmigten Preis abrechnen. Anstelle der Empfangsbestätigung durch den Versicherten vermerkt der Vertragspartner in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung im Feld „Vermerke der Krankenkasse“, dass das Hilfsmittel nicht abgeholt wurde bzw. zugestellt werden konnte. Der Vertragspartner bewahrt das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK NW ab Rechnungslegung für 3 Monate auf. Die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung und ggf. mit ihm vereinbarte Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten

Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Verordner an den Vertragspartner) sind unzulässig.

§ 12 Werbung

(1) Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden können, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso ist die gezielte Beeinflussung des Verordners unzulässig, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Vertragspartnern nicht beeinflusst werden. Insbesondere ist eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners zu vermeiden.

(2) Fachliche Klärungen mit dem Verordner und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das aufzahlungsfreie Marktangebot, nicht jedoch auf z. B. nur ein Produkt oder einen Hersteller beziehen.

(3) Unzulässig ist Werbung, die die Leistung der AOK NW abwertet und zur Abnahme von aufzahlungspflichtigen Produkten animiert.

§ 13 Vertragserfüllung, Rechts- und Vertragsverstöße

Zusätzlich zu den in § 17 Abs. 3 Buchstabe b) des bestehenden Rahmenvertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln genannten schwerwiegenden Verstößen führen auch die nachfolgend benannten Gründe zu einer Vertragsstrafe:

1. Verstoß gegen § 4 Abs. 4
2. Verstoß gegen § 6 Abs. 2
3. Verstoß gegen § 6 Abs. 4
4. Verstoß gegen § 10 Abs. 7
5. Verstoß gegen § 12 Abs. 3
6. Qualitätsmängel bei der Versorgung sowie den Dienst- und Serviceleistungen, die eine konkrete Lebens-, Körper- und Gesundheitsgefährdung des Versicherten zur Folge haben und durch den Vertragspartner verschuldet sind. Insbesondere bei Nichtausführung von notwendigen Instandhaltungsmaßnahmen oder Reparaturen und sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen.
7. Nichtbeachtung der gemeinsamen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut sowie der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukten bei der bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung von Hilfsmitteln, die zu einer zuvor beschriebenen konkreten Gefährdung des Versicherten führen.
8. Übernahme der Vergütung einer Rechtsdienstleistung durch den Vertragspartner für den Versicherten im Rahmen der Durchsetzung von Leistungsansprüchen.

§ 14

Inkrafttreten/Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.12.2019 in Kraft und gilt für alle ab Vertragsbeginn ausgestellten Verordnungen. Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren alle bisherigen Verträge und Vereinbarungen über die Versorgung mit Schlafapnoesystemen ihre Gültigkeit. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.12.2021, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner gegenüber der AOK NORDWEST separat gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die anderen Vertragspartner unberührt. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

(2) Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Vertragspartner.

(3) Die Preisvereinbarung (Anlage 2) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.12.2021, schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 15

Schlussbestimmung/Salvatorische Klausel

(1) Änderungen des Vertrages - einschließlich der Änderung dieser Klausel - bedürfen der Schriftform.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.

(3) Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Ort, Datum

Ort, Datum

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.

Anlage 1

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019, ACTK: 15 21 736

Leistungsbeschreibung für die Pauschalversorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme)

1. Leistungsgrundsätze

1.1 Beschreibung der Leistung

Der Vertragspartner versorgt die Versicherten der AOK NW auf der Grundlage von Versorgungspauschalen. Eine Versorgungspauschale umfasst jeweils einen Zeitraum von 12 Monaten. Der Erstversorgungszeitraum beginnt mit der Auslieferung eines Schlafapnoesystems. Bei Übernahme der Versorgung von anderen Vertragspartnern (Umversorgung) erfolgt die Auslieferung vor Ablauf des aktuellen Versorgungszeitraumes.

Folgende Schlafapnoesysteme sind Gegenstand der Versorgung:

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung
14.24.20	CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
14.24.21	Auto-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
14.24.22	Bilevel-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
14.24.23	Auto-Bilevel-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
14.24.24	Bilevel-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen mit ST-Funktion
14.24.25	Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

Alle eingesetzten Systeme zur Schlafapnoebehandlung müssen mindestens den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses¹ entsprechen und sind funktionstüchtig, mängelfrei und optisch einwandfrei auszuliefern.

Die Auswahl der konkreten aufzahlungsfreien Hilfsmittel zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt dem Vertragspartner und erfolgt entsprechend der Verordnung sowie den individuellen Erfordernissen des Versicherten.

Sofern der Arzt eine Verordnung ausgestellt hat, in der die Angaben und Parameter für den Therapiebedarf des Versicherten nicht bzw. nicht korrekt oder unvollständig aufgeführt sind, hat der Vertragspartner den Arzt zu kontaktieren, um die erforderlichen Informationen zur Einstellung des Schlafapnoesystems zu erhalten.

¹ Bei Änderungen der Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis bleibt der Vertragsgegenstand unverändert; die neuen Produktgruppen sind entsprechend anzuwenden. Sofern die Beschreibung der neuen Produktgruppen mit den bisherigen nicht mehr übereinstimmt, verständigen sich die Vertragspartner über die weitere Umsetzung des ausgeschriebenen Vertrages.

1.2 Versorgungspauschalen

Mit der Versorgungspauschale sind die fachgerechte Versorgung mit dem Schlaftherapiesystem und alle damit in Zusammenhang stehenden vertragsgemäßen Leistungen sowie Personal- und Sachkosten für die Zeit des Versorgungszeitraums abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

- Lieferung und Bereitstellung des Hilfsmittels einschließlich Zurüstungen und notwendigem Zubehör (inklusive Arbeits- und Fahrzeit, Aufstellung, Atemschlauch, Tasche, Bedienungsanleitung etc.)
- Beratung und praktische Einweisung des Versicherten bzw. der betreuenden Person in das Schlafapnoesystem
- Auf dem Gerät sind die Kontaktdaten des Leistungserbringers an einer gut sichtbaren Stelle anzubringen.
- Lieferung und Anpassung der konfektionierten Maske (u. a. Vollgesichtsmaske) und bei Bedarf Beratungen zur Nutzung der Maske einschließlich etwaiger Feinanpassungen (Maskensprechstunde)²
- Abströmventile (Ausatemventile) für Maskensysteme
- 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
- Alle zum Betrieb des Schlafapnoesystems medizinisch notwendigen Verbrauchsmaterialien
- Lieferung und Bereitstellung einer einstellbaren Ausatemerleichterung bei medizinischer Notwendigkeit (auch bei nachträglicher Überlassung während der laufenden Versorgung)
- Lieferung und Bereitstellung eines Anfeuchters (Atemgasbefeuchter/Warmluftbefeuchter)
- Allergiker- und/oder Bakterienfilters bei ärztlicher Verordnung (auch bei nachträglicher Überlassung während der laufenden Versorgung)
- Geräteschutzfilter
- Sterilwasser, wenn aus einer gesonderten ärztlichen Begründung hervorgeht, aus welchen medizinischen Gründen abgekochtes Leitungswasser nicht ausreichend ist oder die Abgabe von Sterilwasser nach Vorgaben des Herstellers notwendig ist und der MDK die medizinische Notwendigkeit bestätigt.
- Montage und Einstellung bzw. Anpassung des Schlafapnoesystems nach ärztlicher Vorgabe sowie dem individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten
- Beratung und Betreuung des Versicherten während des Versorgungszeitraums in der häuslichen Umgebung des Versicherten oder der Betriebsstätte des Vertragspartners. Hierbei ist den Wünschen des Versicherten zu entsprechen.
- Kommunikation mit dem verordnenden Arzt (z. B. Schlaflabor/Facharzt für Lungenheilkunde) zur Klärung der medizinischen Versorgungsparameter zur Anpassung von Geräteeinstellungen (z. B. beim Gerätewechsel) sowie die Koordination von Umversorgungen in Abstimmung mit dem Versicherten
- Erprobung des Schlafapnoesystems
- 24-Stunden-Notdienst für Hilfsmittel der Produktuntergruppe 14.24.25, kostenlose telefonische Versicherten-Hotline, Beschwerdemanagement sowie aktive Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Compliance des Versicherten

² Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der gesamten Laufzeit der Versorgungszeiträume alle gängigen Maskenarten in allen Größen vorzuhalten.

Anlage 1

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019, ACTK: 15 21 736

- Reparaturen, Ersatzteile, unverzügliche Bereitstellung erforderlicher Leihgeräte, Ersatzausstattung mit einem gleichartigen Hilfsmittel
- Erforderliche Nachrüstungen (z. B. externe Befeuchter)
- Zollbescheinigung für Flugreisen (bei Bedarf auf Anforderung des Kunden)
- Wartung/Reinigung nach Vorgabe des Herstellers (auch Sterilisation und Desinfektion entsprechend der gemeinsamen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut sowie der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukten bei der bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung von Hilfsmitteln)
- Rückholung des Hilfsmittels einschließlich Zurüstungen und Zubehör (ggf. inklusive Aussonderung)
- Gerätebezogene sofortige Sozialdatenlöschung nach Rückholung
- Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherungen), Verpackungs- und Frachtkosten

Der Vertragspartner informiert die Versicherten aktiv und in neutraler Form zu den geeigneten und wirtschaftlichen Versorgungsmöglichkeiten nach diesem Vertrag. Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen (z. B. für medizinisch nicht erforderliches Zubehör [beheizbare Schläuche, Sterilwasser]) von Vertragsärzten zu fordern. Ebenso darf der Vertragspartner Vertragsärzte nicht von sich aus in ihrer Ordnungsweise beeinflussen.

Die Höhe der jeweiligen Versorgungspauschale richtet sich nach den vereinbarten Preisen entsprechend Anlage 2.

1.3 Individuell angefertigte Masken

Für individuell angefertigte Masken (Individual-Sondermasken nach Gesichtsabdruck) ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Maßangefertigte Spezialmasken können nur in medizinisch begründeten Fällen (z.B. extremen Gesichtsdeformitäten) abgerechnet werden, wenn konfektionierte Masken aus medizinischen Gründen nicht eingesetzt werden können. Eine gesonderte ärztliche Begründung ist erforderlich. Diese ist dem Kostenvoranschlag beizufügen. Anfallende Drittkosten sind durch Rechnungen nachzuweisen. Ein Aufschlag auf die tatsächlichen Drittkosten ist unzulässig.

2. Versichertenbetreuung

Nach der Auslieferung eines Schlafapnoesystems kann die weitere Beratung auch telefonisch vorgenommen werden. Im Bedarfsfall (z. B. bei wiederholt erfolgloser telefonischer Beratung) stellt der Vertragspartner die persönliche Beratung sicher. Hausbesuche erfolgen nur nach vorheriger Terminabsprache mit dem Versicherten.

Anlage 2

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019; ACTK: 15 21 736

Produktart 142420				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	212,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	212,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

Produktart 142421				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	212,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	212,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

Produktart 142422				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	410,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	410,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

Produktart 142423				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	410,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	410,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

Produktart 142424				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	775,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	775,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

Produktart 142425				
	HKZ ^{*1}	MwSt ^{*2}	Einzelpreis in Euro (netto)	Gen. ^{*3}
Erstversorgungspauschale (Dauer 12 Monate)	08 (06)	1	1.300,00	Nein
Folgepauschale (Dauer 12 Monate)	09 (06)	1	1.300,00	Nein
Sicherheitstechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	14	1	KVA	Ja
Individual-Maske	12 (06)	1	KVA	Ja

*1 Hilfsmittel-Kennzeichen

*2 Mehrwertsteuer: 1 - voller MwSt-Satz; 2 - ermäßigter MwSt-Satz

*3 Gen.: Genehmigungspflicht: ja oder nein

Anlage 3

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019, ACTK: 15 21 736

Mehrkostenerklärung

Daten Versicherte/r: Name, Vorname - Geburtsdatum - Versicherungsnummer	Daten Leistungserbringer: Name, Adresse, IK des Leistungserbringers Name der Beraterin/des Beraters		
☐ Vor der Inanspruchnahme hat mich der Leistungserbringer darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 SGB V für meine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Hierzu sind mir verschiedene mehrkostenfreie Hilfsmittel angeboten worden, die der vertragsärztlichen Verordnung entsprechen. Benennung der angebotenen aufzahlungsfreien Versorgungsmöglichkeiten: _____			
☐ Obwohl ich über die Möglichkeiten einer mehrkostenfreien Hilfsmittelversorgung informiert, aufgeklärt und beraten worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine Hilfsmittelversorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht und die mit Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten für mich verbunden ist.			
Es wurde die Abgabe, Lieferung, Anpassung oder Herstellung von folgenden mehrkostenpflichtigen Hilfsmitteln vereinbart:			
Hilfsmittelpositionsnummer	Serien-Nr.	Stückzahl	Mehrkosten in EUR pro Monat/Stück*
Die Mehrkosten entstehen, weil (z. B. Optik, Zusatzfunktionen, Komfort) _____ _____			

Ich stimme zu, dass diese Dokumentation an die AOK NORDWEST weitergegeben wird. Mir wurde eine Kopie dieser Dokumentation zur Verfügung gestellt.*

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung/Angehörigen, ggf. Pfleger/in*
– Name zusätzlich zur Unterschrift in Druckbuchstaben –

Unterschrift des Leistungserbringers

* Unzutreffendes streichen

Anlage 4

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK):
15 21 736

Beitrittserklärung

- ☐ Leistungserbringer
- ☐ Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern

Ich/wir erkenne(n) den von der AOK NORDWEST geschlossenen **Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme)** vom 01.12.2019 an und lasse(n) diesen einschließlich seiner Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gegen mich/uns gelten.

Ich/wir trete(n) diesem Vertrag ab dem _____ bei.

Ein Exemplar des oben genannten Vertrages mit allen Anlagen habe(n) ich/wir erhalten. Wichtig: Für jede Betriebsstätte ist eine eigene Beitrittserklärung abzugeben.

Leistungserbringer, Verband oder sonstiger Zusammenschluss von Leistungserbringern
(Name, Firmenbezeichnung)

Institutionskennzeichen* / Tel.-Nr. / Fax-Nr.

Inhaber/Geschäftsführer / E-Mail-Adresse

Fachlicher Leiter der Betriebsstätte (Vorname und Zuname)

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

** Institutionskennzeichen über das abgerechnet wird*

Nachfolgende Regelung gilt nur für Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern:

Ich/wir erkläre/n den Beitritt für unsere Mitglieder, die gemäß § 2 Abs. 1 dem Vertrag beitreten können. Somit werden die Änderungen und Ergänzungen auch gegen unsere Mitgliedsbetriebe, die diesem Vertrag beigetreten sind, wirksam. Ich/wir verpflichte/n mich/uns, die Änderungen und Ergänzungen an unsere Mitgliedsbetriebe weiterzuleiten, sowie die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und bei Beitritt deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers, Verbandes
oder Zusammenschluss von Leistungserbringern

Sicherungsübereignungserklärung

§ 1 Gegenstand

(1) Die Sicherungsübereignungserklärung bezieht sich auf alle Versorgungen im Rahmen von Versorgungspauschalen nach § 9 des Vertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme). Sie regelt die Sicherstellung der Erfüllung der aus diesen Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen des Vertragspartners im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung.

(2) Treten die Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung nicht ein, bleiben die Regelungen des Vertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) und die hiermit verbundenen Verpflichtungen des Vertragspartners von dieser Sicherungsübereignungserklärung unberührt.

§ 2 Voraussetzungen

Die Vertragsparteien haben den Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) geschlossen.

§ 3 Sicherungsgegenstand

(1) Sicherungsgegenstand sind alle Hilfsmittel, die vom Vertragspartner im Rahmen einer Versorgungspauschale entsprechend des Vertrages nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) abgegeben und mit der AOK NW abgerechnet wurden und sich beim Versicherten im Einsatz befinden.

(2) Wurde im Zusammenhang mit einer Reparatur, einer sicherheitstechnischen Kontrolle oder dem Verlust des Hilfsmittels während des Versorgungszeitraums ein anderes als das ursprünglich gelieferte Hilfsmittel abgegeben, wird das zuletzt abgegebene Hilfsmittel Sicherungsgegenstand.

(3) Hilfsmittel, die unter dem Eigentumsvorbehalt Dritter stehen, dürfen der AOK NW nicht in Rechnung gestellt werden und dürfen nicht als Sicherungsgegenstand eingesetzt werden. Mit der Rechnungsstellung bestätigt der Vertragspartner, dass das Hilfsmittel in seinem Eigentum steht.

§ 4 Inhalt und Umfang der Sicherungsübereignung

(1) Die Sicherungsübereignung soll die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen nach § 2 entstandenen Verpflichtungen (z. B. Durchführung von Reparaturen, Ersatzbeschaffung, Sicherstellung der Nachlieferung von Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen) während des gesamten Versorgungszeitraums im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung sicherstellen.

Anlage 5

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoesysteme) vom 01.12.2019, ACTK: 15 21 736

(2) Zur Sicherstellung der Verpflichtungen nach Abs. 1 überträgt der Vertragspartner das Eigentum am Sicherungsgegenstand nach § 3 auf die AOK NW.

(3) Die AOK NW wird vom Sicherungsgegenstand nur im Falle der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung Gebrauch machen.

(4) Eine Verwertung des Sicherungsgegenstands nach § 3 ist frühestens am Tage der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder am letzten Tag vor Betriebsaufgabe bzw. -veräußerung möglich.

§ 5

Zeitpunkt der Sicherungsübereignung

(1) Das Eigentum am Sicherungsgegenstand nach § 3 geht mit der Übergabe an den Versicherten und der anschließenden Bezahlung des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung auf die AOK NW über.

(2) Bei zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses laufenden Versorgungspauschalen geht das Eigentum am Sicherungsgegenstand nach § 3 zum Zeitpunkt der Insolvenz, der Betriebsaufgabe oder -veräußerung auf die AOK NW über, sofern sich die Hilfsmittel noch beim Versicherten im Einsatz befinden.

(3) Bei Ablauf des Versorgungszeitraums der Versorgungspauschale nach § 2 oder bei Rückholung aus anderen Gründen (z.B. Tod des Versicherten) geht das Eigentum am Sicherungsgegenstand nach § 3 wieder auf den Vertragspartner über.