

Vertrag
über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Behandlung
schlafbezogener Atemstörungen der Produktgruppe 14
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse
Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg

- nachfolgend AOK genannt -

und

- nachfolgend Vertragspartner genannt -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten gemäß § 4 dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zur Schlafapnoetherapie der Produktgruppe 14 nach § 33 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 2 SGB V einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Versorgungsleistungen auf der Basis einer pauschalen Vergütung.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK Sachsen-Anhalt.
2. Dieser Vertrag regelt Versorgungen, die erstmalig ab Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 14 beginnen sowie Versorgungen, bei denen eine Folgeversorgung ab Inkrafttreten dieses Vertrages gem. § 14 beginnt. Versorgungsfälle, die vor Inkrafttreten dieses Vertrages begonnen haben (laufende Versorgungen), sind erst nach dem Auslaufen eines vorher genehmigten Versorgungszeitraumes Regelungsstatbestand dieses Vertrages. Ausgenommen davon sind Versorgungen, die mit einem Eigentumsgerät der AOK Sachsen-Anhalt erfolgen.

§ 3

Versorgungsberechtigung

1. Der Vertragspartner muss die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß den gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der Nachweis erfolgt grundsätzlich in Form der Vorlage einer gültigen Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
2. Für einen Vertragsbeitritt ist grundsätzlich die Präqualifizierungsbestätigung bei der AOK Sachsen-Anhalt vorzulegen.
3. Der Vertragspartner hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nachträglich entfallen, hat der Vertragspartner die AOK Sachsen-Anhalt unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 4

Anspruchsberechtigung

Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK Sachsen-Anhalt, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 14 im Sinne § 1 dieses Vertrages medizinisch indiziert ist.

§ 5

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V zu beachten.

Der Vertragspartner gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Anspruchsberechtigten.

2. Der Vertragspartner behandelt alle Anspruchsberechtigten der AOK Sachsen-Anhalt nach gleichen Grundsätzen.
 3. Zur Gewährleistung einer reibungslosen Versorgung ist der Vertragspartner damit einverstanden, dass die Faxnummer sowie die Nummer der Servicehotline allen beteiligten Ärzten bekannt gegeben werden.
 4. Die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag, einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Versorgungsleistungen, können grds. nur gegen Vorlage einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung zu Lasten der AOK erfolgen.
 5. Die ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Verordnung soll folgende Informationen enthalten:
 - a) Bezeichnung der AOK
 - b) Kassennummer
 - c) Diagnose/Indikation
 - d) Allgemeine Hilfsmittelbezeichnung/Produktart, 7-stellige Hilfsmittelnummer, entsprechend den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinien
 - e) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Anspruchsberechtigten
 - f) Krankenversicherungsnummer des Anspruchsberechtigten
 - g) Vertragsarztnummer/Institutionskennzeichen oder lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer des Verordners
 - h) Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift des Verordners
 - i) Telefonnummer des Verordners
 - j) Ausstellungsdatum
 - k) Status des Anspruchsberechtigten
 - l) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 7 des Ordnungsblattes, soweit zutreffend
 - m) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - n) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - o) Unterschrift des Verordners
 6. Die Abgabe der vertragsgegenständlichen Leistungen ist grundsätzlich genehmigungspflichtig. Das Nähere dazu regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1). Eine erteilte Genehmigung gilt für ein Jahr, maximal bis zum Entfallen der Anspruchsberechtigung.
 7. Zur Genehmigung sind folgende Unterlagen per elektronischen Kostenvoranschlag einzureichen:
 - Erstversorgung: ärztliche Verordnung, inkl. Apnoe-Index (AI) oder Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) oder Respiratory Disturbance Index (RDI) sowie die Parameter der Therapieeinstellung
- Kostenvoranschlag (Datensatz) gemäß den Anforderungen des §§ 302, 303 SGB V.
- Folgeversorgungen: Bei Folgeversorgungen ist eine erneute ärztl. Verordnung notwendig.
 - Zusätzlich ist der Nachweis der Betriebsstunden bei Folgeversorgungen (Anlage 3 oder inhaltsgleiche Information des Vertragspartners) und im Datensatz die durchschnittliche Nutzungsdauer pro Nacht, bezogen auf den letzten Auswertungszeitraum, zu erbringen.

8. Nicht ordnungsgemäß ausgestellte Verordnungen gemäß Abs. 5 sind vom Vertragspartner nicht anzunehmen. Solche nicht ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen können von der AOK nicht bearbeitet werden.
9. Die durchgängige Versorgung der Anspruchsberechtigten mit den benötigten Hilfsmitteln ist in dem gesamten Versorgungszeitraum durch den Vertragspartner sicherzustellen. Der Vertragspartner ist verpflichtet, Anspruchsberechtigte unverzüglich mit Leistungen gemäß § 1 des Vertrages zu versorgen.
10. Beratungs- und Serviceleistungen entsprechend der Leistungsbeschreibung müssen gegenüber dem Anspruchsberechtigten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter/Betreuer in deutscher Sprache erbracht werden. Dokumentation und Bedienungsanleitung des Hilfsmittels müssen in deutscher Sprache vorliegen.
11. Der Vertragspartner übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Für die gelieferten Hilfsmittel gelten die Gewährleistungspflichten gemäß BGB durch den Vertragspartner. Die Gewährleistungsrechte dürfen auch direkt von den Anspruchsberechtigten gegenüber dem Vertragspartner geltend gemacht werden.
12. Der Vertragspartner hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.
13. Der Vertragspartner hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme von Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V sowie der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V keine Zahlungen zu fordern.
14. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Vertragspartner den Anspruchsberechtigten über die dadurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld zu informieren und diese mit dem Anspruchsberechtigten abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift. Es ist das Formular der Anlage 6 zu verwenden. Die unterzeichnete Erklärung (Anlage 6) ist auf Nachfrage der AOK zur Verfügung zu stellen.
15. Der Vertragspartner ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Hilfsmittel unter Angabe des Datums bestätigen zu lassen. Hierbei ist grundsätzlich die Anlage 7 bzw. inhaltsgleiche Formulierungen zu verwenden. Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung gilt auch der Auslieferungsnachweis des Versandunternehmens.
Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.
16. Der Vertragspartner ist Eigentümer der an die Anspruchsberechtigten im Rahmen dieses Vertrages abgegebenen Hilfsmittel. Zur Sicherung und Umsetzung der sich aus dem Eigentum ergebenden Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Nutzung der Hilfsmittel verständigt sich der Vertragspartner mit dem Anspruchsberechtigten (siehe Anlage 7).
17. Etwaige, sich aus dem Medizinproduktegesetz oder der Medizinprodukteverordnung ergebenden produktspezifischen Verpflichtungen sind vom Vertragspartner zu erfüllen.

§ 6 Geräte im Eigentum der AOK

Versorgungen mit AOK-Eigentumsgeräten sind nicht Vertragsbestandteil. Der Einsatz von AOK-Eigentumsgeräten hat Vorrang vor Versorgung nach diesem Vertrag. Dabei kommen sowohl AOK-Eigentumsgeräte, die beim Vertragspartner eingelagert sind als auch AOK-Eigentumsgeräte, die bei anderen Leistungserbringern eingelagert und wiedereinsatzfähig sind, zum Einsatz.

§ 7 Qualitätssicherung

1. Die AOK hat jederzeit das Recht, die Qualität der Versorgung zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen und sich von der vertragsgemäßen Ausführung der Leistungen zu unterrichten.
2. Die AOK hat weiterhin das Recht, die Versorgungsberechtigung gemäß § 3 dieses Vertrages zu überprüfen. Hierzu erforderliche Unterlagen sind der AOK auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
3. Die AOK hat das Recht, gemäß § 275 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung von Leistungsfällen zu beauftragen.

§ 8 Vergütung

1. Der Vertragspartner erhält für die Leistungen nach diesem Vertrag eine pauschale Vergütung gemäß der Anlage 2.
2. Die Vergütung erfolgt in Form einer Monatspauschale.
3. Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn die AOK die Versorgung genehmigt und der Vertragspartner die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag für mindestens einen Tag im genehmigten Monat erbracht hat. Die Monatspauschale wird unabhängig von einem stationären Aufenthalt des Anspruchsberechtigten in voller Höhe vergütet.

§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung

1. Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit dem § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen.
2. Der Vertragspartner rechnet die Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber der von der jeweiligen AOK benannten Rechnungsanschrift ab. Eine Abrechnung ist nur mit dem in der Anlage 5 benannten Institutionskennzeichens möglich. Der Vertragspartner ist verpflichtet Änderungen seines Institutionskennzeichens oder seiner Anschrift unverzüglich der AOK anzuzeigen.
3. Eine Abrechnung erfolgt quartalsweise rückwirkend für den bereits abgelaufenen Zeitraum.

4. Der Vertragspartner hat folgende Unterlagen bei der Abrechnung einzureichen:
- a) Originalverordnung bei erstmaliger Abrechnung eines genehmigten Zeitraumes bzw. Verordnungskopie bei Folgeabrechnungen innerhalb des genehmigten Zeitraumes und
 - b) Kostenübernahmeerklärung/Genehmigungskennzeichen (bei genehmigungspflichtigen Produkten) und
 - c) Empfangsbestätigung bei erstmaliger Abrechnung und bei Umversorgung aufgrund medizinischer Notwendigkeit mit Empfangsdatum des Anspruchsberechtigten bzw. Auslieferungsnachweis bei postalischer Lieferung und
 - d) Anlage 3 oder inhaltsgleiches Formular bei Folgeversorgungen

Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnung bei der von der AOK benannten Stelle (Fälligkeit). Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein inländisches Geldinstitut. Ist der Fälligkeitstag ein Sonntag, ein anerkannter Feiertag oder ein Sonnabend, so tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

5. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
6. Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (Abtretungserklärung Anlage 5).

Eine Abtretung der Forderung des Vertragspartners ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB).

Der Vertragspartner haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.

Der Vertragspartner trägt dafür Sorge, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnungsübertragung keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung des der AOK gemeldeten Dritten mehr besteht. Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die AOK mit schuldbefreiender Wirkung an den Dritten.

7. Die Zahlung an Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Vertragspartner und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Vertragspartners vor.
8. Zahlungsverzug der AOK liegt dann vor, wenn nach Eingang einer Zahlungserinnerung bei ihr keine Zahlung erfolgte. Bei Zahlungsverzug trotz erfolgter Mahnung können Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz p. a. berechnet werden. Ein Verzug der jeweiligen AOK scheidet allerdings aus, soweit die AOK berechtigt ist, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle eine Berechtigung nach § 10 Abs. 1 oder eine Aufrechnungslage nach § 10 Abs. 4 gegeben war.

§ 10 Beanstandungen und Verjährung

1. Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle in Form eines Differenzprotokolls schriftlich mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne der §§ 823 ff. BGB vor. Widerspricht der Vertragspartner oder seine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOK, so gilt diese als anerkannt. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort, bzw. nach der Rechnungsbezahlung mit Folgerechnungen des Vertragspartners verrechnet werden. Hierüber ist der Vertragspartner bzw. die Abrechnungsstelle schriftlich zu informieren. Ist eine Verrechnung mit Folgerechnungen nicht möglich, sind zurückgeforderte Beträge innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Vertragspartner fällig. Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die zurückgeforderten Beträge dürfen dem Anspruchsberechtigten nicht auferlegt werden.
2. Fehler, die zu einer Rechnungsberichtigung führen können z. B. sein:
 - der abgerechnete Preis entspricht nicht den Vertragspreisen bzw. ist nicht vereinbart
 - die Abrechnung übersteigt bzw. entspricht nicht dem vorangegangenen Kostenvoranschlag
 - die vollständigen, zahlungsbegründenden Unterlagen sind nicht beigelegt
 - der gesetzliche Zuzahlungsbetrag wurde nicht vom Abrechnungsbetrag abgezogen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend, sondern nur beispielhaft.

3. Die AOK ist berechtigt, eigene, fällige Forderungen gegenüber dem Vertragspartner mit Vergütungsansprüchen des Vertragspartners aufzurechnen. Fällige Forderungen können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Die Übertragung der Abrechnung auf eine Abrechnungsstelle ist ausgeschlossen, wenn hiermit die Aufrechnung verhindert wird.
4. Noch nicht geltend gemachte Forderungen des Vertragspartner aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels nach § 5 Abs. 13. Erstattungsansprüche der AOK verjähren nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung. Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.
5. Es besteht Einvernehmen, dass ein Vertragspartner, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehung entstandene Forderungen der AOK ordnungsgemäß begleicht. Der Vertragspartner verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOK nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen, Rückforderungen oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Ansprüche besteht zugunsten der AOK ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB.
6. Es besteht Einvernehmen, dass die AOK auch im Falle einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Vertragspartner aufzurechnen (vergl. § 354 a HGB).

§ 11 Wettbewerb

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Anspruchsberechtigten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.
2. Eine Zusammenarbeit zwischen Vertragspartner und Arzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht gestattet.
3. Es ist unzulässig, Ärzte oder Anspruchsberechtigte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben.

§ 12 Datenschutz

1. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werden- den Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzuge- ben.
2. Der Vertragspartner ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den daten- schutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnah- men zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauf- tragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu be- lehren.
3. Der Vertragspartner darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Vertragspartner nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragser- füllung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
4. Die Geheimhaltungspflicht des Vertragspartners und seiner für die Auftragsabwicklung ein- gesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 13 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen

1. Verstößt der Vertragspartner schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann die AOK nach Anhörung des Vertragspartners:
 - a) eine Verwarnung aussprechen,
 - b) eine Abmahnung erteilen,
 - c) bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes dieses Vertrages erheben
 - d) den Vertrag außerordentlich kündigen
 - e) für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes den Vertrags- partner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen.

2. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:
 - a) Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen bzgl. der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten zur Folge haben,
 - b) unberechtigte Änderung der vertragsärztlichen Verordnung (Fälschung),
 - c) Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Versicherte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen,
 - d) schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 12,
 - e) vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK
3. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V werden nach Abs. 1 geahndet.
4. Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung oder Schadenersatz, bleiben hiervon unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.
5. Kann der Vertragspartner eine ordnungsgemäße, unverzügliche Versorgung nicht umsetzen, und wird dadurch die Versorgung von Anspruchsberechtigten der AOK in unzumutbarer Weise beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die AOK berechtigt, ersatzweise einen Dritten mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Die aufgrund dieser Ersatzversorgung entstehenden Mehrkosten hat der Vertragspartner der AOK zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn der Vertragspartner die fehlgehende Versorgung nicht zu vertreten hat.
6. Sonstige, darüber hinausgehende Ansprüche bleiben unberührt.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am MMMM in Kraft. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung.
Abweichend davon gilt für Folgeversorgungen nicht das Datum der ärztlichen Verordnung, sondern das Beginndatum des Genehmigungszeitraumes.
2. Dieser Vertrag kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende, frühestens zum 30.09.2019 schriftlich gekündigt werden.
3. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages und können gesondert mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende, frühestens zum 30.09.2019 gekündigt werden. Die Vertragspartner stellen sicher, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
4. Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages zu.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nachträglich werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Ort, Datum

Ort, Datum

AOK Sachsen-Anhalt

Vertragspartner

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Vergütungsregelungen
Anlage 3	Nachweis der Betriebsstunden
Anlage 4	DTA-Abrechnung – Verfahrensbeschreibung
Anlage 5	Abtretungserklärung
Anlage 6	Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten
Anlage 7	Erklärung des Versicherten

Anlage 1 - Leistungsbeschreibung

Präambel

Die Leistungsbeschreibung bestimmt den Inhalt der Leistung – Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung nach Produktgruppe 14 des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V und regelt die Grundsätze der Leistungserbringung, die Qualitätssicherung sowie die Vergütung der Leistung. Die Leistungsbeschreibung legt die Voraussetzungen zur Leistungserbringung gemäß § 126 Abs. 1 SGB V sowie die Anforderungen an Produkte und deren Qualität fest. Die Leistungsbeschreibung findet Anwendung für folgende Hilfsmittel:

Produkt- untergruppe Produktart	Bezeichnung
14.24.20.	CPAP-Systeme mit und ohne integrierte Anfeuchtung
14.24.21.	Auto-CPAP-Systeme mit und ohne integrierte Anfeuchtung
14.24.22.	Bilevel-Systeme mit und ohne integrierte Anfeuchtung
14.24.16.1-6	Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
14.24.16.7	Individuell angefertigte Masken
14.24.17.2	Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit Systemen schlafbezogener Atemstörungen
14.99.99.	Abrechnungspositionen

Hinsichtlich der Produkt- und Qualitätsanforderungen gelten die jeweiligen Regelungen des Hilfsmittelverzeichnisses.

Voraussetzungen zur Leistungserbringung

Der Vertragspartner muss die fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen in Anlehnung an die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 SGBV in der jeweils aktuellen Fassung erfüllen und nachweisen.

Entsprechend dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Medizin-Produktbetreiber-Verordnung (MPBetreibV) muss der Vertragspartner geeignetes und geschultes Personal vorhalten und zur Leistungserbringung einsetzen.

Der Vertragspartner muss vom Hersteller der Hilfsmittel autorisiert sein, diese und das dafür notwendige Zubehör einzusetzen, zu warten oder zu reparieren, sofern der Vertragspartner nicht selbst Hersteller ist. Hiervon kann abgesehen werden, wenn der Hersteller die Leistungen an den Hilfsmitteln erbringt.

Der Vertragspartner hält eine kostenlose, 24 Stunden am Tag erreichbare, telefonische Service- und Beratungshotline vor. Der Vertragspartner hält die Hotline spätestens mit Vertragsbeginn vor und teilt dem Anspruchsberechtigten die Telefonnummer im Rahmen der Versorgung mit. Hierzu befestigt der Vertragspartner einen gut lesbaren Aufkleber, der neben dem Firmennamen auch die Nummer der Hotline enthält, auf jedem von ihm nach diesem Vertrag versorgten Hilfsmittel.

Anforderungen an Produkte und deren Qualität

Der Vertragspartner gibt grundsätzlich Hilfsmittel an die Anspruchsberechtigten ab, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind.

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Die Versorgung der Anspruchsberechtigten mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die AOK. Dies gilt sowohl für Erst- als auch für Folgeversorgungen nach diesem Vertrag. Die AOK ist berechtigt, den Genehmigungsvorbehalt durch einseitige Erklärung zu verändern.
2. Alle Bestandteile der Leistungserbringung werden in Form einer Pauschale vergütet. Grundlage für die Höhe der Vergütung bildet die Anlage 2 (Vergütungsregelungen).
3. Die Pauschale beinhaltet:
 - a. neben der unverzüglichen fachgerechten Versorgung mit dem medizinisch notwendigen Hilfsmittel sämtliche damit im Zusammenhang stehenden Nebenhilfsmittel, wie z. B. konfektionierte Masken, individuelle Masken, Befeuchter, Schlauchsysteme, Filter
 - b. auch Dienstleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung und Einweisung, Freihauslieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, unverzügliche Reparatur und/oder gegebenenfalls Ersatz- und Zubehörlieferung, Verbrauchsmaterial, Sicherheitstechnische Kontrolle, Aussonderung/Verschrottung einschließlich aller damit im Zusammenhang anfallenden Kosten, z. B. Personal-, Sach-, Fahr- und Versandkosten.
4. Unabhängig, ob es sich um eine Beantragung einer Erst- oder einer Folgeversorgung handelt, findet die pauschale Vergütung gemäß Anlage 2 Anwendung. Das notwendige Zubehör muss nicht separat verordnet werden.
5. Eine erteilte Genehmigung gilt vorbehaltlich des Entfallens der Anspruchsberechtigung, grundsätzlich für ein Jahr.
6. Der Vertragspartner führt Versorgungen der Anspruchsberechtigten grds. in der Häuslichkeit durch. Dies gilt auch für Anspruchsberechtigte, die in Krankenhäusern, Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden. Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Terminabsprache und Zustimmung der Anspruchsberechtigten.
7. Eine ordnungsgerechte Versorgung kann nur sichergestellt werden, wenn dem Vertragspartner die Ergebnisse zur Diagnostik sowie die Therapieeinstellung inkl. Apnoe-Index (AI) oder Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) oder Respiratory Disturbance Index (RDI), sowie die Parameter der Therapieeinstellung vorliegen.
8. Die Vertragsparteien informieren sich umgehend gegenseitig, wenn sie Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung erlangen.
9. Im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit sind Versorgungen mit individuellen Masken Vertragsbestandteil und somit Bestandteil der Pauschalen.
10. Zur Klärung eines individuellen Versorgungsbedarfs, ist für den Leistungsumfang das Ergebnis eines etwaig vorliegenden MDK-Gutachtens entscheidend.
11. Die durchgehende Verfügbarkeit der Hilfsmittel muss gewährleistet sein, u. a. bei Reparatur, Ersatz defekter Geräte.

Anlage 2 - Vergütungsregelungen

Die folgend aufgeführten Vergütungs-Pauschal-Preise beinhalten die gesetzliche Mehrwertsteuer. Mit der Vergütungspauschale sind sämtliche Leistungen für die Versorgung des Anspruchsberechtigten sowie sämtliches medizinisch notwendiges Zubehör und Verbrauchsmaterial, inkl. konfektionierter und individuell angefertigter Masken, abgegolten.

PosNr.	Bezeichnung	Zeitraum	Vertragspreis Brutto (inkl. MwSt.)	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA
14.24.20.	CPAP-System	12 Monate		08; 09
14.24.21.	Auto-CPAP-System	12 Monate		08; 09
14.24.22.	Bilevel-System	12 Monate		08; 09

08 – Erstpauschale
09 – Folgepauschale

Anlage 3 - Nachweis der Betriebsstunden¹ - vom Vertragspartner auszufüllen-

Name, Vorname:	Krankenversichertennummer oder Geburtsdatum:
Hersteller, Typ, Bezeichnung des Hilfsmittels:	Lieferdatum:
Hilfsmittelpositionsnummer:	Kennzeichnung durch den Vertragspartner:

	Nutzungszeitraum		Betriebsstundenzähler		
	Von (Datum letzte Abfrage)	bis	Beginn	Ende	Differenz
1					
2*					
3*					
* Bei Gerätewechsel ist der Nutzungsumfang für jedes Hilfsmittel separat in einer Zeile aufzulisten.				Summe der Betriebsstunden	

Versorgung wird geändert weitergeführt ☐ ja ☐ nein	
Datum/Unterschrift Vertragspartner	IK/Name/Anschrift des Vertragspartners (Firmenstempel)

<u>Bei geringer Nutzungsdauer des Hilfsmittels ist vom Arzt zu bestätigen:</u> (Mindestnutzung von 1460 h pro Jahr = 4 h pro Tag nicht erreicht)	
Versicherte/r soll Hilfsmittel weiter nutzen: ☐ ja ☐ nein	
Begründung des behandelnden Arztes:	
Datum _____ Unterschrift Arzt _____ Stempel des Arztes IK: _____	

¹ Es können betriebsinterne, inhaltsgleiche Formular verwendet werden.

Anlage 4 - Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V Datenträgeraustausch (DTA)

Für die Abrechnung über DTA gemäß § 302 i.V.m. § 303 SGB V sind die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die zugehörigen technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

1. Die Positionen dieses Vertrages sind grundsätzlich mit den folgenden Abrechnungs-codes/Tarifkennzeichen je Vertragspartner anzuliefern.

Bezeichnung	Abrechnungscode/Tarifkennzeichen
Versorgung mit Hilfsmitteln zur Behandlung schlafbezogener Atemwegserkrankungen	1114 xxx (Apotheke)
Versorgung mit Hilfsmitteln zur Behandlung schlafbezogener Atemwegserkrankungen	1514 xxx (Sanitätshäuser)
Versorgung mit Hilfsmitteln zur Behandlung schlafbezogener Atemwegserkrankungen	1914 xxx (sonstige Leistungserbringer)

2. Für die Abrechnung ist je Versorgungsfall das Hilfsmittelverwendungskennzeichen 08 bzw. 09 anzugeben.

3. Die Rechnung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Leistungserbringerschlüssel (Abrechnungscode/Tarifkennzeichen),
- Name, Anschrift und IK des Vertragspartners,
- Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, KV-Nummer),
- Name, Anschrift und Arztnummer (Vertragsarztnummer oder lebenslange Arzt-nummer und Betriebsstättennummer) des Verordners bzw. IK des Krankenhauses,
- Beschreibung der Versorgung,
- Versorgungszeitraum (anteiliger Genehmigungszeitraum),
- Genehmigungsvermerk ist das Genehmigungskennzeichen
- Verwendungskennzeichen,
- Netto-Gesamtpreis,
- gesetzliche Umsatzsteuer,
- Bruttogesamtpreis,
- gesetzliche Zuzahlung des Anspruchsberechtigten.

Die Rechnungsnummer inklusive der rechnungsbegründenden Unterlagen sind an folgende An-schrift zu übermitteln:

AOK Sachsen-Anhalt
Postvertellernummer 16.30.32
39084 Magdeburg

Die Datenträger sind an folgende Datenträgerannahmestelle zu übermitteln:

gkv informatik - unternehmen synergien
Fachbereich Inputmanagement
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Elektronische Datenlieferung per Mail an: da@dte.aok.de

Anlage 5 - Abtretungserklärung

Ermächtigungserklärung zum Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V Datenträ-
geraustausch (DTA)

1. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	
2. Name und Anschrift des Leistungserbringers	
3. Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums (dieses ist beim Abrechnungszentrum zu er- fragen)	
4. Name und Anschrift des Abrechnungszentrums	
5. Beginn der Abrechnung (Angabe des Datums - Vertragsbeginn)	. .
6. Ende der Abrechnung (Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)	. .

Die Abtretungserklärung gilt auch für die Institutionskennzeichen folgender Filialen:
(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

Sollte für die Filialen ein anderes Abrechnungszentrum als unter Punkt 4 genannt oder ein anderes IK-Kennzeichen des Abrechnungszentrums (Punkt 3) gelten, füllen Sie bitte eine gesonderte Abtretungserklärung aus.

zu Anlage 05 - Abtretungserklärung

Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:

1. Schuldbefreiungserklärung

Das benannte Abrechnungszentrum hat vom unterzeichnenden Leistungserbringer den Auftrag erteilt bekommen, alle von der AOK zu zahlenden Beträge für Rechnungen, die dem Abrechnungszentrum eingereicht wurden, für den unterzeichnenden Leistungserbringer einzuziehen. Die Zahlung der AOK an das beauftragte Abrechnungszentrum hat schuldbefreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer.

2. Abtretung

Der Leistungserbringer tritt alle gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen gegen die AOK zur Einziehung bis zur Höhe der vertraglich vereinbarten Beträge an das beauftragte Abrechnungszentrum ab. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto.

3. Auskunftsermächtigung

Die AOK darf dem Abrechnungszentrum im Zusammenhang mit Abgabeberechtigung und Verordnungsabrechnung sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur Verordnungsabrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.

4. Datenschutz

Das Abrechnungszentrum verpflichtet sich, die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten und personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung des unterzeichnenden Leistungserbringers zu verarbeiten.

Dem Leistungserbringer ist Nachfolgendes bekannt:

Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat er die AOK, die die Abgabeberechtigung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren.

Beginn und Ende der Abrechnung und der Name des beauftragten Abrechnungszentrums sind mitzuteilen.

Der Vertragspartner ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten des der AOK gemeldeten Abrechnungszentrums mehr besteht. Das Abrechnungszentrum ist Erfüllungsgehilfe des zugelassenen Vertragspartners (§ 278 BGB). Der Vertragspartner haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.

Bestätigung der Angaben

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Vertragspartners

Anlage 6 - Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten

Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.
2. Daher trage ich auch die entsprechenden Mehrkosten in Höhe von _____, _____ EUR für das von mir gewählte Hilfsmittel. Dies schließt auch mögliche Mehrkosten für Folgeleistungen (z. B. für Reparaturen) mit ein.
3. Der Vertragspartner ist berechtigt, ausschließlich den durch den Vertrag vereinbarten Preis mit der AOK abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten

Anlage 7 - Erklärung des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum:

Straße

PLZ, Ort

erhält von der AOK Sachsen-Anhalt Hilfsmittel zur Schlafapnoetherapie.

Die Lieferung erfolgt durch

(Stempel und Unterschrift des Lieferanten)

Allgemeine Informationen

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

Der Versicherte haftet für die ordnungsgemäße Lagerung der Hilfsmittel.

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

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

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen des Lieferbetriebes.

Erklärung des Versicherten

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

Ich wurde darüber informiert, dass ich in dem nächsten Jahr bei Bedarf mit Hilfsmitteln zur Durchführung der Schlafapnoetherapie von meinem gewählten Leistungserbringer versorgt werde. Kosten, die aus einer zusätzlichen Versorgung durch andere Leistungserbringer entstehen, können mir in Rechnung gestellt werden. Ich wurde darüber informiert, dass ein Erstattungsanspruch gegenüber dem gewählten Leistungserbringer oder der AOK Sachsen-Anhalt nicht besteht.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
bzw. dessen gesetzlichen Vertreters