

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 und 2 SGB V über die Versorgung mit
wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln aus den Versorgungsbereichen
der Medizintechnik (Kauf-Wiedereinsatz Medizintechnik) vom
01.02.2021 mit der AOK Sachsen-Anhalt**

zwischen der

AOK Sachsen-Anhalt
Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg

- nachfolgend AOK genannt –

und

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

Abrechnungscode/Tarifkennzeichen:

XX 14 334

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 3 Versorgungsberechtigung	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Übertragung der Aufgaben aus der MPBetreibV	8
§ 6 Qualitätssicherung	9
§ 7 Gewährleistung und Garantie	10
§ 8 Vergütung und Abrechnung	11
§ 9 Datenschutz und Schweigepflicht	12
§ 10 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern	13
§ 11 Geschäftsaufgabe/-übernahme/Insolvenz	14
§ 12 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen	14
§ 13 Laufzeit und Kündigung	15
§ 14 Salvatorische Klausel	15
§ 15 Schlussbestimmungen	16

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Beitrittserklärung
Anlage 2	Präqualifizierung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V
Anlage 3	Rückholauftrag und Einlagerungsbestätigung
Anlage 4	Leihvertrag (Muster)
Anlage 5	Genehmigungsverfahren Grundsätze
Anlage 6	Hinweise zum EKOVO-Verfahren (Elektronischer Kostenvorschlag)
Anlage 7	Abrechnungsverfahren nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V
Anlage 7.1	Grundsätze
Anlage 7.2	Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V
Anlage 8	Preisliste

Präambel

Die Leistungserbringer sind sich einig, dass dieser Vertrag das bisherige Hilfsmittelpoolverfahren Medizintechnik ablöst. Einer Kündigung bedarf es nicht.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit wieder-einsetzbaren Hilfsmitteln nach § 33 SGB V in definierten Teilbereichen entsprechend der Anlage 8. Die Versorgung umfasst Neuversorgungen, Wiedereinsatz, Wartungen, Reparaturen und Nachlieferungen etc. sowie die Aussonderung von Hilfsmitteln, die nicht über andere Verträge abgebildet sind.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln nach Abs. 1 dieses Vertrages medizinisch indiziert ist.
3. Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages und können erweitert und/oder geändert werden.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag gilt für:

1. Die vertragsschließende Partei laut Rubrum und ggf. ihre Mitglieder, sofern diese der vertragsschließenden Partei eine Abschlussvollmacht erteilt haben (Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 1 SGB V).
2. Mitglieder der vertragsschließenden Partei laut Rubrum, sofern diese der vertrags-schließenden Partei keine Abschlussvollmacht erteilt haben. In diesen Fällen ist die Beitrittserklärung (Anlage 1) vorzulegen (Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V).
3. Andere Leistungserbringer, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 1) unterzeichnet haben, unabhängig davon, ob Sie Mitglied einer vertragsschließenden Leistungser-bringerorganisationen sind oder nicht (Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V).

§ 3 Versorgungsberechtigung

1. Der Leistungserbringer muss die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßi-ge und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel entspre-chend der jeweils geltenden gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der Nachweis erfolgt in Form der Vorlage einer Präqualifizierungsbestätigung.
2. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versor-gungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 4 **Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten der AOK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten. Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, entsprechende Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK.
2. Der Leistungserbringer behandelt alle Anspruchsberechtigten der AOK nach gleichen Grundsätzen.
3. Der Leistungserbringer prüft vor Erstellung eines Kostenvoranschlages nach diesem Vertrag, ob eine wirtschaftlichere Versorgung im Rahmen einer anderen vertraglichen Regelung möglich ist.
4. Sollte für die Versorgung ein einheitlicher Bedarfserhebungsbogen laut Rahmenempfehlungen § 127 Abs. 9 SGB V vorgesehen sein, ist dieser anzuwenden.
5. Der Leistungserbringer stellt über eine Servicenummer (max. zum Ortstarif) seine Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 Uhr bis 18:00 Uhr für die Anspruchsberechtigten der AOK sicher. Es ist ein Annahmehlevel innerhalb von 30 Sekunden in mindestens 80 % der eingehenden Telefonate zu gewährleisten.
6. Der Leistungserbringer hat einen technischen 24-Stunden-Notdienst (auch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen) sicherzustellen und verpflichtet sich, die erforderlichen Leistungen, wie z. B. Instandsetzungsmaßnahmen, unverzüglich auszuführen. Dem Anspruchsberechtigten der AOK dürfen keine Kosten für den technischen Notdienst in Rechnung gestellt werden.
7. Die vertragsgemäße Versorgung erfolgt gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung.

Die für die Hilfsmittelversorgung maßgeblichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement nach § 39 SGB V sind in der jeweils aktuellen Fassung verbindlich.

Eine ärztliche Verordnung muss den geltenden Regelungen der Hilfsmittelrichtlinie entsprechen.

8. Grundsätzlich behält sich die AOK eine Genehmigungspflicht vor.

Eine erteilte Genehmigung gilt maximal bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung. Näheres regelt die Anlage 5 zum Genehmigungsverfahren.

9. Der Leistungserbringer hat vor der Erstellung eines Kostenvoranschlages bei Hilfsmitteln, zu deren Nutzung gewisse körperliche oder geistige Fähigkeiten voraussetzen sind, kostenfrei für die AOK und Anspruchsberechtigten eine Erprobung durchzuführen. Die ärztliche Verordnung entbindet hiervon nicht. Weicht der vom Leistungserbringer festgestellte Versorgungsbedarf von der ärztlichen Verordnung ab, hat der Leistungserbringer dies mit dem Arzt abzustimmen, zu dokumentieren und im Rahmen des Kostenvoranschlagsverfahrens zu übermitteln.

10. Die Übersendung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen hat auf elektronischem Wege zu erfolgen. Die Teilnahme am Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlags ist für die AOK kostenlos. Kosten, die durch den Anbieter der Branchensoftware des Leistungserbringers bzw. durch einen Dienstleister entstehen, gehen nicht zu Lasten der AOK.
11. Zur Genehmigung sind mit dem elektronischen Kostenvoranschlag (EKOVO) folgende Daten per Datenanhang (Image) einzureichen:
 - ärztliche Verordnung
 - detaillierte Kostenaufstellung (z. B. Material- und Zeitaufwand...)
 - ggf. Bedarfserhebungsbogen nach Nummer 4
 - Kostenvoranschlag inklusive Einzelpositionsaufschlüsselung von Dritten bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen
 - Beleg von einer erfolgreichen Erprobung gemäß Nummer 9

Die Leistungsentscheidung gegenüber dem Leistungserbringer erfolgt auf elektronischem Wege. Näheres regelt die Anlage 6.

Bei Nichtlieferung auf elektronischem Wege erfolgt ein Abschlag in Anlehnung an den § 303 SGB V.

12. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und der Krankheit bzw. Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Die Hilfsmittel müssen grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgeführt sein. Für eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, die aber bereits eine CE-Kennzeichnung besitzen, kann nur im Rahmen einer Einzelfallprüfung eine Entscheidung erfolgen.
13. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 33 Abs. 8 SGB V die Zuzahlung zur Versorgung vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.
14. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Leistungen unter Angabe des Datums auf der Verordnung, auf dem Leihvertrag bzw. auf dem Lieferschein bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.
15. Vor Erstellung eines Kostenvoranschlags hat der Leistungserbringer zu prüfen, ob ein geeignetes Hilfsmittel aus seinem Lager zum Einsatz kommen kann.
16. Neu erworbene Hilfsmittel gehen in das Eigentum der AOK über. Die Hilfsmittel bleiben auch dann Eigentum der AOK, wenn sie sich im Lager des Leistungserbringers befinden. Das gilt auch für Hilfsmittel, in denen der Anspruchsberechtigte Mehrleistungen in Anspruch genommen hat.
17. Jeder am Verfahren beteiligte Leistungserbringer hat bei erstmaliger Übergabe des Hilfsmittels an den Anspruchsberechtigten einen Leihvertrag (Anlage 4) zu übergeben und am Hilfsmittel die von der AOK vergebene Inventarnummer gut lesbar anzubringen sowie bei Erfordernis diese zu erneuern.

18. Bestandteil der Versorgung ist die umfassende Beratung der Anspruchsberechtigten, deren Einweisung in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels sowie eine notwendige Nachbetreuung. Bei Erfordernis sind Beratung und Einweisung sowie Anpassung im häuslichen Umfeld des Anspruchsberechtigten durchzuführen.
19. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Hilfsmittel, die Eigentum der AOK sind, soweit diese für einen Wiedereinsatz vorgesehen sind für die Versorgung bereitzustellen. Er übernimmt nach Aufforderung durch die AOK auch die Abholung des Hilfsmittels vom Ort der Einlagerung. Die Entscheidung zur Abholung bei einem anderen Leistungserbringer und die Entscheidung zum Wiedereinsatz trifft ausschließlich die AOK.
20. Erhält der Leistungserbringer Kenntnis davon, dass der Anspruchsberechtigte das Hilfsmittel nicht mehr benötigt, ist umgehend von der AOK ein Rückholauftrag anzufordern.
21. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ausschließlich nach einem Rückholauftrag von der AOK (Anlage 3) die Rückholung durchzuführen.

Die Meldung über die Rückholung und Einlagerung bzw. erforderliche Aussonderung hat mittels Rückmeldebogen (Anlage 3) innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dem Rückholauftrag zu erfolgen. Der Rückmeldebogen ist auch ohne Unterschrift ausreichend.

Die Rückmeldung des Leistungserbringers erfolgt elektronisch gemäß Anlage 6.

22. Die Rückholpauschale beinhaltet die Abholung vom Anspruchsberechtigten, den Transport, die Reinigung/Desinfektion, die Einlagerung und gegebenenfalls die Aussonderung nach einer Entscheidung der AOK. Außerdem bei den Produkten der Produktgruppen 01, 03, 14, 21, alle notwendigen Tätigkeiten, die einen sofortigen Wiedereinsatz ermöglichen wie z. B. Reinigung, ggf. Reparatur, ggf. Sicherheitstechnische Kontrolle (STK), ggf. Messtechnische Kontrolle (MTK).
23. Bei nicht auffindbaren Hilfsmitteln, ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Nachweis zu erbringen, dass er ernsthaft bemüht war, dieses Hilfsmittel zurück zu holen. Anschreiben, Terminvereinbarungen, weitere Belege sind der AOK innerhalb von 14 Tagen nach Erteilung des Rückholauftrages vorzulegen.
24. Versäumt es der Leistungserbringer trotz zweimaliger Erinnerung, das zur Rückholung beauftragte Hilfsmittel abzuholen und bei der AOK für den Wiedereinsatz unter Angabe des Zustandes freizugeben (Rückmeldebogen Anlage 3), hat er den Zeitwert des Hilfsmittels zuzüglich einer Vertragsstrafe von 150,00 EUR je Hilfsmittel zu ersetzen.
25. Der Leistungserbringer verpflichtet sich Hilfsmittel, die Eigentum der AOK sind, ordnungsgemäß einzulagern. Die eingelagerten Hilfsmittel sind vom Leistungserbringer dem Wert der Hilfsmittel entsprechend zu versichern.

Die Einlagerung ist auch dann durchzuführen, wenn die Erstauslieferung des Hilfsmittels durch einen anderen Leistungserbringer erfolgte. Sie umfasst die Rückholung und Grundreinigung/Desinfektion, soweit im Einzelfall nicht gesonderte Regelungen getroffen werden.

26. Nach der Rückholung ist vom Leistungserbringer unverzüglich und verpflichtend zu prüfen, ob ein weiterer Wiedereinsatz möglich ist.

Der Leistungserbringer teilt der AOK den Zustand des zurückgeholten/eingelagerten Hilfsmittels per Fax/E-Mail auf dem Rückmeldebogen (Anlage 3) wie folgt mit:

- Note 1: keine Reparatur erforderlich
- Note 2: Reparatur unter 150 EUR erforderlich
- Note 3: Reparatur über 150 EUR erforderlich
- Note 4: Aussonderung erforderlich

Die Angaben zu den zurückgeholten Hilfsmitteln sind in jedem Fall verbindlich im Rückmeldebogen (Anlage 3) anzugeben.

Ohne vollständig ausgefüllten Rückmeldebogen erfolgt keine Vergütung der Rückholpauschale bzw. der Rückholkosten.

27. Wenn ein Wiedereinsatz nach Meinung des Leistungserbringers unwirtschaftlich ist, muss sich aus der Anlage 3 eine Kostenschätzung für eine erforderliche Reparatur oder eine andere Begründung ergeben. Die AOK prüft in jedem Fall die Wirtschaftlichkeit und informiert über eine letztmalige Reparatur bzw. Aussonderung. Aussonderungen sind nicht abrechenbar.
28. Die Rückholpauschale für die Produktgruppe 01, 03, 14, 21 beinhaltet grundsätzlich folgende Tätigkeiten: Notwendige Reparaturen, Wartungen und bei Erfordernis* eine Sicherheits-/Messtechnische Kontrollen sind unverzüglich nach Rückholung durchzuführen.
Die Hilfsmittel sind in einen funktionsfähigen und hygienisch einwandfreien Zustand zu versetzen. Bei den mit diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln ist im EKOVO der bisherige Anspruchsberechtigte aufzuführen.
29. Für die anderen Produktgruppen nach diesem Vertrag gilt, dass sie vor dem Wiedereinsatz in einen funktionsfähigen und hygienisch einwandfreien Zustand zu versetzen sind.
30. Die Wiedereinsatzpauschale beinhaltet die Auslieferung an den Anspruchsberechtigten, den Transport, bei Erfordernis* eine Sicherheits-/Messtechnische Kontrolle, die Einweisung des Anspruchsberechtigten in den Gebrauch des Hilfsmittels sowie die Empfehlung zum Abschluss einer Versicherung (Anlage 4).
31. Die Wiedereinsatzpauschale beinhaltet ebenfalls die Abholung/Zusendung des wiedereinsatzfähigen Hilfsmittels aus dem Lager eines anderen Leistungserbringers.

Erkennbare Fehler in der Hilfsmittelbezeichnung, falsche Deklarationen und andere Unstimmigkeiten zwischen einlagerndem und auslieferndem Leistungserbringer sind unverzüglich bilateral zwischen diesen zu klären und der AOK kostenfrei mitzuteilen.
32. Eine Auslieferungspauschale kommt zur Anwendung, wenn die AOK auslieferungsfähige Produkte zur Verfügung stellt und die Lieferung des Hilfsmittels an den Anspruchsberechtigten durch einen Leistungserbringer nach diesem Vertrag erfolgt.
33. Rückhol-, Wiedereinsatz- und Auslieferungspauschalen beinhalten alle Fahrkilometer bzw. den Aufwand für die Beschaffung der Hilfsmittel.
34. Bei Reparaturen an einem im Einsatz befindlichen Hilfsmittel, die nicht vor Ort durchgeführt werden können, ist dem Anspruchsberechtigten unverzüglich ein geeignetes Ersatzhilfsmittel für die Dauer der Reparatur durch den Leistungserbringer aus dessen eigenen Bestand unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Sollte dies in Einzelfällen nicht möglich sein, da es keine Überbrückungsversorgung gibt oder die Bereitstellung einer Überbrückungsversorgung unverhältnismäßig finanzielle Aufwände verursacht, ist zwischen den Leistungserbringern gemeinsam eine individuelle Lösung zu suchen.

35. Für Reparaturen ist der AOK ein Kostenvoranschlag inklusive Zeit- und Materialaufwand zur Genehmigung einzureichen. Die AOK behält sich die Entscheidung über eine Reparatur oder einen Austausch des Hilfsmittels vor.
36. Besondere Reparaturen und Wartungen, die Leistungserbringer ausnahmsweise vom Hersteller durchführen lassen müssen, sind der AOK mittels Kostenvoranschlag/Rechnung des Herstellers vorzulegen und nur nach Genehmigung durch die AOK abrechenbar.
37. Ist aufgrund der ärztlichen Verordnung und der Art der Erkrankung und/oder der Behinderung nur eine kurzzeitige Nutzung des Hilfsmittels absehbar, ist der Leistungserbringer dazu verpflichtet, der AOK einen individuellen EKOVO außerhalb dieses Vertrages auf Mietbasis zu stellen.

* Erforderlichkeit nach § 4 Abs. 28 und 30 ist dann gegeben, wenn 60 % der vorgegebenen Zeit abgelaufen ist

§ 5

Übertragung der Aufgaben aus der MPBetreibV

1. Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben.
2. Gemäß Abs. 1 sind für das jeweilige Medizinprodukt die entsprechend der Eingruppierung dieses Medizinproduktes gemäß der MPBetreibV festgeschriebenen Aufgaben vom Leistungserbringer zu erbringen:

2.1 nichtaktive Medizinprodukte

- Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV (ohne Dokumentation, da nicht erforderlich),
- Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV.

2.2 „einfache“ aktive Medizinprodukte

- Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels und Dokumentation dieser Einweisung gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
- Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV,
- Führen eines Bestandsverzeichnisses gemäß § 13 MPBetreibV.

2.3 Medizinprodukte nach Anlage 1 der MPBetreibV

- Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels und Dokumentation dieser Einweisung gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
- Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV,
- Führen eines Bestandsverzeichnisses gemäß § 13 MPBetreibV,
- Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (STKn) gemäß § 11 MPBetreibV,

- Führen eines Bestandsverzeichnisses der jeweiligen Betriebsstätte gemäß § 13 MPBetreibV,
- Führen eines Medizinproduktebuches gemäß § 12 MPBetreibV und Aufbewahrung beim Leistungserbringer.

2.4 Medizinprodukte nach Anlage 2 der MPBetreibV

- Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels und Dokumentation dieser Einweisung gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
 - Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV,
 - Führen eines Bestandsverzeichnisses gemäß § 13 MPBetreibV,
 - Durchführung der messtechnischen Kontrollen (MTKn) gemäß § 14 MPBetreibV,
 - Führen eines Bestandsverzeichnisses der jeweiligen Betriebsstätte gemäß § 13 MPBetreibV,
 - Führen eines Medizinproduktebuches gemäß § 12 MPBetreibV und Aufbewahrung beim Leistungserbringer.
3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Überprüfungen gemäß jeweils geltender MPBetreibV und MPG sowie den weiterführenden Sicherheitsvorschriften ausschließlich durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal durchzuführen und zu dokumentieren. Sicherheitstechnische Kontrollen bei Wiedereinsätzen sind in den Wiedereinsatzpauschalen enthalten. Sicherheitstechnische Kontrollen/Messtechnische Kontrollen während der Nutzung beim Anspruchsberechtigten sind gesondert abrechenbar gemäß Anlage 8. Für Zeiten der Einlagerungen werden Sicherheitstechnische Kontrollen/Messtechnische Kontrollen nicht durchgeführt bzw. vergütet.

§ 6 Qualitätssicherung

1. Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung gemäß § 126 SGB V sicher zu stellen und die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln einzuhalten und nachzuweisen.
2. Fachliche, sachliche und personelle Änderungen während der Vertragslaufzeit sind unverzüglich der Präqualifizierungsstelle mitzuteilen und der AOK das aktuelle Präqualifizierungszertifikat zur Verfügung zu stellen.
3. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. die Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Anspruchsberechtigten der AOK.
4. Der Leistungserbringer hat den Anspruchsberechtigten nach § 127 Abs. 5 S. 1 SGB V vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welches Hilfsmittel für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist. Die Beratung ist zu dokumentieren. Dabei hat der Leistungserbringer die Dokumentation durch den Anspruchsberechtigten schriftlich bestätigen zu lassen.

5. Dem Anspruchsberechtigten sind für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungs-freie Versorgungen anzubieten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Anspruchsberechtigten bzw. dessen betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels einzuweisen.
6. Auf Wunsch und nach erfolgter Beratung des Anspruchsberechtigten können entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Anspruchsberechtigte 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 Leistungserbringer dem Anspruchsberechtigten die Mehrkosten in Rechnung stellen. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale und die Mehrkostenhöhe sind nach § 127 Abs. 5 S. 5 SGB V zu dokumentieren. Auch hier hat der Leistungserbringer die Dokumentation durch den Anspruchsberechtigten schriftlich bestätigen zu lassen.
7. Zur Dokumentation der Beratungen des Anspruchsberechtigten nach Nummer 4 und nach Nummer 6 ist der entsprechende Dokumentationsbogen aus den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V (seit 01.02.2020 in Kraft) in der jeweils gültigen Fassung** zu verwenden. Die ausgefüllten Dokumentationsbögen sind durch den Leistungserbringer 6 Jahre nach dem Ende der Versorgung aufzubewahren und der AOK auf Verlangen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Die Verwendung eigener Dokumente ist möglich, wenn diese inhaltlich den vertraglich vereinbarten Beratungs-/Mehrkostendokumentationen entsprechend den Rahmenempfehlungen vollends gerecht werden.

Die aufzahlungsbegründenden Produktmerkmale sind unterhalb der Unterschrift des Anspruchsberechtigten aufzulisten.

8. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stets auf dem neuesten Stand seines Arbeitsgebietes zu halten und erforderliche Zusatzqualifikationen und Zertifizierungen gemäß MPBetreibV und MPG durchzuführen. Der Nachweis über die berufliche Fortbildung ist im Einzelfall auf Anforderung der AOK zu erbringen.
9. Die AOK ist verpflichtet, gemäß § 127 Abs. 7 SGB V Qualitätsprüfungen beim Leistungserbringer durchzuführen, insbesondere bei Verdacht von Vertragsverstößen und Qualitätsmängeln. Die Prüfungen erfolgen entsprechend der Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 127 Abs. 9 SGB V. Dessen ungeachtet hat die AOK das Recht, jederzeit die vertragskonforme Leistungserbringung zu überprüfen.

** Die jeweils aktuelle Fassung ist über die Internetseite des GKV-Spitzenverbandes abrufbar.

§ 7 Gewährleistung und Garantie

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Für die gelieferten Hilfsmittel bzw. erbrachten Leistungen gelten die Gewährleistungspflichten gemäß BGB.
2. Die Gewährleistungsrechte dürfen von den Anspruchsberechtigten gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht werden.

3. In den Fällen nach § 4 Abs. 32 des Vertrages ist der Leistungserbringer in Hinsicht auf die produktspezifischen Eigenschaften des Hilfsmittels von den Pflichten aus der Gewährleistung nach BGB befreit. Die AOK regelt mit dem betreffenden anderen Leistungserbringer die Verfahrensweise und Kostenübernahme bei berechtigten Sachmängeln.
4. Gewähren Hersteller Garantien, die über die üblichen Gewährleistungen hinausgehen, werden selbige der AOK bzw. den Anspruchsberechtigten eingeräumt. Der Leistungserbringer macht auf dem Kostenvoranschlag in dem Feld „Bemerkungen an den Kostenträger“ einen entsprechenden Vermerk.
5. Gewährleistung und Garantie beginnen mit dem Tag der Übergabe an den Anspruchsberechtigten der AOK bzw. in den Fällen nach Abs. 3 mit dem Tag der Übergabe an den versorgungsberechtigten Leistungserbringer.
6. Für Reparaturleistungen und Wiedereinsätze gewährt der Leistungserbringer eine Garantie, unabhängig von den Ursachen eines Mangels, für die Dauer von 6 Monaten.

§ 8 Vergütung und Abrechnung

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. Näheres regelt die Anlage 7.
2. Die Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen erfolgt auf elektronischem Weg (papierloses Imageverfahren), sofern die AOK dies verlangt. Für die Umstellung auf das Imageverfahren gilt eine Vorlaufzeit von mindestens zwei Monaten. Näheres regelt eine separat zwischen der AOK und dem Leistungserbringer, bzw. dessen Abrechnungszentrum, abzustimmende Vereinbarung zur „Abrechnung nach § 302 SGB V und § 105 SGB XI im Imageverfahren“.
3. Die Abrechnung durchgeführter Leistungen erfolgt grundsätzlich einmal monatlich. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
4. Die vereinbarten Vergütungen sind Nettopreise zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer.
5. Der Leistungserbringer gewährt auf alle Versorgungen im Neukauf und auf Ersatzteile einen Rabatt auf den vom Hersteller empfohlenen Listenpreis gemäß Anlage 8 und weist diesen Rabatt jeweils gesondert aus.
6. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung vollständige Unterlagen gemäß Anlage 7 einzureichen.
7. Die Bezahlung der Rechnungen durch die AOK erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der von der AOK benannten Abrechnungsstelle. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Maßgebend für die Einhaltung der Zahlungsfrist ist der Tag der Übergabe an das Geldinstitut.
8. Überträgt der Leistungserbringer 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 (Anlage 7.2).

Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

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

9. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
10. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 7 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.
11. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.
12. Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die AOK hat der Leistungserbringer die Wiedereinreichung der geänderten und vervollständigten Rechnung innerhalb von 12 Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.
13. Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum der Leistungserbringung. Der Erstattungsanspruch der AOK verjährt grundsätzlich nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen (wie keine Leistungserbringung) gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.
14. Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern oder bei der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Rückgeforderte Beträge, die nicht verrechnet werden, sind innerhalb von vier Wochen, beginnend mit dem Zugang des Rückforderungsverlangens beim Leistungserbringer, fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen. Im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Leistungserbringer und der AOK können abweichende Regelungen vereinbart werden.

§ 9

Datenschutz und Schweigepflicht

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt (s. Leitfaden-Dokument Datenschutzklausel in der jeweils geltenden Fassung).
4. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
5. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.
6. Für die Übermittlung der personenbezogenen Daten per E-Mail ist verpflichtend, eine zertifizierte Verschlüsselungssoftware zu verwenden.

§ 10

Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers 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. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben.
3. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Vertragsärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
4. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen oder dergestalt, dass die freie Wahl der Anspruchsberechtigten unter den präqualifizierten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

§ 11 Geschäftsaufgabe/-übernahme/Insolvenz

1. Die an der Versorgung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln (Eigentum der AOK) teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, im Falle der eigenen Geschäftsaufgabe/-übernahme/Insolvenz gegenüber der AOK unverzüglich eine Meldung zur Erfassung der eingelagerten Hilfsmittel abzugeben.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, 6 Monate vor Auslaufen des Vertrages die versorgungsrelevanten Versichertendaten der AOK unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen nach § 8 auf elektronischem Wege zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen insbesondere die Inventarnummer, die 10-stellige bundeseinheitliche Hilfsmittelpositionsnummer, die Krankenversicherungsnummer, der Vor- und Zuname des Anspruchsberechtigten.
3. Zudem besteht eine Verpflichtung für den vertragsschließenden Berufsverband/oder andere Organisationen, Insolvenzen der Mitgliedsbetriebe gegenüber der AOK anzuzeigen, soweit sie bekannt sind.
4. Durch die AOK ist die Abholung und Einlagerung bei anderen Leistungserbringern zu organisieren.

§ 12 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen

1. Verstößt der Leistungserbringer schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann die AOK nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung aussprechen, eine Abmahnung erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes erheben und den Vertrag außerordentlich kündigen. Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann die AOK den Leistungserbringer 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:
 - wiederholten Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen gemäß § 6 dieses Vertrages sowie bei der Leistungserbringung,
 - wiederholten Verstößen gegen die fristgemäße Rückholung der Hilfsmittel inklusive ordnungsgemäßer Zustandsangabe (§ 4 Abs. 21 ff.),
 - unberechtigter Änderung der ärztlichen Verordnung (Fälschung),
 - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Anspruchsberechtigte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen,
 - der Verstoß gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten aus § 127 Abs. 5 SGB V,
 - wiederholten/schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen laut § 9,
 - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK,
 - Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V.

3. Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinaus gehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung, bleiben von den Maßnahmen in Absatz 1 unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt. Entsprechendes gilt für die Übermittlung schwerwiegender Vertragsverstöße nach § 127 Abs. 7 Satz 7 SGB V.
4. Kann der Leistungserbringer aufgrund ihm zuzurechnender Umstände, wie z. B. Liefer-schwierigkeiten oder anderweitige Umstände, eine ordnungsgemäße Versorgung der Anspruchsberechtigten nicht gewährleisten und wird dadurch die Versorgung von Anspruchsberechtigten 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 Leistungserbringer der AOK zu erstatten. Sonstige, darüber hinaus gehende Ansprüche bleiben unberührt.

§ 13 Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag tritt am 01.02.2021 in Kraft. Mit diesem Vertrag werden die Regelungen des Hilfsmittelpoolverfahrens vom 01.11.2006 abgelöst.
2. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung, der Tag des Kostenvoranschlages bei genehmigungspflichtigen Reparaturen bzw. das Datum der genehmigungsfreien Reparatur und Tag des Rückholauftrages.
3. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2022.
4. Die Anlagen sind Bestandteile des Vertrages und können mit Ausnahme der Anlage 5 mit einer Frist von einem Monat, frühestens zum 31.12.2022 gesondert gekündigt werden.
5. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt.
6. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
7. 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.

§ 14 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 nahekommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

§ 15
Schlussbestimmungen

Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den vertraglichen Regelungen gelten nur, wenn die AOK sie schriftlich bestätigt hat. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der
AOK Sachsen-Anhalt

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des
Leistungserbringers

Anlage 1 Beitrittserklärung

Hiermit tritt der

Leistungserbringer (Name und Firmenbezeichnung der Hauptfiliale)

Institutionskennzeichen der Hauptfiliale (IK)

Inhaber/Geschäftsführer

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

E-Mail, Telefonnummer, Faxnummer

dem oben genannten Vertrag in der geltenden Fassung bei.

Meine Beitrittserklärung soll ausschließlich für folgende Produktgruppen gelten:

PG 01 PG 02 PG 03 PG 07 PG 09 PG 14 PG 16 PG 17 PG 21 PG 25

Die Beitrittserklärung gilt ebenfalls für folgende Filialen (ggf. gesonderte Liste beifügen):

Institutionskennzeichen	Anschrift

Institutionskennzeichen, die nicht aufgeführt werden, sind nicht berechtigt im Rahmen dieses Vertrages zu versorgen und abzurechnen.

1. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte des oben genannten Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir/uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkenne/n ich/wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichte/n mich/uns zu deren Einhaltung.
2. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.
3. Ich/Wir erkläre/n, dass die gemachten Angaben richtig sind und ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass die AOK Sachsen-Anhalt/Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt die Angaben überprüft.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vereinbart werden, werden mit dieser Erklärung anerkannt, ohne dass es dazu einer gesonderten Zustimmung bedarf.

zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vereinbart werden, werden mit dieser Erklärung nicht anerkannt. Hierzu ist eine neue Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V erforderlich.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Geschäftsführers

Anlage 2 Präqualifizierung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V

Die Präqualifizierungsbestätigung muss sich auf die jeweilige/n Filiale/n des Leistungserbringers entsprechend der Anlage 1 beziehen.

Die aktuelle Präqualifizierungsbestätigung ist der AOK für jede am Vertrag teilnehmende Filiale des Leistungserbringers spätestens mit Beitrittserklärung zum Vertrag beizufügen.

Ist eine Beitrittserklärung nicht notwendig, ist der AOK spätestens eine Woche nach Vertragsbeginn eine Präqualifizierungsbestätigung vorzulegen.

Die Ansprechpartner bei der AOK sind unter folgender Anschrift zu erreichen:

AOK Sachsen-Anhalt
FB Heil- und Hilfsmittel
16.30.11 Administration (Roßlau)
39084 Magdeburg

oder per E-Mail an: hilfsmittel@san.aok.de

Zum Abschluss des Vertrages sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Aktuell gültiges Präqualifizierungszertifikat einer zugelassenen Präqualifizierungsstelle
- Beitrittserklärung (Anlage 1) gemäß § 2 Abs. 2 und 3
- ggf. Erklärung zur Abrechnung über ein Abrechnungszentrum (Anlage 7.2)

Anlage 3 Rückholauftrag und Einlagerungsbestätigung

AOK Sachsen-Anhalt · 39084 Magdeburg

AOK Sachsen-Anhalt Die Gesundheitskasse.

8.10.2 KC Heil- und Hilfsmittel

Service-Hotline: 0800 226 5726
kostenfrei aus allen deutschen Netzen für Sie
24 Stunden täglich erreichbar

E-Mail: FBPostfachKCHimiPool@san.aok.de

Gesprächspartner:
Andrea Tiegs
Andrea Schärfke

Telefon: 0391 2878-43805
0391 2878-43885

Telefax: 0391 2878-843805
0391 2878-843885

Unser Zeichen:

Datum:

Rückholauftrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

als AOK Sachsen-Anhalt unterstützen wir unsere Versicherten mit Poolhilfsmitteln. Wichtig ist, dass wir die individuellen Eigenschaften und den aktuellen Zustand dieser Hilfsmittel kennen, um sie effektiv und zeitnah wiedereinzusetzen zu können.

Bitte veranlassen Sie die Rückholung für die in der/n Anlage/n aufgeführten Poolhilfsmittel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Erhalt dieses Schreibens.

Die Rückmeldung geben Sie uns bitte über einen elektronischen Kostenvoranschlag (Verwendungskennzeichen 18 = Einlagerung, 17 = Aussonderung) und den Rückmeldebogen als Anlage – Dokument/Image.

Bei Fragen sind wir gern für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre AOK Sachsen-Anhalt
Die Gesundheitskasse

Anlagen

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Traudel Gemmer Susanne Wiedemeyer
im jährlichen Wechsel

Vorstand
Ralf Dralle

BIC:

Commerzbank AG
Kto.: 758 881 100, BLZ 800 800 00
IBAN: DE36 8008 0000 0758 8811 00
DRESDEFF800

USt.-IdNr.: DE258393558
IK 101 097 008

HP010

Rückmeldung über einen EKOVO gemäß Anlage 6

IK- Leistungserbringer:

Name des Leistungserbringers:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Rückmeldung zum Wiedereinsatz laut Rückholauftrag vom

Inventarisierungsnummer:

Hilfsmittelpositionsnummer:

Hilfsmittel-Modell:

Anschaffungsdatum:

Seriennummer:

Information zu vorhandenem Zubehör am Hilfsmittel:

.....
.....

Verbindliche Zustandsangabe

- Note 1 - keine Reparatur erforderlich
.....
- Note 2 - Reparatur unter 150 € erforderlich
.....
- Note 3 - Reparatur über 150 € erforderlich (mit nachvollziehbarer Begründung)
.....
- Note 4 - Aussonderung (mit nachvollziehbarer Begründung)
.....

Betriebsstunden:

Anzahl Farben:

Vergrößerung/Display-Monitorgröße:

Nächste STK/MTK gemäß MPBetreibVO und MPG am

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Anlage 4 Leihvertrag (Muster)

zwischen

der AOK Sachsen-Anhalt

und

(Anrede Vorname Nachname)

geb. am: (Geb.-datum)

wohnhaft: (PLZ Ort, Straße HNR)

gesetzlicher Vertreter: (Vorname Nachname)

geb. am: (Geb.-datum)

wohnhaft: (PLZ Ort, Straße HNR)

Der Versicherte/der gesetzliche Vertreter bestätigt den Empfang des nachstehenden Hilfsmittels in einem ordnungsgemäßen und funktionstüchtigen Zustand:

Hilfsmittelbezeichnung

Inventarnummer:

Das Hilfsmittel wird dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen leihweise zur Nutzung überlassen. Es bleibt Eigentum der AOK Sachsen-Anhalt (vgl. §§ 598 ff. BGB).

Das Hilfsmittel ist pfleglich zu behandeln. Schäden, die durch grobe Fahrlässigkeit, Vorsatz oder missbräuchliche Benutzung entstehen, sind auf eigene Kosten beseitigen zu lassen.

Das Hilfsmittel ist gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Verlust zu sichern, nicht an andere Personen abzugeben bzw. zu verleihen.

Für Schäden, die aus dem Gebrauch des Hilfsmittels Dritten entstehen, haftet der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter.

Es wird empfohlen eine entsprechende Versicherung abzuschließen, um bei den oben genannten Schäden geschützt zu sein.

Entfallen die medizinischen oder die versicherungsrechtlichen Gründe für die Nutzung des Hilfsmittels, ist die AOK Sachsen-Anhalt bzw. der Leistungserbringer zu unterrichten. Das Hilfsmittel ist auf Verlangen zurückzugeben.

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK meine persönlichen Daten an einen anderen Leistungserbringer der AOK weitergibt und ihn damit beauftragt, das Hilfsmittel abzuholen.

Unterschrift der/s Anspruchsberechtigten/
Angehörigen/gesetzlichen Vertreter

Unterschrift/Stempel des
Leistungserbringers

Anlage 5 Genehmigungsverfahren Grundsätze

1. Die Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln nach diesem Vertrag und alle damit verbundenen Dienstleistungen sind genehmigungspflichtig (§ 19 SGB IV).
2. Es besteht Genehmigungspflicht für alle Reparaturen und Sicherheitstechnischen Kontrollen/Messtechnische Kontrollen über 77,00 EUR (brutto). Ist eine Reparatur im Rahmen eines Wiedereinsatzes erforderlich, besteht generelle Genehmigungspflicht. Grundlage für die Kalkulation der Reparaturen und Wartungen/STK/MTK ist der vereinbarte Stundenverrechnungssatz.
3. Bei vereinbarten Rückholpauschalen gilt der Rückholauftrag als Genehmigung, diese Rückholungen sind somit genehmigungsfrei. Individuell zu kalkulierende Rückholungen sind zur Genehmigung einzureichen. Es gilt folgender Prozess: erteilt die AOK einen Rückholauftrag, werden diese Produkte abgeholt und bewertet.

Für Produktgruppe 01, 03, 14, 21 gilt: Ergeben sich Aufwände, die mit der vereinbarten Pauschale nicht abgegolten sind (bei Reparaturen) erfolgt generell ein EKOVO für die Reparatur („gebucht“ wird dies auf den Versicherten, von dem das Hilfsmittel zurückgeholt wurde). In diesem EKOVO ist die Rückholpauschale mit aufzuführen.

4. Eine nachträgliche Genehmigung ist nicht möglich. Abrechnungen für genehmigungspflichtige Hilfsmittelversorgungen, die keinen Genehmigungsvermerk der AOK enthalten, werden vollständig abgewiesen.
5. Die AOK behält sich vor, das Genehmigungsverfahren regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls einseitig zu ändern. Über die Änderungen informiert die AOK die Leistungserbringer mit einer Vorlaufzeit von 2 Monaten.

Anlage 6 Hinweise zum EKOVO-Verfahren (Elektronischer Kostenvoranschlag)

Die Leistungserbringer sollen Kostenvoranschläge elektronisch übermitteln.

Weitere Informationen zum EKOVO-Verfahren sind im AOK-Gesundheitspartnerportal abrufbar.

Ohne Inventarnummer erfolgt keine Bearbeitung!

Für Rückholungen und Aussonderungen gelten spezielle Anforderungen an den EKOVO:

Rückholungen

1. Angabe der **Inventarnummer**

2. In der ersten **Hilfsmittelpositionszeile:**

- Landesspezifische Hilfsmittelpositionsnummer: 9900000099 „Poolverfahren“
- Verwendungskennzeichen: 18 „Rückholung“
- Betrag: 0,00 EUR

In der zweiten **Hilfsmittelpositionszeile:**

- tatsächliche bundeseinheitliche Hilfsmittelpositionsnummer (10-Steller)
- Verwendungskennzeichen: 18 „Rückholung“
- Betrag: Rückholpauschale/Summe Kostenvoranschlag

Aussonderung

1. Angabe der **Inventarnummer**

2. In der ersten **Hilfsmittelpositionszeile:**

- Landesspezifische Hilfsmittelpositionsnummer: 9900000099 „Poolverfahren“
- Verwendungskennzeichen: 17 "Aussonderung"
- Betrag: 0,00 EUR

In der zweiten **Hilfsmittelpositionszeile:**

- tatsächliche bundeseinheitliche Hilfsmittelpositionsnummer (10-Steller)
- Verwendungskennzeichen: 17 "Aussonderung"
- Gesamtbetrag: 0,01 EUR

Anlage 7 Abrechnungsverfahren nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V - Datenträgeraustausch (DTA)

7.1 Grundsätze

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.

Ohne Inventarnummer erfolgt keine Rechnungsbegleichung.

Bei der Abrechnung ist immer die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer anzugeben, die das jeweilige Einzelprodukt angibt.

Alle angegebenen Vertragspreise sind Nettopreise und beinhalten nicht die gesetzliche Umsatzsteuer.

Die Abrechnungsunterlagen haben folgende Angaben zu beinhalten:

- Leistungserbringerschlüssel (AC/TK)
- Name, Anschrift und IK des Auftragnehmers
- Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, KV-Nummer)
- Name, Anschrift und Arztnummer (Vertragsarztnummer oder lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer) des Verordners
- IK des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements (Betriebsstättennummer 75* und Pseudoarztnummer 4444444XX)
- Beschreibung der Versorgung
- Genehmigungsvermerk bei genehmigungspflichtigen Leistungen ist das Genehmigungskennzeichen
- bei einer höherwertigen Versorgung mit Mehrkostenerklärung ist der jeweilige Betrag anzugeben
- Nettogesamtpreis
- gesetzliche Umsatzsteuer
- Bruttogesamtpreis
- gesetzliche Zuzahlung des Anspruchsberechtigten

Folgende Unterlagen sind bei der Abrechnung einzureichen:

a) Neuversorgung

- Ärztliche Verordnung
- Leihvertrag (Anlage 4)
- Genehmigung der AOK/Genehmigungskennzeichen

b) Wiedereinsatz

- Ärztliche Verordnung
- Leihvertrag (Anlage 4)
- Genehmigung der AOK/Genehmigungskennzeichen
- Nachweis über Reparaturkosten mit Zeit- und Materialnachweis

c) Reparatur/Wartung/STK/MTK

- Reparaturbestätigung mit Zeit- und Materialnachweis/Wartungsprotokoll ggf. vom Hersteller
- Protokoll STK/MTK
- Genehmigung/Genehmigungskennzeichen bei genehmigungspflichtigen Reparaturen
- Unterschrift des Anspruchsberechtigten nach erfolgter Reparatur/Wartung/STK/MTK

d) Rückholung

- Rückholauftrag
- Genehmigter Kostenvoranschlag bei individuell kalkulierten Rückholungen
- Genehmigung der AOK/Genehmigungskennzeichen

Die Urbelege sind an folgende Anschrift zu übermitteln:

AOK Sachsen-Anhalt
Postverteilernummer 16.30.3
39084 Magdeburg

Die Datenträger sind an folgende Datenträgerannahmestelle zu übermitteln:

ARGE AOK Rechenzentrum
Datenannahme und Verteilung
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen

7.2 Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V

1. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	<input type="text"/>
2. Name und Anschrift des Leistungserbringers	_____ _____
3. Name des Inhabers	_____
4. Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums (dieses ist beim Abrechnungszentrum zu erfragen)	<input type="text"/>
5. Name und Anschrift des Abrechnungszentrums	_____ _____
6. Beginn der Abrechnung (Angabe des Datums aus dem Vertrag)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Ende der Abrechnung (Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Diese Erklärung zur Abrechnung gilt auch für die Institutionskennzeichen folgender Betriebsstätten: (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen)

<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								

Sollte für die Betriebsstätten ein anderes Rechenzentrum als unter Punkt 5 genannt oder ein anderes IK des Abrechnungszentrums (Punkt 4) gelten, füllen Sie bitte eine gesonderte Erklärung zur Abrechnung aus.

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. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto.

2. Abrechnungserklärung

Die schuldbefreiende Wirkung an das Abrechnungszentrum beruht auf folgender Grundlage (Bitte jeweils das Zutreffende ankreuzen):

- Ich bin weiterhin Inhaber vorgenannter Forderungen, habe aber die vorbezeichnete Person/Firma mit der Forderungsabrechnung bzw. dem -einzug beauftragt. Die Beauftragung gilt bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber der Auftraggeberin als bestehend.

oder

- Ich habe vorgenannte Forderungen am an vorbezeichnete Person/Firma abgetreten. Die Forderungsabtretung umfasst alle bestehenden und künftig o. g. Forderungen. Eine Rücknahme dieser Anzeige ist nur mit Zustimmung des neuen Forderungsinhabers wirksam.

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 Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten und personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung des Auftragnehmers zu verarbeiten.

Dem Leistungserbringer ist Nachfolgendes bekannt:

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)

Anlage 8 Preisliste MT-Poolvertrag

Hinweise zur Anwendung der Preisliste

- 1) Der in der letzten Spalte angegebene Umsatzsteuersatz betrifft immer die Neulieferungen und die damit in Verbindung stehenden Zubehörere. Rückhol- und Wiedereinsatzpauschalen und die damit in Verbindung stehenden Zubehörere/Reparaturen/Wartungen/STK werden generell mit dem allgemeinen UST zum Ansatz gebracht.
- 2) Ist eine Reparatur im Rahmen eines Wiedereinsatzes erforderlich, gelten die Bedingungen der Anlage 5 entsprechend. Das VWKZ 01 ist bei allen in der Preisliste 8 enthaltenen Positionen anwendbar. Grundlage für die Kalkulation der Reparaturen und Wartungen/STK/MTK ist der vereinbarte Stundenverrechnungssatz in Höhe von 43,20 EUR (netto).
- 3) Für Rückholungen und Aussonderungen gelten die Regelungen der Anlage 6 entsprechend.

Bitte alle Angaben in EURO

Hilfsmittelgebührenspositionennummer	Bezeichnung des Hilfsmittels	Rabatt auf LVP* bei Neulieferung und Zubehör mit VWKZ 00/05/12	Rückholpauschale mit VWKZ 18 unter 5)	Wiedereinsatzpauschale mit VWKZ 02	Wartung/STK	Aussonderung	zzgl. UST	Kriterienkatalog PQNr.
PG 01	Absauggeräte							
012401	Sekret-Absauggeräte, netzabhängig							01B10
012402	Sekret-Absauggeräte, netzunabhängig							01B10
012403	Sekret-Absauggeräte mit Inhalator, netzabhängig							01B10
012404	Sekret-Absauggeräte mit Inhalator, netzunabhängig							01B10
0135011	Milchpumpen, elektrisch betrieben							01A10
PG 02	Adaptionshilfen							
0240072	Umblättermittel, elektrisch							02A

Hilfsmittelgebührenscheidungsnummer	Bezeichnung des Hilfsmittels	Rabatt auf LVP* bei Neulieferung und Zubehör mit VWKZ 00/05/12	Rückholpauschale mit VWKZ 18 unter 5)	Wiedereinsatzpauschale mit VWKZ 02	Wartung/STK	Aussonderung	zzgl. UST	Kriterienkatalog PQNr.
PG 03	Applikationshilfen							
032908	Pumpen zur Infusions-/Arzneimitteltherapie, elektromotorisch, netzabhängig							03E11
032909	Pumpen zur Infusions-/Arzneimitteltherapie, elektromotorisch, netzunabhängig							03E11
032910	Spritzenpumpen, elektromotorisch, netzabhängig							03E11
032911	Spritzenpumpen, elektromotorisch, netzunabhängig							03E11
033607	Ernährungspumpen zur enteralen Ernährungstherapie							03E11
039904	Infusionspumpen (mechanisch, hydraulisch, pneumatisch)							03E11
PG 07	Blindenhilfsmittel							
075002	Elektronische Blindenleitgeräte							07B
079901	Geräte z Umwandlung Schwarzschrift in Braille-Schrift u. synthetische Sprache							07C10
079902	Geräte z Umwandlung Schwarzschrift in Braille-Schrift u. synthetische Sprache							07C10
079903	Spezielle Hard- und Software zur behinderungsgerechten Anpassung von Computern							07C10

Hilfsmittelgebührenscheidungsnummer	Bezeichnung des Hilfsmittels	Rabatt auf LVP* bei Neulieferung und Zubehör mit VWKZ 00/05/12	Rückholpauschale mit VWKZ 18 unter 5)	Wiedereinsatzpauschale mit VWKZ 02	Wartung/STK	Aussonderung	zzgl. UST	Kriterienkatalog PQNr.
079904	Spezielle Geräte für Blinde							07C10
0799052	Drucker mit Brailleausgabe							07C10
0799053	Brailleschreibmaschinen							07C10
079907	Elektromechanische und elektronische Geräte zum Prägen von Brailleschrift							07C10
PG 09	Elektrostimulationsgeräte							
093001	Monophasische Elektrotherapiegeräte bei Hautfunktionsstörungen							09A
PG 14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte							
142401	Inhalationsgeräte für untere Atemwege							14D
1424012	Inhalationsgeräte für untere Atemwege							14D
142402	Inhalationsgeräte für obere Atemwege							14D
142404	Sauerstofftherapiegeräte, Druckgasfülleinheiten							14F
142405	Sauerstofftherapiegeräte, Druck- und Flüssiggas							14F
142406	Sauerstoffkonzentratoren							14F
1424083	In/Exsuflatoren							14E11
1424084	Abklopf- und Vibrationssysteme für thorakale Anwendung							14E11
142409	Beatmungsgeräte							14G11
142412	Beatmungsgeräte							14G11
142413	Beatmungsgeräte							14G11

Hilfsmittelgebührenscheidungsnummer	Bezeichnung des Hilfsmittels	Rabatt auf LVP* bei Neulieferung und Zubehör mit VWKZ 00/05/12	Rückholpauschale mit VWKZ 18 unter 5)	Wiedereinsatzpauschale mit VWKZ 02	Wartung/STK	Aussonderung	zzgl. UST	Kriterienkatalog PQNr.
142414	Ergänzungen für respiratorische Systeme							14G11
142417	Atemgasbefeuchter							14G11, 14A11
142420	CPAP-System							14A11
142421	Auto-CPAP-System							14A11
142422	Bilevel-System							14A11
142423	Auto-Bilevel-CPAP-System							14A11
142424	Bilevel-CPAP-System mit ST-Funktion							14A11
142425	Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen							14G11
PG 16	Kommunikationshilfen							
169901	Einfache Kommunikationshilfen/Symbolsysteme							16A
169902	Statische Systeme mit Sprachausgabe							16A
169903	Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe							16A
169904	Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung							16A
169905	Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme							16A
169906	Halterungen zu Kommunikationshilfen							16A
169907	Sprachverstärker							16A
169908	Signalanlagen							16A

Hilfsmittelgebührenscheidungsnummer	Bezeichnung des Hilfsmittels	Rabatt auf LVP* bei Neulieferung und Zubehör mit VWKZ 00/05/12	Rückholpauschale mit VWKZ 18 unter 5)	Wiedereinsatzpauschale mit VWKZ 02	Wartung/STK	Aussonderung	zzgl. UST	Kriterienkatalog PQNr.
PG 17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie							
179901	Apparate zur Kompressionstherapie, Einstufen- oder Mehrstufengeräte							17E
179901	Apparate zur Impuls-Kompressionstherapie							17E
1799010	Einstufengeräte							17E
1799011	Mehrstufengeräte							17E
1799020	Impulskompressionstherapiegeräte							17E
PG 21	Messgeräte für Körperzustände,- funktionen							
213001	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern							21A
213002	Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle							21A
213401	Blutgerinnungsmessgerät							21B10
214601	Überwachungsgeräte für Epilepsie- kranke							21A
219901	Personenwaagen							21B10
PG 25	Sehhilfen							
252185	stationäre Bildschirmlesegeräte							25F
252185	mobile Bildschirmlesegeräte							25F

* Listenverkaufspreis