

Rahmenvertrag

über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Orthopädie- und Medizintechnik
sowie mit Rehabilitationsmitteln
nach § 127 Abs. 1 SGB V

vom 29. Mai 2019

zwischen der

**Orthopädietechniker-Innung
Südwest**
Burgstraße 39
67659 Kaiserslautern

AC/TK 15 09 RV2

- im Folgenden Innung genannt -

dem

**Fachverband für Orthopädie- und Reha-Technik,
sowie Sanitätsfachhandel Rheinland-Pfalz e.V.**
Burgstraße 39
67659 Kaiserslautern

- im Folgenden Fachverband genannt -

und den hierzu Beigetretenen

- im Folgenden Leistungserbringer genannt -

und der

**AOK - Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz/Saarland**
Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

- im Folgenden AOK RPS genannt -

Präambel

Dieser Rahmenvertrag regelt übergreifend sowie zusammenfassend die Rechte und Pflichten zur Durchführung einer Hilfsmittelversorgung zwischen dem Leistungserbringer und der AOK RPS. Durch diesen Rahmenvertrag werden ebenso die bestehenden Hilfsmittelversorgungsverträge inhaltlich ergänzt.

§ 1 Gegenstand des Rahmenvertrages

- (1) Gegenstand dieses Rahmenvertrages sind grundlegende vertragliche Rechte und Pflichten in Zusammenhang mit der Abgabe, Lieferung, Anpassung und Herstellung von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V und § 47 SGB IX als auch von Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI durch den einzelnen Leistungserbringer.
- (2) Dieser Rahmenvertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln sowie Pflegehilfsmitteln. Soweit im diesem Rahmenvertrag nur die Versorgung mit Hilfsmitteln erwähnt wird, sind damit auch die Pflegehilfsmittel gemeint.
- (3) Dieser Rahmenvertrag ergänzt die Hilfsmittelversorgungsverträge in den jeweils geltenden Fassungen.
- (4) Zum Rahmenvertrag gehören folgende Anlagen und sind verbindlicher Bestandteil:
 - Anlage 1** Anerkenntnis- und Beitrittserklärung
 - Anlage 2** Muster für Versichertenerklärung zu den Mehr- sowie Folgekosten
 - Anlage 3** Muster für Leihvertrag, Empfangsbestätigung und Rückholung
 - Anlage 4** Muster für Empfangsbestätigung und Eigentumsübertragung
 - Anlage 5** Elektronischer Kostenvoranschlag
- (5) Zur Versorgung mit den aufgeführten Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln ist der Leistungserbringer nur berechtigt, wenn und solange ein Anspruch des Versicherten nach § 33 Abs. 1 SGB V, § 47 SGB IX und § 40 Abs. 1 bis Abs. 3 SGB XI besteht.
- (6) Sofern Leistungserbringer nur einzelne Hilfsmittel bzw. Produktgruppen abgeben, liefern, anpassen oder herstellen, gilt für sie dieser Rahmenvertrag auch dann, wenn sie ansonsten keinem weiteren Hilfsmittelversorgungsvertrag der AOK RPS beigetreten sind bzw. lediglich einen Teilbeitritt zu einem Hilfsmittelversorgungsvertrag der AOK RPS erklärt haben.

§ 2 Vertragsparteien

Dieser Rahmenvertrag gilt zwischen der AOK RPS und

- a. der Innung;
- b. dem Fachverband;
- c. den Leistungserbringern, die Mitglieder der Innung bzw. des Fachverbandes sind, soweit sie die Anerkenntnis- und Beitrittserklärung (**Anlage 1**) unterzeichnet haben und die Voraussetzungen zur Versorgung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllen. Die **Anlage 1** ist zu unterschreiben und an die AOK RPS im Original zu übersenden;

- d. den anderen Leistungserbringern bzw. Leistungserbringerverbänden, die diesem Rahmenvertrag nach **Anlage 1** beigetreten sind und die Voraussetzungen zur Versorgung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllen. Die unterschriebene **Anlage 1** ist an die AOK RPS stets im Original zu übersenden.

§ 3

Eignung des Leistungserbringers

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur berechtigt, wenn er die Präqualifizierungskriterien in der jeweils geltenden Fassung nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V erfüllt und dies durch Vorlage eines Zertifikates einer geeigneten Stelle gegenüber der AOK RPS mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts zum Rahmenvertrag nachweist. Die zu erfüllenden Präqualifizierungskriterien richten sich nach den abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden und herzustellenden Hilfsmitteln, mit denen der Leistungserbringer die Versicherten zu versorgen beabsichtigt.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien vor oder spätestens mit Erklärung des Beitritts nach **Anlage 1** nachzuweisen.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK RPS schriftlich mitzuteilen.
- (4) Erfüllt der Leistungserbringer die Präqualifizierungskriterien nicht, nicht mehr oder nicht mehr vollständig, entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK RPS. Sofern laufende, individuell anzupassende und herzustellende Versorgungsleistungen betroffen sind, können im Einzelfall abweichend von Satz 2 Vergütungsansprüche geltend gemacht werden.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung bzw. Versorgung

- (1) Die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Hilfsmitteln sowie der damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Die Versorgung darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die AOK RPS nicht bewilligen (§12 Abs. 1 SGB V, § 29 Abs. 1 SGB XI).
- (2) Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V und § 78 Abs. 2 SGB XI beschriebenen allgemeinen, medizinischen, pflegerischen, indikationsbezogenen und technischen Anforderungen sowie Ausstattungen stellen die Mindestanforderungen der abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden und herzustellenden Hilfsmittel dar. Umzusetzen sind in der jeweils geltenden Fassung insbesondere die Vorschriften der Verordnung EU 2017/745 (MDR), des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG), die Aufgaben aus der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV), soweit der Leistungserbringer diese tatsächlich erfüllen kann, sowie der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten mit den erforderlichen Hilfsmitteln und stellt deren fehlerfreie Beschaffenheit, Betriebssicherheit und Funktionsfähigkeit sicher.

- (3) Neben der Abgabe, Lieferung, Anpassung und Herstellung von Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer Dienst- und Serviceleistungen durchzuführen, um dadurch eine fachgerechte und sichere Hilfsmittelversorgung des Versicherten über die gesamte Versorgungsdauer des tatsächlichen Hilfsmiteleinsatzes zu gewährleisten. Soweit die Hilfsmittelversorgungsverträge den Umfang der Dienst- und Serviceleistungen nicht besonders regeln, gelten die Bestimmungen dieses Rahmenvertrages. Unter den Dienst- und Serviceleistungen sind alle Maßnahmen zu verstehen, die neben der Bereitstellung der Hilfsmittel notwendigerweise mit der Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang stehen und dem Erhalt der Funktionsfähigkeit sowie der technischen Sicherheit dienen, worunter insbesondere die Durchführung notwendiger Instandhaltungen und Reparaturen, sicherheitstechnischer Kontrollen sowie Wartungen fallen.
- (4) Grundsätzlich hat der Leistungserbringer neue Hilfsmittel und keine gebrauchten oder neuwertigen Hilfsmittel abzugeben, zu liefern, anzupassen sowie bei der Herstellung eines Hilfsmittels nur neue Produkte bzw. Komponenten zu verwenden oder einzubauen; hiervon ausgenommen sind Hilfsmittel, die im Rahmen des Wiedereinsatzes und nach § 12 abgegeben werden. Im Einzelfall können zwischen dem Leistungserbringer und der AOK RPS Ausnahmen von Satz 1, 1. Teilsatz vertraglich vereinbart werden. Hilfsmittel, die ein Mindesthaltbarkeitsdatum aufweisen, sind nach Ablauf dieses Datums nicht abzugeben; unterschreitet das Mindesthaltbarkeitsdatum den voraussichtlichen Versorgungszeitraum, sind diese Hilfsmittel, obwohl das Mindesthaltbarkeitsdatum noch nicht abgelaufen ist, ebenfalls nicht abzugeben. Bei der Reparatur eines Hilfsmittels hat der Leistungserbringer nur neue Ersatz- und Verbrauchsteile zu verwenden oder einzubauen, es sei denn, dass im Kostenvorschlag die Verwertung bzw. Verwendung von gebrauchten Teilen ausdrücklich erwähnt wird.
- (5) Leistungen nach diesem Rahmenvertrag und den Hilfsmittelversorgungsverträgen dürfen vom Leistungserbringer nur erbracht werden, wenn sich dessen Präqualifizierung auf die gesamte vertragsärztliche Verordnung erstreckt. Der Leistungserbringer hat keinen vertraglichen Versorgungsanspruch auf Durchführung von Teilleistungen, für die er keine Präqualifizierung hat.
- (6) Die individuelle Anpassung oder Herstellung von Hilfsmitteln muss sowohl medizinisch als auch fachlich notwendig sein; die fachliche Notwendigkeit ist vom Leistungserbringer nachvollziehbar zu begründen und durch entsprechende Informationen nachzuweisen.
- (7) Zur Erfüllung der jeweiligen Pflichten aus diesem Rahmenvertrag sowie den Hilfsmittelversorgungsverträgen hat der Leistungserbringer fachlich qualifizierte Mitarbeiter oder Dritte einzusetzen. Alle Mitarbeiter und beauftragte Dritte, die mit der Abgabe, Lieferung, Anpassung und Herstellung von Hilfsmitteln betraut oder beauftragt sind, sind auf die abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden und herzustellenden Hilfsmittel durch den Hersteller oder eine durch den Hersteller befugte Person entsprechend zu schulen, zu validieren und anschließend auf dem neuesten Stand der insbesondere produktbezogenen Hilfsmittelversorgung weiterzubilden. Weiterbildungsnachweise sind auf Verlangen der AOK RPS zu übersenden. Für beauftragte Dritte haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.
- (8) Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung stellt die Information, Aufklärung und Beratung sowie Anleitung, Ausbildung und Schulung in Gebrauch und Pflege der Hilfsmittel eine eigenständige Vertragspflicht dar, die nicht gesondert berechnet werden kann, es sei denn, die Hilfsmittelversorgungsverträge treffen eine abweichende Regelung.

§ 5 Vertragsärztliche Verordnung

- (1) Grundsätzlich bedarf die Durchführung einer Hilfsmittelversorgung einer vertragsärztlichen Verordnung. Hilfsmittelversorgungsverträge können Abweichungen von der Verordnungserforderlichkeit regeln. Stets erforderlich ist eine vertragsärztliche Verordnung für die erstmalige Versorgung mit Hilfsmitteln und bei medizinisch gebotener Änderung der ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung. Ohne vertragsärztliche Verordnung nach Satz 3 entsteht kein vertragliches Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Für eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements ist § 39 Abs. 1a Satz 7, 2. Teilsatz 1. Var. SGB V anzuwenden. Als Verordnung gilt auch die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung in einem Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 18 Abs. 6a SGB XI (sog. fiktive Verordnung).
- (2) Aus der Verordnung hat die Diagnose hervorzugehen. Fehlen auf einer vertragsärztlichen Verordnung Angaben, insbesondere die Diagnose, oder ergeben sich hieraus Zweifel an der durchzuführenden Hilfsmittelversorgung, so dürfen Ergänzungen oder Berichtigungen nur vom ausstellenden Vertragsarzt, vom Leistungserbringer nur ausnahmsweise und nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt, vorgenommen werden. In diesem Ausnahmefall nimmt der Leistungserbringer eine Ergänzung oder Berichtigung vor und begründet diese auf der Verordnung oder einem Beiblatt unter Angabe des Zeitpunktes des Gespräches mit dem Vertragsarzt. Der Leistungserbringer ist nicht befugt, die vertragsärztliche Verordnung eigenmächtig zu ändern. Bei fehlerhaften oder unvollständigen Angaben in der vertragsärztlichen Verordnung kann die AOK RPS auch die durchgeführte Versorgung zurückweisen, sofern keine nachträgliche Korrektur durch den Vertragsarzt erfolgt.
- (3) Wird die vertragsärztliche Verordnung vom Leistungserbringer später als vier Wochen nach ihrer Ausstellung angenommen, so ist die AOK RPS nicht mehr zur Kostenübernahme verpflichtet.
- (4) Die AOK RPS behält es sich vor gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf bestimmte Hilfsmittel die Verordnungspflicht durch Vertragsärzte jederzeit einzuführen, abzuschaffen oder eine bestimmte Genehmigungsfreigrenze festzulegen.

§ 6 Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten über die Eignung eines Hilfsmittels zur Sicherung der Krankenbehandlung, zur Vorbeugung oder zum Ausgleich einer Behinderung vollständig und bedarfsgerecht vor der Abgabe, Lieferung, Anpassung oder Herstellung des Hilfsmittels zu informieren, aufzuklären und zu beraten. Dem Versicherten sind mehrkostenfreie Alternativen der Hilfsmittelversorgung aufzuzeigen. Auf Nachfrage der AOK RPS teilt der Leistungserbringer unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelnummer mit, welche Hilfsmittel er mehrkostenfrei zur Versorgung vorhält. Bei der Auswahl der mehrkostenfreien Hilfsmittel hat der Leistungserbringer die individuelle Versorgungssituation des Versicherten zu berücksichtigen. Besonders ist der Versicherte darüber aufzuklären, dass die medizinisch notwendige Hilfsmittelversorgung mehrkostenfrei zu erfolgen hat. Diese Information, Aufklärung und Beratung schuldet der Leistungserbringer nicht nur gegenüber dem Versicherten, sondern auch gegenüber der AOK RPS zur Vertragserfüllung. Soweit dies nicht gegenüber dem Versicherten erfolgen kann, sind auch dessen Angehörige bzw. andere Personen, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. be-

auftrag sind, zu informieren, aufzuklären oder zu beraten; Satz 5 gilt entsprechend. Soweit der Leistungserbringer zur Erfüllung der Informations-, Aufklärungs- und Beratungspflicht Dritte beauftragt, haftet er für diese in gleichem Umfang wie für eigenes Verschulden.

- (2) Die Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten nach Absatz 1 ist schriftlich zu dokumentieren (**Anlage 2**); insbesondere hat der Leistungserbringer zu bestätigen, dass er mehrkostenfreie Hilfsmittel dem Versicherten konkret angeboten hat. Zu erfassen und zu dokumentieren ist auch die Höhe der Mehrkosten sowie der Hinweis, dass die durch die Mehrkosten bedingten Folgekosten ebenfalls vom Versicherten zu tragen sind. Findet ein Wechsel des Leistungserbringers statt, schuldet der neue Leistungserbringer die Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten nach Absatz 1 sowie die Dokumentation nach diesem Absatz. Auf Verlangen der AOK RPS übersendet der Leistungserbringer die Dokumentation über die durchgeführte Information, Aufklärung sowie Beratung des Versicherten. Sofern keine schriftliche Dokumentation über die Information, Aufklärung und Beratung vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Information, Aufklärung und Beratung stattfand; § 3 Abs. 4 Satz 2 ist anzuwenden.
- (3) Keine Dokumentationspflicht besteht, soweit der Versicherte mehrkostenfrei mit Hilfsmitteln versorgt worden ist oder es sich um eine vertragsärztliche Folgeverordnung mit identischer Indikation und Hilfsmittelversorgung handelt. Letzteres gilt nur, solange die vorherige Versorgung nicht länger als 7 Monate zurückliegt.
- (4) Soweit dies erforderlich ist, sind die Information, Aufklärung und Beratung im Rahmen Nachbetreuung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. in der Häuslichkeit oder im Krankenhaus) durchzuführen. Ebenfalls sind Angehörige bzw. andere Personen, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. beauftragt sind, gemäß Satz 1 zu informieren, aufzuklären oder zu beraten, soweit der Versicherte die notwendige Hilfsmittelversorgung nur mit Hilfe der Angehörigen bzw. des Pflegepersonals durchführen kann. Der Umstand, dass nicht der Versicherte, sondern Angehörige bzw. andere Personen, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. beauftragt sind, informiert, aufgeklärt und beraten worden sind, ist in der Dokumentation zu vermerken; auch die Örtlichkeit, wo die Maßnahme erfolgte.

§ 7

Anleitung, Ausbildung und Schulung in Gebrauch und Pflege

- (1) Vor der endgültigen Abgabe der Hilfsmittel schuldet der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten die Anleitung, Ausbildung und Schulung in den Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels, damit der Versicherte die Hilfsmittel zweckmäßig und sicher anwenden, verwenden, bedienen und Funktionsfehler, Beschädigungen sowie Verletzungen vermeiden kann.
- (2) Es unterliegt der fachlichen Einschätzung des Leistungserbringers, wie die notwendige Anleitung, Ausbildung und Schulung in den sachgerechten Gebrauch und Pflege der Hilfsmittel im konkreten Versorgungsfall durchzuführen ist. Die Anleitung, Ausbildung und Schulung in den ordnungsgemäßen sowie zweckbestimmten Gebrauch und Pflege des Hilfsmittels umfasst insbesondere:
 - Anleitung in die wirtschaftliche, sachgerechte, hygienische und sichere Anwendung, Anpassung sowie Handhabung des Hilfsmittels unter Beachtung der Herstellerangaben, Gebrauchsanweisung und konkreten Versorgungssituation des Versicherten

- falls erforderlich Einübung der Anwendung, Anpassung, Verwendung und Handhabung der Hilfsmittel
 - Erläuterung der Funktionsweise, Bedienung und Bedienungselemente des Hilfsmittels entsprechend der Herstellerangaben, Gebrauchsanweisung und Zweckbestimmung
 - Erläuterung des ordnungsgemäßen Zustandes und Funktion sowie der regelgerechten Funktionsprüfung (z.B. Durchführung eines Selbsttests) vor dem Einsatz und Gebrauch sowie nach der Reinigung und Pflege des Hilfsmittels
 - Anleitung in die notwendige Reinigung und Pflege des Hilfsmittels auch auf hygienischen Grundlagen
 - Anleitung in die notwendigen Montage- bzw. Demontearbeiten – soweit dies für die sachgemäße Anwendung, Verwendung, Funktion, Reinigung bzw. Pflege des Hilfsmittels, der zugehörigen Komponenten, des Zubehörs und des benötigten Verbrauchsmaterials notwendig ist
 - Erläuterung der sicherheitstechnischen Informationen, insbesondere der Kontrolle der korrekten Funktionsweise und der äußerlichen Unversehrtheit des Hilfsmittels nebst Maßnahmen und Verhaltensregeln bei Störungen und Fehlfunktionen des Hilfsmittels (z.B. Mitteilung der Störung bzw. Fehlfunktion, Abstimmung der weiteren Vorgehens- und Verhaltensweise mit versorgenden Leistungserbringer)
 - Informationen zur Gefahrvermeidung durch Fehlgebrauch, d.h. häufigsten Fehler bei Gebrauch, Anwendung, Reinigung und Pflege des Hilfsmittels sowie der Kombination des Hilfsmittels mit Zubehör und sonstigen notwendigem Verbrauchsmaterial
 - Feststellung und Kontrolle, ob die einzelnen Schritte im Rahmen der Anleitung, Ausbildung und Schulung zum zweckmäßigen und sicheren Gebrauch und Pflege des Hilfsmittels vom Versicherten verstanden worden sind
 - Übergabe der Gebrauchsanweisung, sicherheitstechnischen Informationen (insbesondere sicherheitstechnischen Kontroll- und Wartungsfristen oder -intervalle), Instandhaltungshinweise als auch Informationen zur Gefahrenvermeidung an den Versicherten
 - Wiederholung der Anleitung, Ausbildung und Schulung bei Bedarf und auf Veranlassung des Versicherten, eines Angehörigen bzw. einer anderen Person, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. beauftragt ist.
- (3) Die notwendige Anleitung, Ausbildung und Schulung in den Gebrauch und Pflege der Hilfsmittel ist auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. in der Häuslichkeit oder im Krankenhaus) durchzuführen. Das gilt auch gegenüber Angehörigen bzw. andere Personen, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut oder beauftragt sind, soweit der Versicherte den notwendigen Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln nur mit Hilfe Dritter durchführen kann.
- (4) Die einzelnen Anleitungs-, Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen gemäß Absatz 2 und die erforderliche Wiederholung (Nachbetreuung) sind in geeigneter Form zu dokumentieren. Zu dokumentieren ist ebenso, wem gegenüber und wo die Maßnahmen gemäß Satz 1 erfolgt sind. Der Leistungserbringer übersendet auf Verlangen der AOK RPS die Dokumentation über die durchgeführten Anleitungs-, Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen. Sofern keine Dokumentation über die erfolgten Anleitungs-, Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Anleitungs-, Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen stattfanden; § 3 Abs. 4 Satz 2 ist anzuwenden.
- (5) Soweit die jeweiligen Hilfsmittelversorgungsverträge keine besonderen vertraglichen Regelungen zur Anleitung, Ausbildung und Schulung in Gebrauch und Pflege der abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden und herzustellenden Hilfsmittel vorgehen, gelten die rahmenvertraglichen Bestimmungen.

§ 8 Kostenvoranschlag

- (1) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer ein Kostenvoranschlag zu erstellen. Von der Erstellung eines Kostenvoranschlags kann die AOK RPS generell in Hilfsmittelversorgungsverträgen absehen.
- (2) Nach Annahme einer vertragsärztlichen Verordnung wird der Kostenvoranschlag vom Leistungserbringer in angemessener Zeit und vor Ablauf der rahmenvertraglich geregelten Fristen erstellt und umgehend der AOK RPS übermittelt.
- (3) Der Kostenvoranschlag enthält folgende Angaben und Anlagen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift);
 - Angaben zum Versicherten (Krankenversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift), wenn sich der Versicherte in einer Pflegeeinrichtung, einem Hospiz oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe o. ä. befindet, ist dies bei Kenntnis auf dem Kostenvoranschlag besonders kenntlich zu machen;
 - vertragsärztliche Verordnung ggf. in Kopie;
 - Hersteller, genaue Modell-, Artikel- oder Produktbezeichnung mit der Angabe der maßgebenden Parameter (z. B. Sitzbreite und Sitzhöhe bei Rollstühlen) und Zubehör, Zurichtungen sowie besondere Ausstattungsmerkmale;
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gemäß § 139 SGB V bzw. Abrechnungspositionsnummer nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen sowie den Richtlinien zum Datenträgeraustausch und Pharmazentralnummer (PZN). Die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlags anzugeben;
 - Wirknachweise des Herstellers nebst Begründung, warum keine im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte verwendet werden können;
 - Versorgungszeitraum, insbesondere bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln;
 - Netto- und Bruttopreis; sofern sich die Versorgung aus mehreren Einzelprodukten zusammensetzt, ist für sämtliche Einzelpositionen der vereinbarte Preis (ggf. unter Berücksichtigung des vereinbarten Abschlags oder Rabattes auf den Herstellerlistenpreis für jede Position) anzugeben;
 - bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln die Registernummer und der Abfragebeleg über die Poolabfrage (MIP-Beleg);
 - bei Rehabilitationshilfsmitteln, z. B. konfigurierten Rollstühlen, sind die Herstelleranpassbögen beizufügen;
 - bei komplexen oder schwierigen Hilfsmittelversorgungen ist die Versorgungssituation zusätzlich durch eine Fotodokumentation aufzuzeigen;
 - bei Reparaturen ist eine detaillierte Auflistung der anfallenden Arbeiten und benötigten Ersatzteile einzureichen und bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln stets die Registernummer anzugeben. Die Verwendung von gebrauchten Ersatzteilen ist anzugeben. Bei Fremdreparaturen, z. B. durch den Hersteller, ist der Kostenvoranschlag bzw. die Rechnung des Herstellers beizufügen. Hinweise über Schäden am Hilfsmittel, die auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen sind, sind auf dem Kostenvoranschlag anzugeben. Bis zur Klärung sind die beschädigten Teile durch den Leistungserbringer zur Beweissicherung bis zu 6 Monaten aufzubewahren; vor deren Entsorgung ist die AOK RPS einzuschalten. Soweit dies zweckdienlich, für die Nachvollziehbarkeit oder Beweisbarkeit nötig ist, ist eine Fotodokumentation anzufertigen und auf Verlangen der AOK RPS zu übermitteln;
 - Herstellerangaben und -nachweise für die Erforderlichkeit und den Umfang der durchzuführenden sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen.

- (4) Ist an Stelle einer grundsätzlich möglichen Standardversorgung zwingend eine Sonderanfertigung oder Sonderausführung abzugeben, ist die Hilfsmittelversorgung nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Anderenfalls ist die preisgünstigste Standardausführung für die Erstellung des Kostenvoranschlags sowie Feststellung der Vergütungshöhe maßgebend.
- (5) Bei individuellen Anfertigungen ist, soweit kein Höchstpreis vereinbart ist, eine detaillierte Kalkulation zu erstellen. Diese umfasst insbesondere den Einkaufspreis der Materialien, den verwendeten Aufschlagsatz sowie eine Aufschlüsselung der veranschlagten Arbeitszeit; dies gilt nicht, sofern Preise für vergleichbare Hilfsmittel in den Hilfsmittelversorgungsverträgen vereinbart sind. Der Leistungserbringer hat auf Verlangen der AOK RPS insbesondere eine Fotodokumentation, Maßblätter, Anamnese- und Erprobungsbögen zu erstellen und zur Verfügung zu stellen.
- (6) Eine Fotodokumentation, auf welcher der Versicherte zu erkennen ist, bedarf stets des Einverständnisses des Versicherten.
- (7) Umfasst der Kostenvoranschlag Leistungen, die das Maß des Notwendigen übersteigen und vom Versicherten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V trotz vertragsgemäßer Information, Aufklärung und Beratung ausdrücklich gewünscht werden, sind diese auf dem Kostenvoranschlag besonders zu kennzeichnen und stets auszuweisen. **Anlage 2** ist vom Versicherten oder von der vertretungsberechtigten Person zu unterzeichnen und auf Verlangen der AOK RPS zu übersenden. Die Wunschversorgung eines Versicherten kann jedoch nur dann abgegeben werden, wenn dadurch weder der therapeutische noch funktionelle Zweck der verordneten bzw. medizinisch notwendigen Leistung beeinträchtigt noch die Haftung des Versicherten durch die Wunschversorgung gesteigert wird; für schuldhaftige Fehleinschätzungen hat der Leistungserbringer einzustehen.
- (8) Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOK RPS un bearbeitet an den Leistungserbringer zurückgesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, insbesondere wenn die in Absatz 3 genannten Angaben bzw. Anlagen fehlen oder die Vertragspreise nicht eingehalten worden sind. In Fällen der Absätze 4 und 5 kann die AOK RPS eine Ergänzung verlangen und bei nicht erfolgter Nachbesserung, die innerhalb einer angemessenen Zeit – spätestens innerhalb einer Woche – zu erfolgen hat, den Kostenvoranschlag insgesamt zurückweisen.
- (9) Der Kostenvoranschlag ist sowohl für die AOK RPS als auch für den Versicherten kostenfrei zu erstellen. Soweit die Erstellung des Kostenvoranschlags in Zusammenhang mit einem gesetzlichen Leistungsanspruch steht (insbesondere bei zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V), hat der Leistungserbringer den Kostenvoranschlag stets auch gegenüber dem Versicherten unentgeltlich zu erstellen.
- (10) Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ist die AOK RPS berechtigt, alternative Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Bietet ein anderer Leistungserbringer das Hilfsmittel oder ein vergleichbares Hilfsmittel zu günstigeren Konditionen an, kann die Hilfsmittelversorgung durch den anderen Leistungserbringer erfolgen, sofern die Hilfsmittelversorgungsverträge nichts anderes regeln. Über die Ablehnung des Kostenvoranschlags wird der Leistungserbringer informiert. Soweit in den Hilfsmittelversorgungsverträgen ein Recht des Leistungserbringers zur Nachbesserung des Kostenvoranschlags vereinbart ist, gilt dies ausschließlich für solche Hilfsmittel, die individuell kalkuliert und handwerklich angefertigt werden.
- (11) Die AOK RPS hat das Recht gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf bestimmte Hilfsmittel die Pflicht zur Erstellung und Einreichung eines Kos-

tenvoranschlags vor der Durchführung einer Hilfsmittelversorgung jederzeit einzuführen, abzuschaffen oder eine bestimmte Genehmigungsfreigrenze festzulegen.

- (12) Grundsätzlich sind Kostenvoranschläge vom Leistungserbringer in elektronischer Form einzureichen. Einzelheiten sind in **Anlage 5** (elektronischer Kostenvoranschlag) geregelt. Soweit ein Leistungserbringer trotz Aufforderung der AOK RPS die notwendigen Kostenvoranschläge nicht in elektronischer Form übermittelt, sind die veranschlagten Kosten und dadurch auch die Vergütung des Leistungserbringers um einen pauschalen Abschlag zu reduzieren. Dies setzt voraus, dass der Leistungserbringer ausdrücklich von der AOK RPS auf den elektronischen Kostenvoranschlag sowie den telefonischen Support hingewiesen worden ist und das Einreichen von Kostenvorschlägen in Papierform oder per Fax nicht in angemessener Zeit (maximal 3 Monate) auf elektronische Kostenvoranschläge umgestellt hat.

§ 9

Auftragserteilung vor Abgabe von Leistungen

- (1) Im Allgemeinen bedarf jeder Versorgungsvorschlag bzw. Kostenvoranschlag der Auftragserteilung durch die AOK RPS. In den jeweiligen Hilfsmittelversorgungsverträgen kann von der Auftragserteilung abgesehen werden.
- (2) Wird die Hilfsmittelversorgung später als vier Wochen nach Auftragserteilung durchgeführt, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Ausgenommen hiervon sind individuell angepasste oder hergestellte Hilfsmittel. Weitere Ausnahmen bedürfen einer versorgungsbezogenen Begründung.
- (3) Die AOK RPS behält es sich gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf bestimmte Hilfsmittel die Pflicht zur Erteilung des Auftrags jederzeit einzuführen, abzuschaffen oder eine bestimmte Genehmigungsfreigrenze festzulegen.
- (4) Ergeben sich im Versorgungsverlauf Änderungen der Inhalte des Versorgungsvorschlags bzw. Kostenvoranschlags müssen diese AOK RPS zeitnah angezeigt werden.

§ 10

Rechnungslegung, Fälligkeit

- (1) Zur Abrechnung nach vertragskonform erbrachten Leistungen erstellt der Leistungserbringer für die abgeschlossene Hilfsmittelversorgung eine detaillierte Rechnung. Vor der endgültigen Abnahme eines Hilfsmittels durch den Versicherten oder durch eine vertretungsberechtigte Person kann grundsätzlich die bereits erbrachte Leistung nicht der AOK RPS in Rechnung gestellt werden.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt über die von der AOK RPS in den Hilfsmittelversorgungsverträgen benannte Stelle. Grundsätzlich ist die Abrechnung von Hilfsmitteln an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Hilfsmittelabrechnung
Goethestr. 24
67547 Worms.

Rechnungen von Apotheken sind mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

Filialbetriebe, Zweigstellen und unselbstständige Niederlassungen, welche eigenständig Hilfsmittel abgeben, liefern, anpassen oder herstellen, haben ein eigenes Institutionskennzeichen aufzuweisen und bei der Abrechnung anzugeben.

- (3) Für die Abrechnung von Hilfsmitteln gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V sowie § 303 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung und stets unter Beachtung der besonderen und sonstigen Vorgaben in den Hilfsmittelversorgungsverträgen. Sofern der Leistungserbringer die Abrechnungsdaten nicht im Wege der elektronischen Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträger (DTA) übermittelt, erfasst die AOK RPS die Daten nach. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages. Die Abrechnung ist erst dann vollständig, wenn neben den Papierrechnungen und Ur- bzw. Papierbelegen auch die Daten per DTA gemäß § 302 SGB V der AOK RPS vorliegen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist stets der Versorgungszeitraum und bei anfallenden Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V sind die mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten stets per DTA zu übermitteln.
- (4) Stets sind der Rechnung die vertragsärztliche Verordnung im Original, der Kostenvoranschlag nebst Begründung, die Auftragserteilung und die jeweilige Empfangsbestätigung nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen bzw. nach **Anlagen 3 und 4** in digitaler Form beizufügen. Auf Verlangen wird der AOK RPS das Original der Empfangsbestätigung nach Satz 1 vorgelegt. Weitere Einzelheiten oder Ausnahmen können auch die Hilfsmittelversorgungsverträge festlegen.
- (5) Leistungen nach diesem Rahmenvertrag können grundsätzlich nur abgerechnet werden, soweit auf Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung der Empfang des Hilfsmittels schriftlich vom Versicherten bestätigt wurde. Eine Empfangsbestätigung des Versicherten auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung kann durch eine schriftliche Bestätigung des Versicherten über den endgültigen Erhalt des Hilfsmittels ersetzt werden, sofern diese mindestens folgende Angaben enthält:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
 - 10-stellige Abrechnungs- bzw. Hilfsmittelpositionsnummer
 - soweit vorhanden, Nummer nach dem UDI-System; ansonsten die Seriennummer des Hilfsmittels
 - Datum der endgültigen Abgabe des Hilfsmittels
 - Unterschrift des Versicherten oder vertretungsberechtigten Person
- (6) Wenn vergleichbare Hilfsmittel in den Hilfsmittelversorgungsverträgen aufgeführt sind, darf nicht aufgrund von individuellen Kalkulationen abgerechnet werden.
- (7) Ist der Versicherte im Verlauf einer Hilfsmittelversorgung nicht mehr zu erreichen, können individuell angepasste oder hergestellte Hilfsmittel, die bis dahin zum Teil oder ganz vom Leistungserbringer erbracht worden sind, nur abgerechnet werden, sofern der Leistungserbringer folgende Nachweise führt,

- dass der Versicherte mehrfach telefonisch oder schriftlich ohne Erfolg kontaktiert wurde und
- dass der Versicherte persönlich am Wohnort aufgesucht wurde und dass dessen Verbleib nicht festzustellen war.

Leistungen oder Teilleistungen können nicht abgerechnet werden, die nach Kenntnis oder Kennenmüssen der Nichterreichbarkeit des Versicherten erbracht worden sind.

- (8) Bei allen wiedereinsetzbaren Hilfsmitteln, die im Eigentum der AOK RPS stehen, hat die Abrechnung stets mit entsprechendem MIP-Beleg zu erfolgen. Ein fehlender MIP-Beleg berechtigt die AOK RPS zur Zurückweisung der Abrechnung des beanstandeten Hilfsmittels.
- (9) Soweit die Abrechnungsunterlagen und die Daten per DTA vollständig vorliegen, prüft die AOK RPS die Plausibilität, die Indikation, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Bei mangelnder Prüffähigkeit (d.h. unübersichtliche Aufstellung der erbrachten Leistungen und mangelnde Nachvollziehbarkeit), auffallenden Differenzen oder Abrechnung anderer als der vereinbarten Preise kann die AOK RPS dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben sowie die Begleichung der gesamten Rechnung unabhängig von der Auftragserteilung verweigern. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe von Gründen nicht innerhalb von 3 Monaten der Rechnungsbeanstandung nach Satz 2, so ist der Leistungserbringer mit seinen Einwendungen und Einreden, welche bis zum Ablauf der Zweimonatsfrist bestanden haben bzw. entstanden sind, ausgeschlossen.
- (10) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs und können zurückgewiesen werden. Soweit die AOK RPS Zahlungen geleistet hat, ist sie zur Rückabwicklung berechtigt.
- (11) Sofern zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungspositionen resp. Abrechnungskürzungen abermals in Rechnung gestellt werden, sind sie von den anderen Abrechnungspositionen deutlich hervorzuheben. Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungsposten oder Abrechnungskürzungen bei einer etwaigen späteren Abrechnung oder Mahnung detailliert samt der vollzogenen Abänderung aufzulisten, insoweit sind bloße Bezugnahmen bzw. pauschale Verweise auf andere Abrechnungsunterlagen nicht statthaft; anderenfalls ist Absatz 10 Satz 1 entsprechend anzuwenden. Um die Transparenz bei der Abrechnung zu wahren, ist bei einer erneuten Abrechnung eine separate Rechnungsaufstellung anzufertigen.
- (12) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für die Abrechnungsstelle, deren sich der Leistungserbringer bedient; der Leistungserbringer schafft mit dessen Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie unverzüglich zu übersenden.
- (13) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.

§ 11

Vergütung, Rückvergütung und weitere Ansprüche

- (1) Nach vertragskonformer Leistungserbringung und Abrechnung erhält der Leistungserbringer eine Vergütung. Die Vergütungshöhe richtet sich grundsätzlich nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen sowie deren Preisvereinbarungen; ansonsten nach

der Auftragserteilung. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die keine Vertragspreise vereinbart sind, gilt der günstigste marktübliche Preis.

- (2) Mit der Vergütung sind, sofern die Hilfsmittelversorgungsverträge keine anderen Regelungen vorsehen, insbesondere folgende Leistungen abgegolten:
 - Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten;
 - Anleitung, Ausbildung und Schulung des Versicherten in den Gebrauch und Pflege des Hilfsmittels;
 - alle Dienst- und Serviceleistungen, die mit der Bereitstellung, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Betriebssicherheit des Hilfsmittels zusammenhängen;
 - Nachbetreuung im Rahmen von Dienst- und Serviceleistungen, z. B. Beratung, Schulung in der Häuslichkeit des Versicherten oder Angehörigen;
 - Abgabe, Lieferung, Anpassung und Herstellung des Hilfsmittels;
 - Auslieferung in gebrauchsfähigem Zustand und Montage des Hilfsmittels;
 - Verpackungs- und Transportkosten, Versicherungen;
 - Durchführung notwendiger Instandhaltungen und Reparaturen, sicherheitstechnischer Kontrollen sowie Wartungen für die Dauer der Hilfsmittelversorgung;
 - Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Dokumentationspflichten;
 - Führung eines digitalen Verzeichnisses sowie digitalen Medizinproduktebuchs.
- (3) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Hilfsmittelversorgung vom Versicherten einzubehalten, kostenfrei zu quittieren und vom jeweiligen Rechnungsbetrag abzuziehen; anderenfalls vergütet die AOK RPS den um die gesetzliche Zuzahlung reduzierten Rechnungsbetrag. Darüber hinaus darf der Leistungserbringer vom Versicherten keine Mehrkosten, außer der gesetzlichen festgelegten Zuzahlung, verlangen. Dies gilt nur, sofern der Versicherte keine ausdrücklich gewünschte Mehrleistung verlangt hat, welche gemäß **Anlage 2** zu dokumentieren ist.
- (4) Sofern in den Hilfsmittelversorgungsverträgen keine kürzere Zahlungsfrist vereinbart ist, überweist die AOK RPS den Rechnungsbetrag spätestens innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüfbaren Rechnungsunterlagen inkl. der vollständigen und prüfbaren Daten. Die Frist von 28 Tagen gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen arbeitsfreien Tag (Samstag, Sonntag oder Feiertag in Rheinland-Pfalz), so verschiebt sich die Frist auf den nächsten Arbeitstag.
- (5) Hilfsmittelversorgungen, für die eine Empfangsbestätigung des Versicherten oder einer vertretungsberechtigten Person über den Erhalt des Hilfsmittels fehlt, sind von der AOK RPS nicht zu vergüten. Die Hilfsmittelversorgungsverträge können Ausnahmen zur Erforderlichkeit einer Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels regeln, ansonsten gelten lediglich die rahmenvertraglich festgelegten Ausnahmen.
- (6) Die Vergütung von erbrachten Leistungen, für welche die vorherige Einholung einer Auftragserteilung, Genehmigung bzw. Kostenzusage entbehrlich ist, erfolgt unter Vorbehalt der nachträglichen leistungs- und vertragsrechtlichen sowie der sachlichen und rechnerischen Prüfung durch die AOK RPS. Stellt die AOK RPS nach Erfüllung des Vergütungsanspruchs fest, dass die Rechnungslegung sachlich, rechnerisch, leistungs- und vertragsrechtlich unrichtig war und beruht diese Unrichtigkeit auf einer fehlerhaften Rechnungslegung durch den Leistungserbringer, hat der Leistungserbringer die von AOK RPS geleistete Vergütung zurückzuerstatten.

- (7) Bei Leistungen, für die eine vorherige Auftragserteilung entbehrlich und zudem nur auf Basis einer vertragsärztlichen Verordnung durchzuführen ist, sind von der AOK RPS nur zu vergüten, soweit die vertragsärztliche Verordnung ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt ist. Ist die Verordnung nicht ordnungsgemäß ausgefüllt, entfällt der Vergütungsanspruch, sofern keine nachträgliche Korrektur durch den Vertragsarzt erfolgt. Absatz 6 ist anzuwenden.
- (8) Hilfsmittel und vergleichbare Hilfsmittelversorgungen, deren Preise in Hilfsmittelversorgungsverträgen festgelegt sind, werden nicht auf Basis einer individuellen Kalkulation von der AOK RPS vergütet.
- (9) Die Vergütung von individuell angepassten oder hergestellten Hilfsmitteln erfolgt unter dem Vorbehalt, dass das Hilfsmittel im Zeitpunkt der Abgabe oder Lieferung an den Versicherten in Bezug auf die Passform, Funktionalität und Verwendbarkeit regel- und fachgerecht hergestellt wurde. Weist der Versicherte die Abnahme des Hilfsmittels aus den vorgenannten Gründen gegenüber dem Leistungserbringer oder der AOK RPS ab, erhält der Leistungserbringer für die erbrachten Leistungen nur dann eine Vergütung, wenn er die Passform, Funktionalität und Verwendbarkeit des Hilfsmittels vertragsgemäß hergestellt hat. Lehnt die AOK RPS nach angemessener Fristsetzung zur Nachbesserung bei fehlerhafter Passform, Funktionalität und Verwendbarkeit des Hilfsmittels die weitere Durchführung der Hilfsmittelversorgung durch den tätig gewordenen Leistungserbringer ab, so erhält der Leistungserbringer nach Fristablauf für die erbrachte Leistung bzw. Teilleistung keine Vergütung.
- (10) Leistungserbringer, die in oder an stationären Einrichtungen Betriebsstätten betreiben, erhalten keine Pauschalzuschläge für Haus- bzw. Klinikbesuche für die Versorgung bettlägeriger Versicherter mit Hilfsmitteln in der stationären Einrichtung vergütet. Dies betrifft nicht die Vergütung von vertragsärztlich verordneten Haus- und Klinikbesuchen, die außerhalb von stationären Einrichtungen liegen. Versorgt der Leistungserbringer mehrere Versicherte in einer stationären Einrichtung, ist die Mehrfachabrechnung und Vergütung von Pauschalen (z. B. Hausbesuchspauschalen, Rückholpauschalen und Fahrtkostenpauschale für Reparaturen) nicht möglich und können auch nach erfolgter Vergütung zurückverlangt werden.
- (11) Pauschale Abschläge auf die Vergütung in Höhe von 2 von Hundert erfolgen bei:
- Abgabe, Lieferung und Anpassung kenntlich gemachter neuwertiger statt neuer Hilfsmittel (bezogen auf die vereinbarten oder veranschlagten Preise)
 - Übersendung von Kostenvoranschlägen nicht in elektronischer Form, sondern ausschließlich in Papierform oder per Fax (bezogen auf die im Kostenvoranschlag veranschlagten Summe)
 - Nichtübermittlung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V im Rahmen des DTA (bezogen auf die per DTA abgerechneten Preise).

Werden vom Leistungserbringer neuwertige oder gebrauchte Hilfsmittel abgegeben, geliefert, angepasst oder im Rahmen der Herstellung verwendet, ohne dass diese Eigenschaft beim Kostenvoranschlag kenntlich gemacht worden ist, verringert sich die Vergütung des Leistungserbringers in Höhe von 50 von Hundert des vereinbarten oder veranschlagten Preises. Auch soweit die AOK RPS Zahlungen ohne Vorbehalt geleistet hat, ist sie zur Nachberechnung und Geltendmachung der Abschläge berechtigt, und zwar, wenn die AOK RPS von den maßgebenden tatsächlichen Umständen erst nach Zahlung an den Leistungserbringer Kenntnis erlangt hat.

- (12) Soweit kein vertraglicher Versorgungsanspruch, -recht oder -berechtigung des Leistungserbringers besteht oder nachträglich entfällt, schuldet die AOK RPS keine Vergütung für erbrachte Leistungen. Geleistete Zahlungen können von der AOK RPS zurückverlangt werden.

- (13) Bei Zahlungen an die Abrechnungsstelle des Leistungserbringers gelten die vorhergehenden Absätze entsprechend; ebenso § 10 Abs. 12 Satz 1, 2. HS und Satz 2.
- (14) Sofern eine Abrechnungsstelle rechnungsbegründende Unterlagen zur Abrechnung einreicht, zahlt die AOK RPS an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung direkt an den Leistungserbringer erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- (15) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.
- (16) Soweit die AOK Zahlungsansprüche gegenüber dem Leistungserbringer geltend macht, hat der Leistungserbringer innerhalb von 6 Monaten Einreden und Einwendungen dagegen vorzubringen. Ansonsten ist er mit den Einwendungen und Einreden, die bis zum Ablauf der sechsmonatigen Frist bestanden haben bzw. entstanden sind, ausgeschlossen.

§ 12

Versorgungspauschale – bei hauptsächlich einem Leistungsgegenstand

- (1) Erfolgt die Vergütung einer Hilfsmittelversorgung auf Basis einer Versorgungspauschale, die sich hauptsächlich auf einen Leistungsgegenstand bezieht (z.B. Rollator, Toilettenrollstuhl), so gelten die folgenden Absätze.
- (2) Der Leistungserbringer darf nur Hilfsmittel abgeben, die sich in seinem Eigentum befinden. Er behält das Eigentum an dem abgegebenen Hilfsmittel während der gesamten Versorgungsdauer. Das Eigentum des Leistungserbringers an einem Hilfsmittel, das im Rahmen einer abgerechneten Versorgungspauschale ausgeliefert bzw. abgegeben wurde, darf nicht ohne vorherige Zustimmung der AOK RPS auf Dritte übertragen werden. Die AOK RPS darf die Zustimmung nicht ohne wichtigen Grund verweigern.
- (3) Bei Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten schließt der Leistungserbringer mit diesem einen Leihvertrag über die Überlassung eines Hilfsmittels. Den Empfang des Hilfsmittels hat sich der Leistungserbringer stets schriftlich vom Versicherten bestätigen zu lassen. Der Versicherte kann sich durch eine berechtigte Person vertreten lassen. Der Leistungserbringer hat inhaltlich gleichlautende Leihverträge und Empfangsbestätigungen gegenüber dem Versicherten zu verwenden. Ein Muster für einen Leihvertrag nebst Empfangsbestätigung ist in **Anlage 3** enthalten.
- (4) Bei der Übergabe des Hilfsmittels hat sich der Leistungserbringer insbesondere Informationen zur telefonischen Erreichbarkeit des Versicherten, der Angehörigen (z.B. Kinder), des Betreuers oder des beauftragten Pflegepersonals bzw. Pflegedienstes und ggf. des Wohnungsvermieters einzuholen, um dadurch eine fachgerechte und sichere Hilfsmittelversorgung des Versicherten über die gesamte Versorgungsdauer des tatsächlichen Hilfsmiteleinsatzes sicherzustellen und am Ende der Hilfsmittelversorgung insbesondere eine Rückholung zu gewährleisten. Sofern der Versicherte oder die in Satz 1 genannten weiteren Personen nicht erreichbar sind, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die AOK RPS.

- (5) Der Leistungserbringer hat mehrere mehrkostenfreie Hilfsmittel zur Auswahl des Versicherten vorzuhalten. Bei der Auswahl der mehrkostenfreien Hilfsmittel darf der Leistungserbringer das Maß des Notwendigen nicht unterschreiten. Mit der Versorgungspauschale ist auch die Lieferung an den Wohnort bzw. dauerhaften Aufenthaltsort des Versicherten abgegolten.
- (6) Während der gesamten Versorgungsdauer hat der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen (z.B. Beratung, Schulung, Nachbetreuung) einschließlich aller sicherheitstechnischen Kontrollen und Wartungen sowie Instandhaltungs- und Reparaturarbeiten einschließlich des Ersatzteil- und Verschleißteilaustausches sach-, bedarfs- als auch fachgerecht sicherzustellen und auszuführen, zudem ist am Ende der Hilfsmittelversorgung die Rückholung und Aufbereitung oder ggf. Löschung der personenbezogenen Daten und Entsorgung durchzuführen. Können die Dienst- und Serviceleistungen sowie Reparaturen nicht sofort und vor Ort durchgeführt werden, stellt der Leistungserbringer ein angemessenes Ersatzhilfsmittel kostenfrei zur Verfügung. Die damit verbundenen Kosten sind durch die Versorgungspauschale abgegolten.
- (7) Der Versorgungszeitraum bzw. die -dauer der Hilfsmittelversorgung bemisst sich nach dem einschlägigen Hilfsmittelversorgungsvertrag. Während eines Versorgungszeitraums ist die Abrechnung sowie Vergütung einer weiteren Versorgungspauschale nicht möglich. Wechselt der Versicherte vorzeitig den Leistungserbringer, so unterbricht das nicht den Versorgungszeitraum und der bisherige Leistungserbringer hat die Hilfsmittelversorgung bis zum Ablauf eines Versorgungszeitraums fortzuführen. Wird bei einer Hilfsmittelversorgung oder in einem Hilfsmittelversorgungsvertrag nicht ein bestimmter, eindeutiger Zeitabschnitt (z.B. Kalendermonat) zugrunde gelegt oder wird eine allgemeine Bezeichnung, wie z.B. Woche, Monat, Jahr, zwei Jahre usw. verwendet, so gilt für den Beginn des jeweiligen Versorgungszeitraums der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten. (Wird z.B. die Bezeichnung Monat oder monatlich verwendet, so ist für den Beginn der Versorgungsdauer der Tag der endgültigen Abgabe des Hilfsmittels maßgebend. Erhält der Versicherte am 14. März das Hilfsmittel, so ist dieses Abgabedatum für den Beginn der Versorgungsdauer maßgebend und das Ende der Versorgungsdauer tritt mit Ablauf des 13. April ein.)
- (8) Aufgrund des durchgehenden Versorgungsanspruchs des Versicherten stellt der Leistungserbringer im Falle der Beschädigung, des Verlustes, der Nichtrückholbarkeit oder des Diebstahls eines Hilfsmittels umgehend ein adäquates Ersatzhilfsmittel aus seinem Eigentum zunächst kostenlos zur Verfügung. Über die Beschädigung, den Verlust, die Nichtrückholbarkeit und den Diebstahl eines Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer unverzüglich die AOK RPS. Der Leistungserbringer und die AOK RPS setzen sich über das weitere Vorgehen ins Benehmen.
- (9) Bei einem Wohnortwechsel des Versicherten stellt der Leistungserbringer weiterhin die Hilfsmittelversorgung des Versicherten sicher. Ist die Sicherstellung aufgrund der Entfernung nicht möglich oder dem Leistungserbringer nicht zumutbar, erstattet er anteilig die Versorgungspauschale. Die anteilige Erstattung der jeweiligen Versorgungspauschale und die etwaige notwendige Eigentumsübertragung findet einvernehmlich zwischen dem bisherigen und dem neu tätig werdenden Leistungserbringer statt; kann keine einvernehmliche Lösung und anteilige Erstattung der Versorgungspauschale zwischen den Leistungserbringern erzielt werden, erstattet der bisherige Leistungserbringer der AOK RPS anteilig die gezahlte Versorgungspauschale. Die Versorgungspauschale ist auf die jeweilige Teilversorgungszeit herunterzurechnen und die Versorgungspauschale ist zu kürzen um:
 - 1/3 einer dreimonatigen Versorgungspauschale für jeden nicht in Anspruch genommenen Monat;

- 1/6 einer halbjährigen Versorgungspauschale für jeden nicht in Anspruch genommenen Monat;
- 1/12 einer einjährigen Versorgungspauschale für jeden nicht in Anspruch genommenen Monat;
- um 1/8 der zweijährigen Versorgungspauschale für jede nicht in Anspruch genommene dreimonatige Versorgungspauschale;
- um 1/12 der dreijährigen Versorgungspauschale für jede nicht in Anspruch genommene dreimonatige Versorgungspauschale;
- 1/5 der fünfjährigen Versorgungspauschale für jedes nicht in Anspruch genommene Jahr.

Für eine nach Kalendermonat, Quartal, Kalenderhalbjahr, Kalenderjahr oder Kalenderjahren bestimmte Versorgungspauschale gilt Satz 4 entsprechend (z.B. 1/3 einer dreikalendermonatigen bzw. quartalsweisen Versorgungspauschale für jeden nicht in Anspruch genommenen Kalendermonat). Eine monatliche Versorgungspauschale ist auf eine Tagespauschale herunterzurechnen und um jede nicht in Anspruch genommene Tagespauschale zu reduzieren, wenn die tatsächliche, durchgehende Gesamtversorgungsdauer von drei Monaten nicht überschritten wird. Beträgt die tatsächliche, durchgehende Gesamtversorgungsdauer mehr als drei Monate einer monatlichen Versorgungspauschale, so erfolgt keine Reduktion der monatlichen Versorgungspauschale; insoweit sind nur die nicht in Anspruch genommenen Monate zu kürzen. Satz 6 und 7 gelten entsprechend für die Kürzung einer nach Kalendermonaten bestimmten Versorgungspauschale. Eine mehrwöchige Versorgungspauschale ist auf eine wöchentliche Versorgungspauschale herunterzurechnen und für jede nicht in Anspruch genommene wöchentliche Versorgungspauschale zu kürzen. Für eine nach Kalenderwochen bestimmte Versorgungspauschale gilt Satz 9 entsprechend. Bestehen Zweifel daran, ob und wie lange die Versorgungsdauer betragen soll oder ob überhaupt eine vertragliche Regelung zur Versorgungsdauer vereinbart wurde, ist auf eine Tagespauschale abzustellen.

- (10) Beendet der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung, z.B. durch Einstellung der Tätigkeit, Nichtdurchführung der Service- oder Dienstleistungen, ist Absatz 9 Satz 3 bis 11 anzuwenden. Bricht der Versicherte die Hilfsmittelversorgung ab, ist ebenso Absatz 9 Satz 3 bis 11 anzuwenden. Wechselt der Versicherte zu einer anderen Krankenversicherung, verstirbt der Versicherte oder befindet er sich zeitweise im Krankenhaus bzw. in der Kurzzeitpflege, sind die Regelungen in Absatz 9 Satz 3 bis 11 nicht anzuwenden, es sei denn, in den Hilfsmittelversorgungsverträgen ist etwas Abweichendes geregelt.
- (11) Für jede erneute Abrechnung sowie Vergütung einer Versorgungspauschale – insbesondere einer Folgepauschale – ist eine vertragsärztliche Verordnung oder eine Nutzungsbestätigung des Versicherten oder der vertretungsberechtigten Person erforderlich. Ausnahmen hiervon regeln die Hilfsmittelversorgungsverträge.
- (12) Durch eine Kündigung dieses Rahmenvertrages bzw. der Hilfsmittelversorgungsverträge wird der bereits begonnene Versorgungszeitraum nicht unterbrochen. Diese vertragliche Versorgungsverpflichtung besteht bis zum Ablauf des begonnenen Versorgungszeitraums. Führt der Leistungserbringer die laufende Hilfsmittelversorgung nicht bis zum Ende des Versorgungszeitraums fort, ist Absatz 9 Satz 3 bis 11 anzuwenden.

§ 12a

Versorgungspauschalen – bei mehreren gleichartigen Leistungsgegenständen (insbesondere zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und Verbrauchsmaterial)

- (1) Erfolgt die Vergütung der Hilfsmittelversorgung auf Basis einer Versorgungspauschale, die sich auf mehrere gleichartige Leistungsgegenstände bezieht, wie insbe-

sondere die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel (z.B. Inkontinenzhilfen), so gelten die nachstehenden Absätze.

- (2) Bei Abgabe oder Belieferung schuldet der Leistungserbringer nicht nur die Übergabe der Hilfsmittel an den Versicherten, sondern er hat zudem das Eigentum an den Hilfsmitteln auf den Versicherten zu übertragen; § 12 Absatz 2 Satz 1 ist anzuwenden. Der Versicherte hat stets den Empfang und die Eigentumsübertragung unter Angabe des Abgabe- bzw. Lieferdatums schriftlich zu bestätigen. Wird die Übergabe und Eigentumsübertragung nicht auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung unter Angabe des Datums vom Versicherten schriftlich bestätigt, hat der Leistungserbringer zur Empfangsbestätigung sowie Eigentumsübertragung eine inhaltlich gleichlautende Mustererklärung nach **Anlage 4** zu verwenden. In genau bestimmten Fällen können die Hilfsmittelversorgungsverträge Ausnahmen von dem Nachweis des Empfangs als auch der Eigentumsübertragung gestatten; ansonsten gelten diese Regelungen zum Empfang sowie zur Eigentumsübertragung. Liefert der Leistungserbringer die Hilfsmittel durch Dritte aus, so ist der Rahmenvertrag oder der jeweilige Hilfsmittelversorgungsvertrag erst erfüllt, wenn der Versicherte die Hilfsmittellieferung tatsächlich erhält; diesen Nachweis hat der Leistungserbringer stets der Rechnung beizufügen. Bedient sich der Leistungserbringer zur Belieferung des Versicherten nicht eines Dritten, hat er stets kurz vor bis unmittelbar vor Beginn der Belieferung die Erreichbarkeit des Versicherten abzuklären; ansonsten erhält der Leistungserbringer für den Anlieferungsversuch keine Kosten erstattet. Mit der Versorgungspauschale ist auch die Belieferung an den Wohnort bzw. dauerhaften Aufenthaltsort des Versicherten abgegolten.
- (3) Während der gesamten Versorgungsdauer hat der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen (z.B. Beratung, Schulung, Nachbetreuung) einschließlich aller notwendigen Verbrauchsmaterialien sach-, bedarfs- als auch fachgerecht sicherzustellen und auszuführen. Besonders bei der Auswahl, Qualität und Anzahl der abzugebenden und zu liefernden Hilfsmittel und des abzugebenden bzw. zu liefernden Verbrauchsmaterials hat der Leistungserbringer auf den individuellen Bedarf und die konkrete Versorgungssituation des Versicherten abzustellen. Ebenfalls ist der etwaige erhöhte Bedarf während einer Erkrankung, die auch nicht unmittelbar mit der Hilfsmittelversorgung zusammenhängt, vom Leistungserbringer geschuldet. Die damit verbundenen Kosten sind durch die Versorgungspauschale abgegolten.
- (4) Bei der Belieferung des Versicherten mit Hilfsmitteln sowie Verbrauchsmaterial ist im Zweifel auf einen Bedarf für einen monatlichen Versorgungszeitraum abzustellen; es sei denn, dass die Hilfsmittelversorgungsverträge einen kürzeren oder längeren Versorgungszeitraum festlegen. Für den Fall, dass der Leistungserbringer den Versorgungsumfang auf mehrere Monate, Kalendermonate, Wochen bzw. Kalenderwochen auch entgegen der vertraglichen Bestimmung erweitert, geschieht dies auf Risiko des Leistungserbringers. Die AOK RPS schuldet lediglich die Vergütung für dem jeweils vertraglich festgelegten Versorgungszeitraum, auch wenn die Rückführung der Lieferung oder eines Teils der Lieferung nicht möglich, zweckdienlich oder wirtschaftlich ist oder aus rechtlichen bzw. hygienischen Gründen nicht zulässig ist. Der Versicherte ist nicht dazu ermächtigt mit dem Leistungserbringer einvernehmliche oder anderweitige Belieferungsbestimmungen zu treffen.
- (5) Für den Leistungserbringerwechsel gilt, dass der bisherige Leistungserbringer den jeweiligen Versorgungszeitraum zu Ende führt. Der neu tätig werdende Leistungserbringer stimmt mit dem bisherigen Leistungserbringer den Wechsel ab. Sofern der neue Leistungserbringer im Rahmen des noch nicht abgelaufenen Versorgungszeitraums trotzdem Leistungen erbringt, schuldet die AOK RPS dafür keine Vergütung. Stimmt der neu tätig werdende Leistungserbringer die Beendigung der Hilfsmittelver-

sorgung mit dem bisherigen Leistungserbringen nicht oder nicht rechtzeitig ab und liefert der bisherige Leistungserbringer, so ist Satz 1 und 3 anzuwenden. Für den darauf folgenden Versorgungszeitraum ist nur noch der neu tätig werdende Leistungserbringer berechtigt, auch wenn der bisherige Leistungserbringer Leistungen ausführt. Leistet der bisherige Leistungserbringer für den darauf folgenden Versorgungszeitraum dennoch, erhält er dafür keine Vergütung. (z. B. Lieferung für Kalendermonat Januar; im Laufe des Februar erfolgt die Mitteilung der Beendigung des bisherigen Versorgungsverhältnisses an den bisherigen Leistungserbringer, der dennoch für den Kalendermonat Februar liefert, so kann für den darauf folgenden Kalendermonat März keine Leistung mehr durch den bisherigen Leistungserbringer erfolgen.).

- (6) Beendet der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung des Versicherten (z.B. auch durch Einstellung der Tätigkeit, Nichtdurchführung der Service- oder Dienstleistungen), so hat er dennoch die Verpflichtung den jeweiligen Versorgungszeitraum abzuschließen; versorgt er nicht vertragskonform oder liefert er den erforderlichen Bedarf an Hilfsmitteln oder Verbrauchsmaterial nicht bis zum Ablauf des jeweiligen Versorgungszeitraums, so erhält er für die erbrachte Teilleistung keine Vergütung.
- (7) Auch wenn die vertragsärztliche Verordnung für einen längeren Versorgungszeitraum, z.B. für ein Quartal bzw. ein halbes Jahr, ausgestellt ist, so gilt für den Versorgungsumfang Absatz 4. Nach Ablauf des vertragsärztlich verordneten Versorgungszeitraums ist für die weitere Hilfsmittelversorgung stets eine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Der jeweilige Hilfsmittelversorgungsvertrag kann für die Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung abweichende Regelungen treffen.
- (8) § 12 Absatz 12 Satz 1 und 2 ist anzuwenden; ansonsten ist Absatz 6, 2. selbstständiger Teilsatz anzuwenden.

§ 12b

Pauschalvergütungen bei Wiedereinsatz von Hilfsmitteln

- (1) Die vorhergehenden Regelungen zu Versorgungspauschalen (§§ 12 bis 12a) gelten nicht für Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Wiedereinsatz von Hilfsmitteln, die im Eigentum der AOK RPS stehen, eingesetzt werden.
- (2) Für die Vereinbarung des Leihvertrages, Empfangsbestätigung und Rückholung bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln, die im Eigentum der AOK RPS stehen, ist **Anlage 3** zu verwenden; insoweit werden die Hilfsmittelversorgungsverträge und deren Anlagen inhaltlich ergänzt. § 12 Absatz 3 Satz 1 bis 3 sind anzuwenden.

§ 13

Nacherfüllung, Reparatur

Für die Nacherfüllungsansprüche gelten die gesetzlichen Bestimmungen. In den ersten sechs Monaten seit Abgabe, Lieferung resp. Austausch eines Hilfsmittels hat der Leistungserbringer die Sach- und Rechtsmangelfreiheit nachzuweisen.

§ 14

Instandhaltung, Reparatur, sicherheitstechnische Kontrolle und Wartung, messtechnische Kontrollen, keimarme und sterile Aufbereitung von Hilfsmitteln

- (1) Sobald der Leistungserbringer Hilfsmittel für Versicherte der AOK RPS hergestellt, anpasst, abgibt bzw. liefert, ist er gleichzeitig dazu verpflichtet, die später erforderlich werdenden Instandhaltungsmaßnahmen und Reparaturen, sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen sach-, bedarfs- und fachgerecht sowie wirtschaftlich durchzuführen, aufzuzeichnen und die Aufzeichnungen aufzubewahren. Ohne Sicherstellung aller notwendig werdenden Maßnahmen nach Satz 1 ist eine Hilfsmittelversorgung ausgeschlossen, der Leistungserbringer hat kein vertragliches Versorgungsrecht. Mit der Durchführung und Aufzeichnung der Maßnahmen nach Satz 1 kann der Leistungserbringer auch Dritte beauftragen. Führt der Leistungserbringer die später erforderlich werdenden Maßnahmen nach Satz 1 nicht oder nicht durch Dritte durch, kann die AOK RPS die Rückabwicklung und -vergütung der durchgeführten Hilfsmittelversorgung verlangen. Soweit für die Maßnahmen nach Satz 1 in den Hilfsmittelversorgungsverträgen keine Regelungen und Preise enthalten sind, sind diese unverzüglich per Kostenvoranschlag anzubieten.
- (2) Nach diesem Rahmenvertrag umfasst die Instandhaltung und Reparatur alle Maßnahmen, die in erster Linie auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit sowie Betriebssicherheit als auch auf die Ausbesserung, Verbesserung und den Austausch von defekten Teilen eines Hilfsmittels gerichtet sind, die nach Erkennen eines Mangels oder Eintritt eines regelwidrigen Zustands bzw. Defekts am abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten Hilfsmittel durchzuführen sind. Dazu gehören auch die abschließende Funktions-, Betriebssicherheits- und Leistungskontrolle. Durch diese Maßnahmen sind die sichere, gefahrlose, fehlerfreie sowie ordnungsgemäße Funktion und Betriebssicherheit des abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten Hilfsmittels für die Dauer des tatsächlichen Hilfsmiteleinsatzes herzustellen.
- (3) Soweit Instandhaltungsmaßnahmen vorsorglich zur Vorbeugung gegen drohende Gefahren und Verletzungen des Versicherten auszuführen sind, um die sichere, gefahrlose, fehlerfreie sowie ordnungsgemäße Funktion und Betriebssicherheit des abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten Hilfsmittels für die gesamte Dauer des tatsächlichen Hilfsmiteleinsatzes festzustellen und aufrechtzuerhalten, sind diese Maßnahmen vom Leistungserbringer unverzüglich unter Angabe der gesetzlichen Vorschriften, der Technikstandards, der Herstellerhinweise oder der sicherheitsrelevanten Aspekte im Rahmen des Kostenvoranschlags anzubieten, zu begründen und durch entsprechende Informationen nachzuweisen.
- (4) Soweit sicherheitstechnische Kontrollen durch den Leistungserbringer vorzunehmen sind, beinhalten diese das vorsorgliche, geplante und rechtzeitige Erkennen und Feststellen von Verschleiß sowie funktionsbeeinträchtigenden, sicherheitsrelevanten und gefährdenden Defekten und Mängeln am abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten Hilfsmittel, um dadurch die derzeitige Funktionsfähigkeit und Betriebssicherheit zu kontrollieren und festzustellen. Diesbezüglich richten sich die sicherheitstechnischen Kontrollen nach den Vorgaben der MDR, des MPG der MPBetreibV sowie des Herstellers; der Kontrollumfang, die Kontrollfristen und -intervalle richten sich nach den allgemeinen anerkannten Regeln der Technik sowie den Angaben des Herstellers. Der Leistungserbringer hat spätestens alle zwei Jahre die sicherheitstechnischen Kontrollen bei Hilfsmitteln nach Satz 2, 1. Teilsatz durchzuführen. Maßgeblich für den Fristbeginn ist die letzte sicherheitstechnische Kontrolle oder der vertrags- und ordnungsgemäße Ersteinsatz eines neuen Hilfsmittels. Im Anschluss an die sicherheitstechnische Kontrolle wertet der Leistungserbringer die

Ergebnisse aus und führt - soweit erforderlich - die daraus resultierenden sicherheitstechnischen Wartungsmaßnahmen aus.

- (5) Der Umfang der vorzunehmenden sicherheitstechnischen Wartungen leitet sich aus den Angaben des Herstellers (z.B. betriebsstundenbezogener Austausch von Verschleißteilen) und insbesondere aus den Ergebnissen der sicherheitstechnischen Kontrolle ab. Sofern der Leistungserbringer von den Herstellerangaben abweichen möchte, hat er dies ausführlich und nachvollziehbar unter Heranziehung der Gebrauchsanweisung und der Herstellerangaben zu begründen. Für die einzuhaltenden sicherheitstechnischen Wartungsfristen und -intervalle gelten Absatz 4 Sätze 2 bis 4 entsprechend.
- (6) Nach Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 2 bis 5 hat der Leistungserbringer die für die Anwendersicherheit und Ordnungsgemäßheit notwendigen Funktionen, die Betriebssicherheit und Leistungsfähigkeit zu kontrollieren.
- (7) Für die vorsorgliche, geplante, rechtzeitige, fristgerechte, vertrags- und ordnungsgemäße Durchführung der Instandhaltung und Reparatur, sicherheitstechnischen Kontrolle und Wartung trägt der Leistungserbringer die Verantwortung. § 12 Absatz 4 Satz 1 ist anzuwenden. Ist der Versicherte oder die vertretungsberechtigte Person weder telefonisch noch in elektronischer Form (z.B. Email) zu erreichen, hat der Leistungserbringer zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 den Versicherten anzuschreiben und auf die Notwendigkeit der Durchführung ausdrücklich hinzuweisen und in angemessener Frist zu erinnern. Reagiert der Versicherte oder dessen Angehörige bzw. eine andere Person, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. beauftragt ist, nicht auf das Durchführungs- und Erinnerungsschreiben, informiert der Leistungserbringer unter Übersendung der beiden Schreiben unverzüglich die AOK RPS.
- (8) Soweit messtechnische Kontrollen am abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten Hilfsmittel nach den Vorgaben der MDR, des MPG sowie der MPBetreibV durchzuführen sind, hat der Leistungserbringer diese nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik durchzuführen. Messtechnische Kontrollen sind stets per Kostenvoranschlag unverzüglich anzubieten und mittels der erforderlichen Nachweise sowie Informationen zu begründen.
- (9) Über durchgeführte Instandhaltungen und Reparaturen hat der Leistungserbringer eine nachvollziehbare Dokumentation in geeigneter Form zu erstellen, es sei denn, dass sich die Erforderlichkeit und der Umfang der Instandhaltung und Reparatur aus der Begründung des Kostenvoranschlags nachvollziehen lässt. Über die sicherheitstechnischen Kontrollen und Wartungen wie auch messtechnischen Kontrollen hat der Leistungserbringer zudem folgende Angaben aufzuzeichnen und aufzubewahren:
 - Name des Durchführenden
 - Datum der Kontrolle und Messung
 - eingesetzte Kontroll- und Messverfahren
 - ermittelte Kontroll- und Messwerte
 - Ergebnis der Kontrolle und Messung (z.B. Betriebszeiten, erkennbarer Verschleiß oder Defekte, ordnungsgemäße Funktion und Betriebssicherheit) – insbesondere die daraus folgenden notwendigen Wartungsmaßnahmen und ggf. Reparaturen
 - Datum der Wartung und ggf. Reparatur
 - durchgeführte Wartungsmaßnahmen und ggf. Reparaturen, die infolge der Wartungsarbeiten erkennbar waren
 - Ergebnis der abschließenden Leistungs-, Betriebssicherheits- und Funktionskontrolle
- (10) Hilfsmittel sind bestimmungsgemäß aufzubereiten, soweit der Einsatz von keimarmen oder sterilen Hilfsmitteln vorgeschrieben oder medizinisch geboten ist. Der

Leistungserbringer hat die bestimmungsgemäße keimarme oder sterile Aufbereitung von abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden und herzustellenden Hilfsmitteln sicherzustellen. Welche konkreten Maßnahmen zur keimarmen bzw. sterilen Aufbereitung von abzugebenden, zu liefernden, anzupassenden oder herzustellenden Hilfsmitteln zu treffen sind, bestimmt sich insbesondere nach den Vorgaben der MDR, des MPG, der MPBetreibV und des Herstellers. Sobald der Leistungserbringer gebrauchte Hilfsmittel einsetzt, obliegt es seinem eigenständigen Verantwortungsbereich, die rechtlichen und vertraglichen Vorgaben zur Aufbereitung einzuhalten. Der Leistungserbringer trägt für die vorschriftsmäßige keimarme oder sterile Aufbereitung von Hilfsmitteln die haftungsrechtliche Verantwortung.

- (11) Für die Durchführung der Instandhaltung und Reparatur sowie sicherheitstechnischen Kontrolle und Wartung, messtechnischen Kontrollen als auch bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung von Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer fachlich geeignete Arbeitnehmer bzw. Dritte einzusetzen, die aufgrund einschlägiger beruflicher Ausbildung und praktischer Erfahrung über die erforderliche Qualifikation, Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen und zudem durch den Hersteller von Hilfsmitteln und Zubehöerteilen gemäß den Vorschriften der MDR, des MPG sowie der MPBetreibV für die Instandhaltung und Reparatur sowie sicherheitstechnischen Kontrollen und Wartungen, messtechnischen Kontrollen als auch bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung von Hilfsmitteln berechtigt sind. Die mit der Durchführung nach Satz 1 betrauten Arbeitnehmer oder beauftragten Dritte haben bzgl. der fachlichen Beurteilung der Maßnahmen weisungsunabhängig zu sein.
- (12) Soweit bei der Umsetzung der MPBetreibV Leistungen zu erbringen sind, die nicht in den Hilfsmittelversorgungsverträgen geregelt sind, kann der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag stellen. Ist der Leistungserbringer aus tatsächlichen Gründen nicht in der Lage die MPBetreibV umzusetzen, informiert er unverzüglich die AOK RPS.
- (13) Zur Wahrung einer wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung setzt der Leistungserbringer in erster Linie wartungsfreie Hilfsmittel ein, die seitens des Herstellers als solche deklariert sind. Sofern sich nach Abschluss der Versorgung herausstellt, dass eine wartungsfreie Hilfsmittelversorgung möglich gewesen wäre, hat der Leistungserbringer die hierdurch entstandenen zusätzlichen Kosten der AOK RPS zu erstatten.
- (14) Auf Verlangen der AOK RPS erläutert der Leistungserbringer nachvollziehbar die durchgeführten Maßnahmen in Bezug auf die Instandhaltung und Reparatur sowie sicherheitstechnische Kontrolle und Wartung, messtechnische Kontrolle wie auch keimarme und sterile Aufbereitung von Hilfsmitteln und übermittelt kostenlos die dazugehörigen Dokumentationen oder Aufzeichnungen.
- (15) Für Dritte haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden. Der Leistungserbringer verfügt über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für Personen, Sach- und Vermögensschäden, wobei die Deckungssumme stets dem gegenwärtigen Geschäftsumfang zu entsprechen hat.

§ 15

Verzeichnis des Leistungserbringers; Medizinproduktebuch

- (1) Für Hilfsmittel, die auf Basis einer Versorgungspauschale abgegeben, geliefert angepasst und hergestellt und solche die insbesondere elektrisch betrieben werden, führt der Leistungserbringer ein digitales Verzeichnis.
- (2) In dem Verzeichnis sind folgende Angaben zu erfassen:

- Krankenversicherungsnummer, Name und Anschrift des Versicherten;
 - Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des Leistungserbringers;
 - 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach § 139 SGB V bzw. Abrechnungspositionsnummer nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen
 - Bezeichnung des Hilfsmittels
 - Nummer nach dem UDI-System – soweit vorhanden –
ansonsten:
 - Seriennummer *oder Loscode*
 - Artikelnummer
 - Herstellungsdatum
 - Anschaffungsdatum oder -jahr
 - die der CE-Kennzeichnung hinzugefügte Kennnummer der Benannten Stelle, soweit diese vom Hersteller oder vom Leistungserbringer anzugeben ist
 - eine innerbetriebliche Nummer (z.B. Inventarnummer), soweit vorhanden
 - Datum der letzten, vorsorglichen Instandhaltung, sicherheitstechnischen Kontrolle und Wartung unter namentlicher Nennung des Durchführenden
- (3) Zudem hat der Leistungserbringer seinen Namen, Anschrift und Telefonnummer gut sichtbar – z.B. mittels eines Aufklebers – am abgegebenen, gelieferten, angepassten und hergestellten für Hilfsmittel nach Absatz 1 und zugleich an der zu übergebenden Gebrauchsanweisung anzubringen.
- (4) Auf Anforderung der AOK RPS hat der Leistungserbringer unentgeltlich Ausdrucke oder eine Aufstellung in digitaler Form aus dem digitalen Verzeichnis zu übermitteln.
- (5) Der Leistungserbringer hat ein digitales Medizinproduktebuch gemäß § 12 MPBetreibV zu führen. Auf Anforderung der AOK RPS sind hiervon Dateien unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu übersenden.
- (6) Bisherige nichtdigitale Aufzeichnungen behalten ihre Gültigkeit.

§ 16

Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit

- (1) Für die AOK RPS besteht die gesetzliche Aufgabe, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überprüfen. Die AOK RPS ist jederzeit berechtigt, die Qualität, Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (2) Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK RPS die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Erstberatung vorzulegen und die Aufzeichnungen über den Verlauf der Versorgung mit Hilfsmitteln, des erforderlichen Zubehörs und Verbrauchsmaterials zu übermitteln. Dazu gehört auch die kurzfristige Übermittlung eines Nachweises der an die Versicherten gelieferten Hilfsmittel einschließlich des Zubehörs und Verbrauchsmaterials sowie weitere Angaben zu den erbrachten Dienst- und Serviceleistungen, wie der durchgeführten Instandhaltungsmaßnahmen und Reparaturen, sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen, messtechnischen Kontrollen als auch bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung. Dokumentationen nach diesem Rahmenvertrag wie nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen hat der Leistungserbringer auf Verlangen der AOK RPS in Kopie oder als Ausdrucke vorzulegen. Ebenso informiert der Leistungserbringer die AOK RPS über die Höhe der Mehrkosten und übermittelt diese stets per DTA.

- (3) Sofern die AOK RPS klärungsbedürftige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen und Informationen der AOK RPS zu übermitteln. Auf Anforderung der AOK übermittelt der Leistungserbringer unentgeltlich korrigierte Daten per DTA nach § 302 SGB V.
- (4) Zur Sicherung der Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Versorgung übermittelt der Leistungserbringer bei Abgabe eines mehrkostenpflichtigen Hilfsmittels nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V im Rahmen des DTA stets das Verwendungskennzeichen „06“. Das Verwendungskennzeichen „06“ hat dabei stets Priorität, und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Neu- oder Erst- „00“, Nach- „04“, Folge- „10“ oder Ersatzversorgung „11“ bzw. ob es sich um eine Versorgungspauschale „08“ oder „09“ handelt. Absatz 3 ist anzuwenden.
- (5) Die Überprüfung der Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung nach § 45 SGB I zeitlich begrenzt.

§ 17 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz zu einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen seinen Arbeitnehmern bzw. beauftragten Dritten bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Zusätzlich verpflichtet der Leistungserbringer seine Arbeitnehmer und ggf. beauftragte Dritte schriftlich zur Einhaltung der daten- und sozialdatenschutzrechtlichen Bestimmungen. Auf Verlangen der AOK RPS übermittelt er kostenlos Kopien der Erklärungen seiner Arbeitnehmer sowie der von ihm beauftragten Dritten, soweit die AOK RPS von einer Datenschutzverletzung Kenntnis erlangt bzw. festgestellt hat.
- (2) Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist nur nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der AOK RPS, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer sowie dessen Arbeitnehmer bzw. beauftragte Dritte unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sowie der Sozialdaten auch über die Laufzeit des Rahmenvertrages und der Hilfsmittelverträge hinaus sicherzustellen.

§ 18 Vertragsverstöße, -maßnahmen und -strafen

- (1) Verstößt ein Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz, diesem Rahmenvertrag oder den Hilfsmittelversorgungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, kann die AOK RPS nach schriftlicher oder mündlicher Anhörung des Leistungserbringers:
 - eine Verwarnung bzw. Androhung einer Vertragsstrafe aussprechen;
 - die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe verlangen;
 - bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen den Rahmenvertrag, die Hilfsmittelversorgungsverträge bzw. Teile hiervon fristlos kündigen oder

- bei schwerwiegenden und wiederholten Vertragsverstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.

Bei der Auswahl der zuvor genannten Maßnahmen ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wahren. Die Maßnahmen können auch nebeneinander verhängt werden. Die Vertragsstrafe kann – nach einer weiteren schriftlichen Androhung – wiederholt ausgesprochen werden. Zur mündlichen Anhörung kann der Leistungserbringer einen Vertreter der Innung, des Fachverbandes oder einen anderen Interessensvertreter mitbringen.

(2) Als Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:

- schuldhaft unterlassene Information, Aufklärung und Beratung des Versicherten oder der sonstigen Personen nach § 6, auch im Rahmen der Nachbetreuung;
- ausschließliches Angebot von mehrkostenpflichtigen Hilfsmitteln nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V;
- schuldhaft unterlassene Anleitung, Ausbildung und Schulung in den Gebrauch und Pflege des Hilfsmittels nach § 7, auch im Rahmen der Nachbetreuung;
- schuldhaft falsche Abrechnung. Dies betrifft insbesondere die Inrechnungstellung von Hilfsmitteln, Produkten oder Leistungen, die nicht oder nur teilweise abgegeben, geliefert, angepasst oder hergestellt wurden;
- mehrfache fehlerhafte Abrechnung von Hilfsmitteln, indem schuldhaft die unrichtige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gemäß § 139 SGB V bzw. Abrechnungspositionsnummer nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen verwendet wird, insbesondere wenn mit der Pseudonummer (letzten 4-Stellen der Hilfsmittelverzeichnisnummer) trotz Hinweises der AOK RPS abgerechnet wird, es sei denn, dass anderslautende Regelungen in den Hilfsmittelversorgungsverträgen vereinbart wurden. Das Verschulden wird vermutet, sofern 10% der Rechnung insoweit fehlerhaft ist;
- wiederholte, schuldhaft falsche Abrechnung von Hilfsmitteln, Produkten oder Leistungen, die nicht der vertragsärztlichen Verordnung bzw. der Verordnung, die im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt, entsprechen;
- Vordatierung oder -quittierung von Leistungen oder Versorgungsleistungen, insbesondere auf den Verordnungen, den Empfangsbestätigungen der jeweiligen Hilfsmittelversorgungsverträge oder auf den **Anlagen 3 und 4** mit Ausnahme der Notversorgung;
- schuldhaftes Nichterfüllen der Präqualifizierungskriterien laut des Kriterienkataloges des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Insbesondere auch die Nichtanzeige vom Wegfall einer oder mehrerer Voraussetzung/en der Präqualifizierung über einen Zeitraum von mehr als einem Monat seit Wegfall der Voraussetzung/en;
- Qualitätsmängel bei der Versorgung sowie den Dienst- und Serviceleistungen, die eine konkrete Lebens-, Körper- und Gesundheitsgefährdung des Versicherten zur Folge haben und durch den Leistungserbringer verschuldet sind. Insbesondere bei Nichtausführung von notwendigen Instandhaltungsmaßnahmen oder Reparaturen und sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen wie auch messtechnischen Kontrollen;
- Nichtbeachtung der gemeinsamen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut sowie der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukten bei der bestimmungsgemäß keimarmen und sterilen Aufbereitung von Hilfsmitteln, die zu einer zuvor beschriebenen konkreten Gefährdung des Versicherten führen;
- Forderung oder Annahme einer zusätzlichen Vergütung von Versicherten für eine vertraglich geregelte Hilfsmittelversorgung, die nicht den gesetzlichen oder ver-

traglichen Regelungen entspricht. Ausgenommen bleibt die Annahme von Zahlungen nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 Satz 1 sowie nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V bei Versichertenwünschen für vergleichbare Hilfsmittel, Produkte und Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, soweit der Versicherte zuvor ordnungsgemäß nach § 6 informiert, aufgeklärt und beraten und dies nach **Anlage 2** oder nach den Anlagen der Hilfsmittelversorgungsverträge vollständig und ordnungsgemäß dokumentiert worden ist;

- Annahme von Verordnungen und deren Weitergabe (Vermittlung) an andere Leistungserbringer oder Dritte gegen Entgelt oder anderer Vorteile auch zugunsten Dritter;
- Vergütung oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an Vertragsärzte, Krankenhausärzte oder stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer für die Verordnung von Hilfsmitteln, Produkten oder Leistungen;
- Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer wirtschaftlicher Vorteile durch den Leistungserbringer für die Zuweisung von Versicherten;
- Verträge zwischen Leistungserbringern und Verordnern, auch mit stationären Einrichtungen, die die Erbringung oder Vermittlung von Hilfsmitteln, Produkten oder Leistungen für Versicherte zum Gegenstand haben;
- eigenmächtige Änderungen und Ergänzungen der Verordnung;
- schuldhafte Verstöße gegen § 128 Abs. 1 und 2 SGB V;
- Übernahme der Vergütung einer Rechtsdienstleistung durch den Leistungserbringer für den Versicherten im Rahmen der Durchsetzung von Leistungsansprüchen;
- Verfügungen über Hilfsmittel, die auf Basis einer Versorgungspauschale vergütet werden, ohne Zustimmung der AOK RPS (§ 12 Absatz 2 Satz 3);
- Fehlen einer Berufshaftpflichtversicherung;
- schuldhafte Zuwiderhandlungen gegen die gesetzlichen Bestimmungen des Daten- und Sozialdatenschutzes;
- wiederholte Erstellung nicht vertragskonformer Kostenvoranschläge und Rechnungen;
- schuldhaft lückenhafte Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Dokumentationsverpflichtungen;
- Nichterhebung der statistischen Daten nach den Hilfsmittelversorgungsverträgen bzw. dieses Rahmenvertrages;
- Vereinbarungen oder Zusammenarbeit mit Dritten, die zur Umgehung von Regelungen des Rahmenvertrages führen; insbesondere dieses Paragraphen.

(3) Als grobe Verstöße sind insbesondere anzusehen, sofern der Leistungserbringer schuldhaft folgende Regelungen des Rahmenvertrages nicht einhält:

- § 4 Absatz 4
- § 10 Absatz 2 Satz 4
- § 12 Absatz 6 Satz 1 und § 12a Absatz 3 Satz 1
- § 14 Absatz 1
- § 14 Absatz 10 (insb. Verwendung nichtvalidierter Verfahren)
- § 15 Absatz 1, 2 und 5
- § 16 Absatz 2 Satz 4
- § 16 Absatz 4

Hierfür kann eine dem groben Verstoß angemessene Vertragsstrafe angedroht werden. Hält der Leistungserbringer nach Androhung der Vertragsstrafe weiterhin die in Satz 1 genannten rahmenvertraglichen Regelung nicht ein, so kann die AOK RPS die angedrohte Vertragsstrafe verlangen.

(4) Bei Verstößen gegen folgende Regelungen dieses Rahmenvertrages:

- § 8 Absatz 3 Punkt 6 (Abgabe und Lieferung eines nicht gelisteten und ungeeigneten Hilfsmittels entgegen der Aufforderung AOK RPS)
- § 14 Absatz 15 Satz 2 (unangemessene Berufshaftpflichtversicherung, die nicht dem gegenwärtigen Geschäftsumfang entspricht)
- § 16 Absatz 2 Satz 1 und 2 (fehlende Mitwirkung des Leistungserbringers)
- § 17 Absatz 1 Satz 3 (indem die Arbeitnehmer bzw. beauftragte Dritte vom Leistungserbringer nicht zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet werden)
- § 17 Absätze 2 bis 4

ist eine Vertragsstrafe von bis zu 2.500,00 EUR nach einer Androhung für jeden Einzelfall anzuordnen. Nach einer wiederholten Androhung kann die Vertragsstrafe verlangt werden.

(5) Bei Verstößen gegen die Dokumentations-, Auskunfts- und Übermittlungspflichten des Leistungserbringers nach den Hilfsmittelversorgungsverträge und insbesondere gegen die Regelungen dieses Rahmenvertrages nach:

- § 6 Absatz 2 Satz 1 bis 4
- § 6 Absatz 4 Satz 3
- § 7 Absatz 4 Satz 1 bis 3
- § 8 Absatz 3 Punkt 11
- § 8 Absatz 3 Punkt 12 Satz 6
- § 8 Absatz 5 Satz 2
- § 14 Absatz 9 Satz 1
- § 14 Absatz 9 Satz 2
- § 14 Absatz 14
- § 15 Absatz 5
- § 16 Absatz 2 Satz 3

soweit auf Verlangen der AOK RPS geforderte Dokumentationen, Aufzeichnungen, Auflistungen oder Kopien vom Leistungserbringer nicht übermittelt bzw. Auskünfte nicht erteilt werden, ist eine Vertragsstrafe von mindestens 50,00 EUR je Verstoß zu verhängen, und zwar nachdem der Leistungserbringer bezüglich der Übersendung der geforderte Dokumentationen, Aufzeichnungen, Auflistungen oder Kopien bzw. der Erteilung der Auskünfte angemahnt und an die Mahnung erinnert worden ist.

(6) Bestehen Zweifel beim Leistungserbringer, ob eine bestimmte Handlung oder Untätigkeit des Leistungserbringers einen möglichen Vertragsverstoß gegen diesen Rahmenvertrag oder die Hilfsmittelversorgungsverträge bedeutet, kann der Leistungserbringer dies der AOK RPS anzeigen, um die Vertragsstrafe abzuwenden. Für Verfahren nach § 197a SGB V gilt dies nicht. Stellt die AOK RPS ohne Zutun des Leistungserbringers ein Vertragsstrafen würdiges Verhalten beim Leistungserbringer fest, entfällt für ihn diese Form der Entschuldigung.

(7) Der AOK RPS bleibt es unbenommen, darüber hinausgehende Schadensersatzansprüche geltend zu machen.

§ 19

Vertragsbeginn und Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag ist ab dem 1. Juli 2019 anwendbar und gilt für alle ab dem 1. Juli 2019 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen bzw. erteilten Aufträge. Der Rahmenvertrag vom 23. Juli 2010 wird zum 30. Juni 2019 beendet.

- (2) Er kann ganz oder teilweise, frühestens zum 30. Juni 2021, mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendermonats schriftlich gekündigt werden. Bei einer Kündigung gegenüber der Innung und dem Fachverband endet der Rahmenvertrag auch für den gemäß § 127 Abs. 2 SGB V beigetretenen Leistungserbringer, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (3) Der Rahmenvertrag gilt im Fall einer Kündigung bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages weiter; längstens jedoch für 6 Monate. Die AOK RPS nimmt unverzüglich Verhandlungen mit der Innung und dem Fachverband auf.
- (4) Laufende oder abgeschlossene Hilfsmittelversorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie sind nach dem Rahmenvertrag sowie nach dem jeweiligen Hilfsmittelversorgungsverträgen zu Ende zu führen.
- (5) Ergeben sich Änderungen im praktischen Verfahrensablauf, insbesondere bei der Abrechnung, Genehmigung und Hilfsmittelversorgung, kann dieser Rahmenvertrag einvernehmlich zwischen der Innung, dem Fachverband und der AOK RPS kurzfristig geändert werden; dies gilt auch bei der Umsetzung der MPBetreibV.
- (6) Änderungen dieses Rahmenvertrages hat der Leistungserbringer nach Unterzeichnung der Anerkenntnis- und Beitrittserklärung (**Anlage 1**) unmittelbar gegen sich gelten zu lassen, wenn er nach Bekanntgabe des geänderten Rahmenvertrages diesen nicht innerhalb von 4 Wochen kündigt.

Eisenberg, 29. Mai 2019

Orthopädietechniker Innung -
Südwest vertreten durch
Obermeister Josef Lammert

AOK – Die Gesundheitskasse
Rheinland-Pfalz/Saarland
Dr. Martina Niemeyer
Vorstandsvorsitzende

Fachverband für Orthopädie- und
Reha-Technik, sowie Sanitätsfach-
handel Rheinland-Pfalz e.V.
vertreten durch Josef Lammert
Vorstandsvorsitzender

Anerkenntnis- und Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 1 SGB V vom 29. Mai 2019

zwischen der

**Orthopädietechniker-Innung
Südwest**
Burgstraße 39
67659 Kaiserslautern

dem

**Fachverband für Orthopädie- und Reha-Technik,
sowie Sanitätsfachhandel Rheinland-Pfalz e.V.**
Burgstraße 39
67659 Kaiserslautern

und der

**AOK – Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz/Saarland**
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg

Hiermit trete ich als präqualifiziert Leistungserbringer dem Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 1 SGB V vom 29. Mai 2019 bei.

Ein Exemplar dieses Rahmenvertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse ihn in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten.

Gleichzeitig erkläre ich mich bereit, dass ich Änderungen dieses Rahmenvertrags anerkenne, soweit ich nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe des geänderten Rahmenvertrages von dem mir nach § 19 Absatz 6 eingeräumten Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht habe.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

IK-Nr: _____

*Kopie oder Scan der vertragsärztlichen Verordnung
oder Datenfeld*

Datenfeld Versicherter
Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer

Datenfeld Leistungserbringer
durchführender Mitarbeiter/in
Name – Adresse – IK des Leistungserbringers

- Vor der Inanspruchnahme hat mich der Leistungserbringer darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 SGB V für meine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Hierzu sind mir **verschiedene mehrkostenfreie** Hilfsmittel angeboten worden, die der vertragsärztlichen Verordnung entsprechen.
- Obwohl ich über die Möglichkeiten einer mehrkostenfreien Hilfsmittelversorgung informiert, aufgeklärt und beraten worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine Hilfsmittelversorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht und die mit Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten für mich verbunden ist.

Es wurde die Abgabe, Lieferung, Anpassung oder Herstellung von folgenden mehrkostenpflichtigen Hilfsmitteln vereinbart:

Hilfsmittelpositionsnummer	Serien-/ vorrangig UDI-System-Nr.	Stückzahl	Mehrkosten in EUR*pro Monat/Stück*
_____	_____	_____	_____

Die Mehrkosten entstehen aufgrund

- einer höherwertigen Versorgung als medizinisch notwendig
- sonstiges (persönliche Gründe oder Eigenschaften): _____

Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, Betreuers, Angehörigen ggf. Pflegers*

Unterschrift des Leistungserbringers

* Unzutreffendes streichen

Datenfeld Versicherter Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer	Datenfeld Leistungserbringer Name – Adresse – IK des Leistungserbringers
--	---

1. Empfangsbestätigung des Versicherten

Hiermit erkläre ich, dass mir das unten genannte Hilfsmittel in funktionsfähigem und einwandfreiem Zustand einschließlich des Zubehörs sowie notwendiger Informationen (z.B. Gebrauchsanweisung, Hinweise zur Instandhaltung bzw. sicherheitstechnischen Kontrolle) übergeben wurde.

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (ggf. PZN)	
Genauere Produkt- bzw. Hilfsmittelbezeichnung	
Seriennummer oder vorzugsweise UDI-Systemnummer	
Registernummer (MIP-Beleg) nur bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln	
Empfangsdatum	_____ . _____ . 20_____
weitere Informationen	<input type="checkbox"/> Gebrauchsanweisung <input type="checkbox"/> und sonstiges: _____

2. Verpflichtungserklärungen des Versicherten (Leihvertrag):

Als Versicherter der AOK RPS verpflichte ich mich,

- a) das Hilfsmittel sorgsam und pfleglich zu benutzen;
- b) das Hilfsmittel gegen Schäden, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern;
- c) für Schäden aufgrund von fahrlässigem oder vorsätzlichem Verhalten oder offensichtlich unsachgemäßer Benutzung aufzukommen und die daraus resultierenden Kosten der Reparatur und Instandhaltung zu tragen;
- d) das Hilfsmittel nicht an Dritte zu überlassen, zu verleihen, zu verpfänden oder zu übereignen;
- e) Funktionsstörungen, Defekte und erkennbar werdende Reparaturen umgehend dem Leistungserbringer zu melden;
- f) die AOK RPS und den Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes sowie der Krankenversicherung umgehend zu informieren; (Insoweit ist der umzugsbedingte Transport des Hilfsmittels beim Wechsel des Wohnorts bzw. des dauerhaften Aufenthaltsorts des Versicherten keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und erfolgt auf Kosten und Verantwortung des Versicherten.);
- g) sofern der medizinische Grund für die Hilfsmittelversorgung entfällt (Therapieänderung, -erreicherung oder -abbruch) oder wenn das Hilfsmittel nicht mehr benutzt wird, sind hiervon sowohl der Leistungserbringer als auch die AOK RPS umgehend zu informieren;
- h) nach Nutzungswegfall umgehend die Rückholung des Hilfsmittels gegenüber dem Leistungserbringer zu veranlassen;
- i) die Rückgabe des Hilfsmittels am Wohnort bzw. dauerhaften Aufenthaltsort zu ermöglichen und bei der Durchführung mitzuwirken;
- j) die Rückgabe ist vom Versicherten stets schriftlich zu bestätigen.

3. Hinweis: Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung wird (z.B. bei Rollstühlen, die am Straßenverkehr teilnehmen) empfohlen.

Die vorstehenden Regelungen und Sorgfaltspflichten habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich bereit, diese einzuhalten. Eine Kopie dieser Verpflichtungserklärung wurde mir ausgehändigt.

Datum, Ort	Unterschrift des Versicherten	Unterschrift Leistungserbringer
Datum, Ort	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, Betreuers, Angehörigen, ggf. Pflegeperson (Unzutreffendes streichen)	

Empfangsbestätigung des Versicherten bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln
(sofern in den Hilfsmittelversorgungsverträgen keine Regelung getroffen ist)

Datenfeld Versicherter Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer	Datenfeld Leistungserbringer Name – Adresse – IK Leistungserbringer
Hiermit bestätige ich, das Hilfsmittel _____ (genaue Bezeichnung des Hilfsmittels) _____ (Hilfsmittelpositionsnummer stets 10-stellig; ggf. PZN) _____ Seriennummer oder vorzugsweise UDI-System-Nr.	
am ____ . ____ . 20____ ggf. um ____ : ____ Uhr	<input type="checkbox"/> in funktionsfähigem und einwandfreiem Zustand <input type="checkbox"/> nebst erforderlichem Zubehör <input type="checkbox"/> mit Gebrauchsanweisung <input type="checkbox"/> mit notwendigen Informationen <input type="checkbox"/> und sonstiges: _____ erhalten zu haben.
_____ Datum, Ort	_____ Unterschrift des Versicherten _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, Betreuers, Angehörigen, ggf. der Pflegeperson* * Unzutreffendes streichen

Eigentumsübertragung auf den Versicherten

Hiermit nehme ich die Übereignung des Eigentums an dem oben bezeichneten Hilfsmittel an und erkläre mich bereit es ordnungsgemäß zu gebrauchen, zu pflegen sowie wirtschaftlich insbesondere bedarfsgerecht einzusetzen.	
_____ Datum, Ort	_____ Unterschrift des Versicherten _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, Betreuers, Angehörigen, ggf. der Pflegeperson* * Unzutreffendes streichen

Zur Nutzung sowie Übermittlung von elektronischen Kostenvoranschlägen (eKV) im Rahmen der Hilfsmittelversorgung gilt Folgendes:

1. Datenübermittlung

Kostenvoranschläge für genehmigungspflichtige Hilfsmittel sind in elektronischer Form an die AOK RPS zu übermitteln.

Der eKV basiert auf der Übermittlung der erforderlichen Daten vom Leistungserbringer an die AOK RPS und zurück in Form eines bidirektionalen Datenaustausches. Das bedeutet, dass sowohl der Hin- als auch der Rückweg papierlos erfolgt.

Notwendige Anlagen sind als eingescannte Objekte, welche mit den Originalbelegen identisch sein müssen, dem eKV beizufügen.

2. Pflichten der AOK RPS

Die AOK RPS verpflichtet sich, dem Leistungserbringer einen Ansprechpartner für den eKV zu benennen und alle zur Durchführung des eKV notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die AOK RPS übermittelt dem Leistungserbringer grundsätzlich auf elektronischem Weg Informationen zum Versorgungsfall und zur Leistungsentscheidung.

3. Pflichten des Leistungserbringers

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die grundsätzlichen Eingabehilfen sowie ggf. spezifische Eingabehilfen der AOK RPS bezogen auf die jeweilige Produktgruppe in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Diese sind im Gesundheitspartnerportal der AOK RPS veröffentlicht:

https://www.aok-gesundheits-partner.de/rp/hilfsmittel/elektronischer_kostenvoranschlag/eingabehilfen/index.html

Er benennt Ansprechpartner mit Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse, um der AOK RPS alle zum Betrieb notwendigen Informationen zur Durchführung des eKV zur Verfügung zu stellen. Bei Änderungen sind diese der AOK RPS mitzuteilen.

4. Vergütung

Weder die AOK RPS noch der Leistungserbringer beanspruchen Vergütungen für den eKV.

Vereinbarungen mit Branchensoftware- und/oder IT-Dienstleistern erfolgen gesondert und sind kein Bestandteil dieses Vertrages.