

Vereinbarung über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Dekubitustherapie und Statischen Positionierungshilfen

zwischen

**AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Straße 2
61352 Bad Homburg v. d. H.**

(nachfolgend AOK Hessen genannt)

und

Beitrittsvertrag

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

wird folgende Vereinbarung gemäß § 127 Absatz 2 SGB V geschlossen:

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit der Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt.
Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Präambel

Aufgrund der vielfältigen Ursachen für die Entstehung eines Dekubitalulkus kann keine einheitliche Empfehlung zur Verwendung bestimmter Produktarten, bei z.B. bestimmten Risikostufen oder Dekubitusstadien, gegeben werden. Die Produkte der Produktgruppe 11 dienen nicht isoliert der Wundbehandlung. Vielmehr soll durch die Entlastung der gefährdeten Stellen einem Dekubitus vorgebeugt und bei bereits vorhandenen Dekubitalulzera durch Vermeidung bzw. Verminderung von Risikofaktoren der Heilungsprozess unterstützt werden. Auch ist eine Auswahl des Produktes nach dem Dekubitusstadium nicht sinnvoll, beschreibt dieser doch nur den Zustand einer Wunde und lässt keine Rückschlüsse auf die durchzuführende Therapie und damit auf die erforderlichen Produkteigenschaften zu, gleiches gilt analog für das Risiko. Vielmehr sollen bei der Auswahl eines Produktes die Fähigkeitsstörungen des Versicherten und die Funktionseigenschaften des Produktes aufeinander abgestimmt werden.

(Quelle Hilfsmittelverzeichnis)

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung nach § 127 Abs. 2 SGB V ist die Sicherstellung der aufzahlungs-freien Versorgung der Versicherten der AOK Hessen mit Hilfsmitteln zur Dekubitustherapie und mit Statischen Positionierungshilfen.

Die Versorgung beinhaltet entsprechend der ärztlichen Verordnung, sowie der pflegerischen und me-dizinischen Notwendigkeit, Hilfsmittel zur Dekubitustherapie und der Statischen Positionierung, ein-schließlich der erforderlichen Reparaturen, sicherheitstechnischen Kontrollen, Wartungen, des Zube-hörs zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und somit des Therapieerfolges. Dies gilt gleicherma-ßen für Erstversorgungen als auch für bereits in der Versorgung befindliche Versicherte der AOK Hessen.

Die Vergütung der vertragsgegenständlichen Leistungen erfolgt auf Basis von Vergütungspauschalen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung.

§ 2

Geltungsbereich

Diese Vereinbarung nebst Anlagen gilt für alle nach § 3 dieser Vereinbarung versorgungsberechtigten Leistungserbringer.

§ 3

Versorgungsberechtigung

- (1) Versorgungsberechtigt sind Leistungserbringer, die die Präqualifizierungsvoraus-setzungen ent-sprechend den Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V einschließlich des für die Produktgruppe 11 maßgeblichen Kriterienkatalogs erfüllen.
- (2) Die Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzungen gemäß Absatz 1 ist der AOK Hessen grund-sätzlich durch Vorlage der entsprechenden Bestätigung einer anerkannten Präqualifizierungsstelle nachzuweisen. Kann eine solche Bescheinigung nicht vorgelegt werden, ist der Nachweis durch Vorlage sämtlicher im Präqualifizierungsverfahren vorzulegender Unterlagen bei der AOK Hessen zu führen.
- (3) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus folgende Mitteilungspflichten gegenüber der AOK Hes-sen:

1. Unverzügliche Mitteilung über Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhält-nissen in Bezug auf die in Absatz 1 geregelte Versorgungsberechtigung,

2. Unverzügliche Mitteilung über eine entsprechende Anzeige gegenüber der Präqualifizierungsstelle gemäß § 126 Absatz 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern,
 3. Unverzügliche Mitteilung über alle Entscheidungen der Präqualifizierungsstelle in Bezug auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen der Präqualifizierungsvoraussetzungen sowie insbesondere über eine Beschränkung, Aussetzung oder Zurückziehung von erteilten Bestätigungen.
- (4) Die Versorgungsberechtigung kann durch die AOK Hessen eingeschränkt werden, soweit die Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung (Absatz 1) nicht mehr vorliegen und der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Wenn der Leistungserbringer gem. Absatz 2 Satz 1 präqualifiziert wurde und es sich bei der fehlenden Voraussetzung um eine Präqualifizierungsvoraussetzung handelt, kann die Versorgungsberechtigung grundsätzlich nur nach einer entsprechenden Entscheidung der Präqualifizierungsstelle eingeschränkt werden, es sei denn, der Mangel ist offensichtlich und der Leistungserbringer erfüllt seine Mitteilungspflichten gemäß Absatz 3 Nr. 2 oder Nr. 3 nicht oder der Mangel ist offensichtlich, aber die Präqualifizierungsstelle trifft keine Entscheidung, weil sie ihre Tätigkeit eingestellt hat oder weil ihr die Benennung als Präqualifizierungsstelle entzogen wurde.
 - (5) Für Leistungserbringer mit Filialen ist für jede Betriebsstätte die Anlage 6 getrennt einzureichen. Neue Betriebsstätten können erst dann die Versorgung zu Lasten der AOK Hessen durchführen, wenn die Versorgungsberechtigung seitens der AOK Hessen geprüft und bestätigt wurde. Die AOK Hessen hat das Recht, bei fehlender Grundeignung (s. Präqualifizierungsrichtlinien Anlage 4) einzelner Betriebsstätten dem Antrag auf Vertragsbeitritt zu widersprechen.
 - (6) Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Er sorgt dafür, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung eingesetzt werden, an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - fachspezifische medizinische Fortbildung,
 - Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - Handhabung von neuen Produkten.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringern.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung (§ 12 SGB V i. V. m. § 70 SGB V) der Versicherten. Er stellt sicher, dass die Leistungen nach dieser Vereinbarung unter seiner fachlichen Leitung von qualifiziertem Personal erbracht werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Versorgung die Hilfsmittel-Richtlinien sowie das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zu beachten und die erforderliche Leistungsbereitschaft in personeller, fachlicher sowie sachlicher Hinsicht für eine ordnungsgemäße Versorgung sicherzustellen.
- (3) Die Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus von NPUAP und EPUAP ist zu beachten. Das internationale Klassifikationssystem für Dekubitus von NPUAP/EPUAP ist Grundlage für die Klassifikation der Kategorien/Stadien des Dekubitus.

- (4) Die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfolgt gemäß § 33 Absatz 5a SGB V gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung. Hierbei ist eine Krankenhaus-Verordnung einer Verordnung nach Muster 16 gleichgestellt.
- (5) Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistung ist nur gestattet, wenn sich die Versorgungsberechtigung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine Weitergabe von Verordnungen, für die keine Versorgungsberechtigung besteht, an andere Stellen ist nicht gestattet. In diesem Fall ist die Verordnung wieder an den Versicherten zurück zu geben. Die zu erbringende Versorgungsleistung ist eine persönliche Leistung des dafür jeweils erforderlichen Fachpersonals. Sie ist nicht delegierbar. Ein Versand von Hilfsmitteln ist nicht gestattet. Ausgenommen hiervon sind einfache Anti-Dekubitus-Sitzhilfen und Positionierungshilfen.
- (6) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen (Hilfsmittel-Richtlinien), sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen, nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist (Datum des Eingangsstempels).
- (7) Sofern die Auswahl des Hilfsmittels nicht in den eigenen Geschäftsräumen möglich ist, ist dies im Rahmen eines Hausbesuches durchzuführen. Erfolgt durch Nichtbeachtung des Satzes 1 eine Fehlversorgung, gehen alle daraus resultierenden Kosten grundsätzlich zu Lasten des Leistungserbringers.
- (8) Die nach dieser Vereinbarung zum Einsatz kommenden Hilfsmittel haben mindestens den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu entsprechen beziehungsweise mindestens die Qualitätskriterien des Hilfsmittelverzeichnisses zu erfüllen.
- (9) Für neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommene Produkte einer Produktart gelten grundsätzlich die Regelungen der Produktart.
- (10) Der Leistungserbringer hat die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel zu garantieren. Die Haftung richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben.
- (11) Die gesetzlichen und herstellerseitigen Vorgaben zu dem jeweiligen Medizinprodukt sind einzuhalten. Die Aufbereitung hat durch ein validiertes Verfahren gemäß Medizin-Produkte-Gesetz (MPG) und Medizin-Betreiber-Verordnung zu erfolgen.
- (12) Sofern eine notwendige Reparatur, Aufbereitung oder Wartung eines Hilfsmittels nicht unmittelbar durch den Leistungserbringer durchgeführt werden kann oder unwirtschaftlich ist, obliegt diesem die Organisation eines adäquaten Ersatzes, der unentgeltlich zur Verfügung zu stellen ist. Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen vorgenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (13) Kooperationsverträge mit anderen Leistungserbringern, die Leistungen nach dieser Vereinbarung betreffen, sind nur möglich, wenn auch der kooperierende Leistungserbringer seinerseits der Vereinbarung über die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln zur Dekubitustherapie und zur Statischen Positionierung beigetreten ist. Die Kooperation ist der AOK Hessen unverzüglich zur Kenntnis zu geben.
- (14) Sofern die AOK Hessen Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung eines Versicherten erlangt, erhält der Leistungserbringer eine entsprechende Mitteilung. Im umgekehrten Fall obliegt es dem Leistungserbringer, die AOK Hessen umgehend über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung des Versicherten zu informieren.
- (15) Der Leistungserbringer hat, sofern es die Beschaffenheit des Hilfsmittels zulässt, auf allen ausgelieferten Hilfsmitteln den Firmennamen und die Notdienstnummer gut sichtbar anzugeben.

- (16) Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels während der gesamten Versorgungsdauer.
- (17) Die Versorgung mit Hilfsmitteln beginnt mit der Übergabe an den Versicherten.
- (18) Die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel ist bei unveränderter Risikobewertung kostenfrei durchzuführen.

§ 5 Leistungsbeschreibung

- (1) Für die Versorgung mit den in der Anlage 2 vereinbarten Hilfsmitteln gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der ärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf. Die Auswahl des konkreten Hilfsmittels zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt – unter Beachtung der ärztlichen Verordnung – grundsätzlich dem Leistungserbringer.
- (2) Hat der Arzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Verwendung der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Leistungserbringer zur Abgabe dieses Produktes nur dann verpflichtet, wenn der Arzt eine medizinische Begründung angegeben hat. Dieses Produkt ist mit der Vergütungspauschale abgegolten. Liegt keine medizinische Begründung für ein konkretes Produkt vor, so hat die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Produktuntergruppe zu erfolgen.
- (3) Die Lieferung des Hilfsmittels hat innerhalb von 24 Stunden nach Auftragseingang bei dem Leistungserbringer zu erfolgen. Bei Neuversorgungen hat eine Lieferung des Hilfsmittels spätestens am Ende des ersten Arbeitstages, der auf den Tag folgt, an dem der Auftrag bei dem Leistungserbringer eingegangen ist, zu erfolgen.
- (4) Der Leistungserbringer hat einen technischen Notdienst sicherzustellen. Gemäß den organisatorischen Voraussetzungen der Präqualifizierungsrichtlinie für die PG 11, muss, neben der ständigen telefonischen Erreichbarkeit, auch ein Einsatz und eine Problemlösung vor Ort zeitnah sichergestellt werden.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, vor Beginn der Versorgung die Versicherten und gegebenenfalls deren Pflegekräfte und/oder Betreuungsperson(en) umfassend zu beraten. Für Anti-Dekubitus-Liegehilfen hat die Beratung grundsätzlich in der Häuslichkeit, oder falls erforderlich, auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung) zu erfolgen. Für Anti-Dekubitus-Sitzkissen und Positionierungshilfen muss vom Leistungserbringer eine persönliche Beratung des Versicherten sowie der Pflegepersonen sichergestellt werden. Auf Verlangen der Versicherten hat die Beratung in der Häuslichkeit zu erfolgen. Bei Lieferung ist der Versicherte oder dessen Betreuer in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen und es ist eine Bedienungsanleitung zu übergeben.
- (6) Die Produktauswahl zur Prophylaxe und Therapie von Dekubitalgeschwüren bis Kategorie/Stadium III gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP ist abhängig von den individuellen medizinisch-pflegerischen Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung gängiger Erhebungsparameter und umfasst insbesondere Weich- und Hohllagerungssysteme sowie Wechseldruckauflagen.
- (7) Die Versorgung mit einer Liege- oder Sitzhilfe bei Dekubitalgeschwüren der Kategorie/Stadium IV gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP umfasst insbesondere Wechseldruck-Ersatzsysteme und Luftstrom-Therapiesysteme, sofern diese für die Therapie unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten zwingend erforderlich sind.

- (8) Die Vergütungspauschalen für die Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Prophylaxe und Therapie von Dekubitalgeschwüren bis Kategorie/Stadium III gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP und mit einer statischen Positionierungshilfe, beinhaltet sämtliche Reparaturen und Wartungen inkl. sicherheitstechnischer und messtechnischer Kontrollen nach Herstellervorgabe. Die Handlingpauschale für Hilfsmittel zur Therapie eines Dekubitus Kategorie/Stadium IV gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP beinhalten alle sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen nach Herstellervorgabe. Reparaturen werden gesondert vergütet und sind mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.
- (9) Der Leistungserbringer dokumentiert den Patientenstatus und die Parameter, die Einfluss auf die Auswahl des Hilfsmittels haben, mittels eines geeigneten Erhebungsbogens. Der Erhebungsbogen ist durch den Leistungserbringer zu archivieren und auf Verlangen der AOK Hessen innerhalb von 3 Arbeitstagen elektronisch zu übermitteln.
- (10) Der Leistungserbringer hat für jeden Anspruchsberechtigten die Versorgung mit Anlage 7 zu dokumentieren. Die Anlagen 7 sind entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren (z.B. MPG, MedBetrVo, usw.) und auf Verlangen der AOK Hessen innerhalb von drei Arbeitstagen elektronisch an diese zu übermitteln.
- (11) Leistungen nach dieser Vereinbarung dürfen vom Leistungserbringer nicht abgewertet werden. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V).
Verlangt der Versicherte ausdrücklich ein höherpreisiges Produkt, so hat er gegenüber dem Leistungserbringer eine Erklärung im Sinne der Anlage 5 zu diesem Vertrag abzugeben und zu unterschreiben. Die Versichertenerklärung ist 12 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung, durch den Leistungserbringer zu archivieren und auf Verlangen der AOK Hessen innerhalb von drei Arbeitstagen elektronisch an diese zu übermitteln.
- (12) Der Leistungserbringer hat sich den Empfang der gelieferten Hilfsmittel zu Beginn der Versorgung in jedem Fall schriftlich (Anlage 3) durch den Anspruchsberechtigten oder dessen gesetzlichen Vertreter bestätigen zu lassen. Diese Bestätigung ist der AOK Hessen mit der Abrechnung vorzulegen. Statt der Anlage 3 können vom Leistungserbringer auch eigene Vordrucke verwendet werden, sofern diese inhaltsgleich sind. Vorausbescheinigungen sind unzulässig.
- (13) Für die Dauer einer Reparatur des Hilfsmittels hat der Leistungserbringer eine gleichwertige und kostenfreie Überbrückungsversorgung sicherzustellen.
- (14) Die Rückholung der in dieser Vereinbarung geregelten, im Eigentum des Leistungserbringers befindlichen Hilfsmittel, gleich aus welchem Grund, ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen. Hierfür können keine weiteren Ansprüche gegenüber der AOK Hessen geltend gemacht werden.
- (15) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich während des Zeitraumes der Pauschale die Versorgung sicherzustellen. Kann der Leistungserbringer die Versorgung – z.B. bei Umzug des Versicherten – nicht sicherstellen, sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung nach Rücksprache mit der AOK Hessen durch einen dieser Vereinbarung beigetretenen Leistungserbringer.
- (16) Bei Betriebsveräußerung bzw. Betriebsaufgabe sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung unter Beachtung des Datenschutzes und nach Rücksprache mit der AOK Hessen durch einen dieser Vereinbarung beigetretenen Leistungserbringer. Im Fall der Insolvenz ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Insolvenzverwalter umgehend an die AOK Hessen zu verweisen. In beiden Fällen sind der AOK Hessen unverzüglich Angaben zu den versorgten Versicherten (KV-Nummer, Name, Anschrift) schriftlich mitzuteilen.

- (17) In medizinisch begründeten Einzelfällen ist eine Umversorgung außerhalb der bereits vergüteten Pauschale nur möglich, wenn hierfür eine Kostenzusage der AOK Hessen vorliegt. Einzureichen ist ein elektronischer Kostenvoranschlag mit der entsprechenden ärztlichen Verordnung.

§ 6

Kostenvoranschläge

- (1) Der AOK Hessen sind die Kostenvoranschläge wie folgt zu übermitteln:
- Die versorgungsberechtigten Betriebe übermitteln ihre Kostenvoranschläge in Form eines elektronischen Kostenvoranschlages über eine der vorgesehenen Plattformen.
 - die ärztliche Verordnung und sonstige, neben dem Kostenvoranschlag erforderlichen Dokumente sind als Anlage zum elektronischen Kostenvoranschlag im PDF- beziehungsweise TIFF-Format zu übermitteln.
- (2) Die AOK Hessen verzichtet für folgende Versorgung bis auf Widerruf auf die Genehmigung der Vergütungspauschale:
- Versorgung mit einer Liegehilfe zur Therapie eines Dekubitus bis Kategorie/Stadium III nach NPUAP/EPUAP: Genehmigungsverzicht für die Erstvergütungspauschale sowie für die Folgevergütungspauschale,
 - Versorgung mit einer Liegehilfe zur Therapie eines Dekubitus bis Kategorie/Stadium IV nach NPUAP/EPUAP: Genehmigungsverzicht für die Folgehandlungspauschale,
 - Versorgung mit einer Sitzhilfe zur Therapie eines Dekubitus bis Kategorie/Stadium III nach NPUAP/EPUAP: Genehmigungsverzicht für die Vergütungspauschale,
 - Versorgung mit einer Positionierungshilfe zur Therapie eines Dekubitus: Genehmigungsverzicht für die Vergütungspauschale.

Der Genehmigungsverzicht erstreckt sich nicht auf die Versorgung von Versicherten, die bereits durch einen anderen Leistungserbringer versorgt wurden. In diesen Fällen ist ein Kostenvoranschlag erforderlich.

- (3) Der AOK Hessen bleibt es unbenommen, die eingereichten Unterlagen zu prüfen oder prüfen zu lassen.

§ 7

Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen richtet sich nach Anlage 2 dieser Vereinbarung, vorbehaltlich einer rechtswirksamen Festsetzung von Festbeträgen nach § 36 Abs. 2 SGB V. Soweit nicht anders geregelt, sind alle Preise Nettopreise zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer. Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst oder sein Fachpersonal erbracht wurden.
- (2) Die Vergütung der Versorgung mit einer Liege- oder Sitzhilfe zur Dekubitustherapie bis Kategorie/Stadium III gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP oder einer Positionierungshilfe erfolgt in Form einer Pauschale gemäß Anlage 2 inklusive aller Service- und Dienstleistungen. Der Leistungserbringer kann zu Beginn der Versorgung eine Vergütungspauschale (Erstpauschale) gemäß Anlage 2 abrechnen.
- Liege- oder Sitzhilfen für ein Nutzergewicht über 130 kg, Kinderversorgungen und Liegehilfen, welche nicht den Standardmaßen ca. 90 x 200 cm und ca. 100 x 200 cm entsprechen, fallen

nicht in die Pauschale und sind entsprechend der vertraglichen Regelung für Liege- und Sitzhilfen der Kategorie/Stadium IV (§ 7 Abs. 3) zu beantragen.

- (3) Für Versorgungen mit einer Liege- oder Sitzhilfe zur Dekubitustherapie der Kategorie/Stadium IV gemäß dem Klassifikationssystem von NPUAP/EPUAP, sowie Rückensystemen zur Dekubitustherapie, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag und reicht diesen mit einem geeigneten Erhebungsbogen in elektronischer Form bei der AOK Hessen ein. Die AOK Hessen prüft, ggf. durch den MDK, ob das beantragte Hilfsmittel den individuellen Anforderungen zur Dekubitustherapie des Versicherten entspricht. Gleiches gilt bei der Versorgung von Versicherten, bei denen kein Dekubitus der Kategorie/Stadium IV vorliegt, aufgrund von bestehenden Risikofaktoren eine Versorgung mit einem Hilfsmittel außerhalb der Pauschale der Kategorie/Stadium III aber benötigt wird. Ist das beantragte Hilfsmittel erforderlich, prüft die AOK Hessen, ob sich ein identisches oder ein vergleichbares Hilfsmittel in ihrem Bestand befindet und beauftragt, nach Benachrichtigung des Leistungserbringers, das Zentrallager der AOK Hessen das Hilfsmittel in gebrauchsfertigem Zustand an den Leistungserbringer zu liefern. Sofern sich kein geeignetes Hilfsmittel im Bestand der AOK Hessen befindet, erhält der Leistungserbringer eine schriftliche Kostenzusage zur Lieferung des beantragten Hilfsmittels. Zudem erhält der Leistungserbringer eine Handlingpauschale (Anlage 2) für die Versorgung.
- (4) Bestehen nach Ablauf einer Vergütungspauschale nach Absatz 2 oder einer Handlingpauschale nach Absatz 3 weiterhin die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertraglichen Voraussetzungen für die weitere Versorgung des betreffenden Versicherten, kann eine erneute Vergütungspauschale (Folgevergütungspauschale) gemäß Anlage 2 oder eine weitere Handlingpauschale (Folgehandlingpauschale) für Anti-Dekubitus-Liegehilfen abgerechnet werden. Eine ärztliche Verordnung ist in diesem Fall nicht erforderlich. Zudem verzichtet die AOK Hessen bis auf Widerruf auf eine Erklärung ihrer Versicherten zur Notwendigkeit der weiteren Nutzung des Hilfsmittels.
- (5) Eine Vergütungspauschale für alle in dieser Vereinbarung geregelten Hilfsmittel kann pro Vergütungszeitraum nur einmal mit der AOK Hessen abgerechnet werden. Insbesondere ist eine nochmalige Abrechnung einer Vergütungspauschale wegen Wohnortwechsels des Versicherten ausgeschlossen.
- (6) Mit der Vergütung sind alle Dienst- und Serviceleistungen, insbesondere
 - Beratung, auch außerhalb der Betriebsstätte sowie weitere Beratungen zum Beispiel bei Wechsel des Pflegepersonals,
 - Auswahl und Anpassung des Hilfsmittels,
 - Erstellen eines Erhebungsbogens,
 - Dokumentation der Versorgung (Anlage 7),
 - Auslieferung in gebrauchsfähigem Zustand und Montage,
 - Anleitung im Gebrauch des Hilfsmittels,
 - hygienische Aufarbeitung des Hilfsmittels,
 - Sicherheitstechnische Kontrollen,
 - Reparaturen (nur Hilfsmittel die sich im Eigentum des Leistungserbringers befinden)
 - 24-Stunden-Notdienst/Bereitschaftsdienst,
 - Transferkosten,

- Portokosten, Telefon- oder Faxgebühren, Internetgebühren, Beschaffungs-, Verpackungs- und Frachtkosten, Gebühren an Dritte, Versicherungen usw.,

abgegolten.

- (7) Neben der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V darf nur dann vom Versicherten eine Aufzahlung gefordert beziehungsweise angenommen werden, wenn die AOK Hessen die Kostenübernahmeerklärung in Form einer Kostenbeteiligung ausgesprochen hat. In diesem Fall darf vom Versicherten nur der Differenzbetrag als Aufzahlung gefordert werden.
- (8) Sofern der Versicherte nicht von einer Zuzahlung befreit ist, gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen. Für Folgepauschalen ist keine Zuzahlung zu leisten.
- (9) Der Leistungserbringer hat sich durch Vorlage des Befreiungsausweises davon zu überzeugen, dass die erteilte Befreiung noch gültig ist. Nur in diesem Fall ist eine Änderung der ärztlichen Verordnung durch den Leistungserbringer möglich.
- (10) Eine über die gesetzlichen Zuzahlungsverpflichtungen hinausgehende Forderung einer Aufzahlung/Kostenbeteiligung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn, der Versicherte hat trotz der ausführlichen Information des Leistungserbringers ausdrücklich ein höherpreisiges Produkt oder eine über die Vereinbarung hinausgehende Lieferung von Extrazubehör usw. verlangt.
- (11) Sofern vom Leistungserbringer ein ärztlich verordnetes Produkt abgegeben und gegenüber der AOK Hessen abgerechnet wird, für das auf Grund seiner leistungsrechtlichen Bewertung keine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die AOK Hessen berechtigt, den vom Leistungserbringer für dieses Produkt berechneten Betrag von der Rechnung abzusetzen.

§ 8

Abrechnung der Leistungen

- (1) Die Abrechnung erfolgt zentral über die von der AOK Hessen benannte Abrechnungsstelle.
- (2) Jede versorgungsberechtigte Betriebsstätte des Leistungserbringers muss über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, das bei der Abrechnung verwendet werden muss. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog eines externen Rechenzentrums). In diesem Fall ist jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.
- (3) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten, einschließlich der aktuellen Bankverbindung, sind ausschließlich der SVI (Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen – SVI -, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin) zu melden. Mitteilungen an die AOK Hessen oder ihren mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (4) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende zukünftige Vereinbarungen oder Verträge. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des Leistungserbringers beziehungsweise der Filiale/der Betriebsstätte einzureichen. Soweit die Zuzahlung nach § 33 SGB V zu entrichten ist, zieht der Leistungserbringer diese vom Versicherten ein.

(5) Die Rechnung muss mindestens, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, Folgendes erhalten:

- Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer),
- Krankenversichertennummer (vgl. § 5 Abs. 1 Buchstabe C der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern"),
- Name und Vorname sowie das Geburtsdatum des Versicherten,
- Versichertenstatus,
- Vertragsarztnummer (LANR und BSNR),
- Ausstellungsdatum der Verordnung,
- ärztliche Verordnung mit Empfangsbestätigung,
- gegebenenfalls Kostenvoranschlag mit Genehmigung der AOK Hessen,
- alle Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM-Code) und/oder Diagnoseklartext,
- Versichertenerklärung für Vergütungspauschalen,
- Leihvertrag für Hilfsmittel aus dem Kauf-/Wiedereinsatz-Verfahren,
- Rechnungsnummer oder Genehmigungsnummer der AOK Hessen,
- Kennzeichnung „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Sonstige“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Begr.-Pflicht“,
- Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- Art der abgegebenen Leistung,
- Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
- gegebenenfalls Reparaturauftrag des Hilfsmittel-Logistik-Centers,
- Hilfsmittelpositionsnummer,
- Datum der Leistungserbringung,
- gegebenenfalls Vergütungszeitraum,
- Einzelbetrag der Leistung,
- Gesamtsumme netto,
- Gesamtsumme brutto je Verordnungsbblatt,
- Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK).

Des Weiteren sind nachfolgend genannte Abrechnungskennzeichen (Leistungskennziffern) bei der Abrechnung zu verwenden:

- 00 Neulieferung
- 02 Wiedereinsatz
- 08 Vergütungspauschale (Erstvergütungspauschale),
- 09 Folgevergütungspauschale.

Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Die Unterlagen werden dann vollständig dem Leistungserbringer zurückgegeben. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

(6) Der Abrechnung ist, falls vertraglich nichts Abweichendes vorgesehen ist, grundsätzlich eine ärztliche Verordnung im Original beizufügen, aus der die Diagnose, die der Verordnung zu Grunde liegt, hervorgeht. Fehlt die der Verordnung entsprechende Diagnose oder ist diese offensichtlich falsch, ist der Leistungserbringer bei der Beschaffung behilflich. Ist dies nicht möglich, kann hilfsweise im Einzelfall die Diagnose nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt auf der Rückseite der Verordnung aufgetragen werden. Für Folgeversorgungen wird keine Verordnung benötigt.

- (7) Die AOK Hessen überweist den Rechnungsbetrag gemäß § 302 SGB V innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Als Eingangstag gilt bei persönlicher Übergabe oder bei Datenfernübertragung der Tag der Ablieferung, bei Übersendung durch die Post der Eingangsstempel der von der AOK Hessen benannten Stelle. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (8) Soweit der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt die AOK Hessen mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihr ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vorliegt. Schädigt die Abrechnungsstelle oder der Leistungserbringer anlässlich der Abrechnung die AOK Hessen, so haften Abrechnungsstelle und Leistungserbringer nach den gesetzlichen Bestimmungen, gegebenenfalls als Gesamtschuldner.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit. Bei anerkannten Forderungen hat die AOK Hessen das Recht, Beträge einzubehalten. Ebenso ist die AOK Hessen verpflichtet, Beträge nachzuzahlen.
- (10) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen wurden, nicht mehr geltend gemacht werden. Beanstandungen müssen binnen 12 Monaten nach Rechnungsstellung schriftlich geltend gemacht werden.
- (11) Verpfändet oder tritt der Leistungserbringer Forderungen aus Vertragsleistungen an Dritte ab, bleiben seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber der AOK Hessen davon unberührt.

§ 9 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach § 35 Abs. 1 SGB I, §§ 67 bis 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und eine entsprechende Schweigepflichterklärung unterzeichnet wird. Der Leistungserbringer überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle sowie Kooperationspartnern/Subunternehmern.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben gestattet.
- (3) Der Leistungserbringer, seine Mitarbeiter, sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der AOK Hessen, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK Hessen erforderlich sind, nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherten.

§ 10 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Hessen beziehen.
- (2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise nicht beeinflussen.

- (3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur einen Hersteller beziehen.
- (4) Es gelten die vom Bundesfachverband BVMed im Kodex „Medizinprodukte“ in der jeweils gültigen Fassung verankerten Verhaltensregeln.

§ 11

Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den Leistungserbringern

- (1) Hilfsmitteldepots von Leistungserbringern in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (2) Nicht zulässig sind regelmäßige Sprechstunden sowie das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten in Arztpraxen beziehungsweise in ärztlich geleiteten Einrichtungen.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Versicherten oder Verordnungen.
- (4) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich einzig und allein an der Versorgungsnotwendigkeit des Versicherten auszurichten. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Es gilt § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung – „Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ - sowie den dazu ergangenen Richtlinien.

§ 12

Haftung/Gewährleistung

- (1) Der Leistungserbringer haftet für sich und seine Mitarbeiter gegenüber den Versicherten und der AOK Hessen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Dies gilt auch für an Hilfsmitteln durchgeführte Reparaturen.
- (2) Jeder versorgungsberechtigte Betrieb ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit der Versorgungsberechtigung, mindestens aber bis zum Ablauf der Gewährleistungspflicht aufrecht zu erhalten. Angemessene Deckungssummen sind mindestens 2.000.000,00 € pauschal für Personen- und 1.000.000,00 € pauschal für Sachschäden sowie 100.000,00 € für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall. Auf Verlangen ist der AOK Hessen ein entsprechender Nachweis über die Versicherung unverzüglich vorzulegen.
- (3) Bei Beschwerden über die Anpassung, Qualität beziehungsweise über die ausgeführte Leistung kann im beidseitigen Einvernehmen zur Prüfung ein bestellter Sachverständiger beauftragt werden. Die Kosten trägt derjenige, zu dessen Lasten die Entscheidung geht.

§ 13

Vertragserfüllung/ Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieser Vereinbarung Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle

Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.

(2) Grobe Pflichtverletzungen durch den Leistungserbringer stellen Vertragsverstöße dar, welche die AOK Hessen zu einer außerordentlichen Kündigung des Vertrages berechtigen. Als grobe Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:

- Abrechnung einer Leistung, die auf einer bewussten Fehlinformation des Leistungserbringers an den verordnenden Arzt über den Versicherten beruht; dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft,
- Nichtbeachtung von § 8 Abs. 2 dieser Vereinbarung,
- Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen; hierzu zählt unter anderem auch die Nichtmeldung einer Änderung der Rechtsform des Leistungserbringers,
- Qualitätsmängel des Hilfsmittels, insbesondere, wenn diese eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können, soweit diese vom Leistungserbringer zu vertreten sind,
- Forderung beziehungsweise Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen,
- Wiederholte verspätete Erbringung von Leistungen durch den Leistungserbringer, so dass die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird,
- Werbung in unzulässiger Weise nach § 10 dieser Vereinbarung,
- Maßnahmen nach innen oder außen, die geeignet sind, den Ruf der am Vertrag beteiligten Vertragspartner in unsachlicher Art und Weise in Misskredit zu bringen.

(3) Ungeachtet der Möglichkeit des Ausspruchs einer Verwarnung entsteht für eine Leistung, bei deren Erbringung es zu einem der nachfolgend aufgezählten Vertragsverstöße gekommen ist, kein Vergütungsanspruch, auch wenn die Versorgungsleistung bereits abgegeben und abgerechnet wurde:

- Depothaltungen bei Ärzten, gemäß § 128 Abs. 1 SGB V; Verstöße hiergegen können zum sofortigen Verlust der Versorgungsberechtigung führen,
- Unzulässige Zusammenarbeit im Rahmen des § 128 Abs. 2 SGB V,
- Abrechnungsmanipulationen, die wesentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden; dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder Leistungen, die nicht erbracht wurden, beziehungsweise die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen,
- Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen oder Gewährung sonstiger geldwerter Vorteile an Ärzte oder Dritte für die Zuweisung beziehungsweise Vermittlung von Aufträgen i. S. einer Vorteilsnahme ohne Leistung,
- Anmieten von Räumlichkeiten zur Abhaltung von Sprechstunden in Arztpraxen oder in Räumlichkeiten außerhalb der versorgungsberechtigten Betriebsstätte,

- Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte, insbesondere gegen Entgelt oder für das Erlangen geldwerter Vorteile,
 - Vordatierung oder Vorquittierung (Globalbestätigung) nicht erbrachter Leistungen,
 - Missachtung der Voraussetzungen des § 126 SGB V, insbesondere bezüglich der Präqualifizierung.
- (4) Bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, dazu gehören auch die Meldepflichten, kann die AOK Hessen Maßnahmen beschließen. Der Betroffene kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, seinen Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen. Als Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:
1. Verwarnung,
 2. Vertragsstrafe in Höhe von 1.000 €.
 - bei Erstverstoß gegen die vertraglichen Melde- und Mitwirkungspflichten; dazu zählen das Nichtmelden, sofern der fachliche Leiter länger als sechs Wochen nicht zur Verfügung steht, eines Umzugs oder der Schließung einer Betriebsstätte,
 - bei vertragswidrigen Werbemaßnahmen (§ 10),
 - bei fehlender Aufklärung zu Aufzahlungen (3 x auffällig).
 3. Vertragsstrafe in anderen Fällen in angemessener Höhe,
 4. Vertragsausschluss von bis zu 2 Jahren bei wiederholtem Verstoß gegen § 128 Abs. 1 oder 2 SGB V (§ 128 Abs. 3 SGB V),
 5. Fristlose Kündigung.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 4 sind die durch die Vertragsverletzung entstandenen Rückzahlungsansprüche zu begleichen.
- (6) Eine Kündigung nach Absatz 4 hat schriftlich mit entsprechender Begründung per Einschreiben mit Rückschein zu erfolgen. Eine Vorabübermittlung per Fax ist möglich und gilt als Fristwahrung.
- (7) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die AOK Hessen bleiben unberührt.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2016 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle Verordnungen, die ab diesem Tag ausgestellt werden und für alle Vergütungspauschalen, die ab diesem Tag zur Vergütung kommen.
- (3) Diese Vereinbarung kann in ihrer Gesamtheit mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende von jedem Vertragspartner mittels eingeschriebenen Briefs gekündigt werden.
- (4) Bis zum Inkrafttreten einer neuen vertraglichen Regelung gelten die bisherigen Bestimmungen weiter. Diese Zeit ist auf sechs Monate nach Vertragsende begrenzt, es sei denn, die Vertragspartner treffen eine anderweitige Regelung.

- (5) Die Kündigung der Vereinbarung berührt nicht eine entsprechende Weitergeltung der Leistungsbeschreibung.
- (6) Durch Ablauf der Laufzeit einer Vergütungspauschale endet die Versorgung. Bei einer Kündigung dieser Vereinbarung hat der Leistungserbringer die Dienst- und Serviceleistungen noch bis zum Ende des Vergütungszeitraumes sicherzustellen. Bestehen nach Ablauf der Vergütungspauschale weiterhin die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertragsrechtlichen Voraussetzungen für die weitere Versorgung des betreffenden Versicherten, kann eine erneute Vergütungspauschale (Folgevergütungspauschale) nur in Höhe der dann geltenden Vergütungsregelungen mit der AOK Hessen abgerechnet werden, sofern der Leistungserbringer der dann geltenden Vereinbarung beigetreten ist.
- (7) Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem nach § 127 Abs. 2 a beigetretenen Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer.
- (8) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung:
 - Anlage 1 Teilnahmevoraussetzungen,
 - Anlage 2 Preisübersicht,
 - Anlage 3 Empfangsbescheinigung,
 - Anlage 4 PQ – Empfehlung PG 11,
 - Anlage 5 Mehrkostenerklärung,
 - Anlage 6 Beitrittsvereinbarung,
 - Anlage 7 Versorgungsdokumentation.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung der vorstehenden Vereinbarung ganz oder teilweise nichtig / rechtswidrig sein oder werden – insbesondere durch die Rechtsprechung –, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Vereinbarung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.