

Dienstleistungsvertrag – Versorgungspauschalen –

zwischen der AOK Sachsen-Anhalt
Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg

- nachfolgend AOK genannt -

und der Landesinnung für Orthopädie-Technik
Sachsen-Anhalt
Bei Schulds Stift 3
20355 Hamburg

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

zu folgenden Produktgruppen:

- Standard-Rollstühle sowie XXL-Ausführungen
- Multifunktionsrollstühle
- Elektrorollstühle/Standardsitz
- Elektrorollstühle mit Recarositz
- Elektromobile
- Leichtgewichtrollstühle
- Aktivrollstühle/Fahrgestelle für Sitzschalen
- Deltagehäder sowie XXL-Ausführungen
- Rollatoren sowie XXL- Ausführungen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus/Wechseldruckmatratzen
- Badewannenlifter
- Patientenlifter
- Toilettenrollstuhl
- Rollstuhlschub- und -zugeräte
- Rollstuhl- Aufsteck- und Radnabenantriebe

AC/TK XX14287

§ 1

Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen auf der Basis einer pauschalen Vergütung (siehe Anlage 1 und 2). Die Versorgung und die integrierten Serviceleistungen beschränken sich auf Anspruchsberechtigte der AOK im Umkreis von 200 km des Sitzes des Leistungserbringers.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung der unter Punkt 1 genannten Hilfsmittel erforderlich ist.
3. Die Versorgung des Leistungserbringers beschränkt sich auf die im Rubrum aufgeführten Produktgruppen.
4. Die Aufnahme weiterer Produkte erfolgt in beiderseitigem Einvernehmen. Sie werden in den jeweiligen Anlagen zu diesem Vertrag schriftlich geregelt.
5. Die Anlagen 1- 8 sind Gegenstand dieses Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag gilt für:

1. Mitglieder der Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 8) unterzeichnet haben.
2. Leistungserbringer, die nicht in dem unter Punkt 1 genannten Berufsverband organisiert sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 8) unterzeichnet haben.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer muss die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß den gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V erfüllen.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten der AOK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten.
3. Die Versorgung mit Hilfsmitteln, die in der Anlage 1 zu diesem Vertrag aufgeführt sind, einschließlich aller damit in Zusammenhang stehender Dienst- und Serviceleistungen, kann nur gegen Vorlage einer ärztliche Verordnung zu Lasten der AOK im Rahmen dieses Vertrages erfolgen. Eine vorherige Genehmigung durch die AOK ist grundsätzlich erforderlich. Ausnahmen regelt die Anlage 2.

4. Die Hilfsmittel einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und der Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Die Hilfsmittel müssen im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgeführt sein.
5. Alle über die in der Anlage 1 definierten hinausgehenden Versorgungsleistungen (Kinderversorgungsleistungen, Sonderbauten und Sonderanfertigungen) sind nicht Vertragsbestandteil. Sie unterliegen grundsätzlich der Genehmigungspflicht.
6. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel während des gesamten Gewährleistungszeitraumes.
7. Der Leistungserbringer ist Eigentümer der an die Anspruchsberechtigten der AOK nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel.
8. Für die Sicherstellung der Dienst- und Serviceleistungen für den gesamten Gewährleistungszeitraum ist durch den Leistungserbringer eine selbstschuldnerische Bürgschaft, in der auf die Einrede der Vorausklage und auf die Einrede der Anfechtbarkeit verzichtet wird, innerhalb von vier Wochen, nach Unterzeichnung des Vertrages bei der AOK einzureichen. Legt der Leistungserbringer innerhalb einer weiteren von der AOK zu setzenden Frist die Bürgschaft nicht vor, ist die AOK berechtigt, den Vertrag außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemäß § 11 Abs. 3 zu kündigen.

In diesem Fall müssen alle bereits begonnenen Versorgungsleistungen bis zum Ende des nach diesem Vertrag bzw. seinen Anlagen für das jeweilige Hilfsmittel vorgesehenen Leistungszeitraums (im Folgenden Gewährleistungszeitraum) wie vertraglich vereinbart erbracht werden.

Grundsätzlich soll der Höchstbetrag der Bürgschaft dem jeweiligen Leistungsumfang der einzelnen Leistungserbringer bezogen auf den Dienstleistungsvertrag Versorgungspauschalen im abgelaufenen Kalenderjahr entsprechen. Für den Fall, dass noch keine entsprechenden Daten vorliegen, verständigen sich die Beteiligten auf eine angemessene Bürgschaftssumme, die sich am vermutlichen Leistungsumfang orientiert.

Der im Rahmen des Vertrages durch die AOK zu ermittelnde Leistungsumsatz kann sich gegenüber dem Vorjahr ändern. Verändert sich dieser durch die Bürgschaft abgesicherte Leistungsumsatz und Umfang der Verpflichtungen des Leistungserbringers um mehr als 10% nach oben oder unten gegenüber dem letzten Kalenderjahr, ist die Höchstbetragssumme der durch den Leistungserbringer zu überreichenden Bürgschaft entsprechend anzupassen, d. h. zu erhöhen oder herabzusetzen. Eine Anpassung der Höchstbetragssumme hat dann erstmals ein Jahr nach Abschluss des Vertragsverhältnisses zu erfolgen. Die AOK ist nicht verpflichtet, den Bürgen über den jeweiligen Stand der Hauptschuld zu unterrichten.

9. Für Mitglieder der Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt ist abweichend zu Abs. 7 ein Beitritt zur Ausfallbürgschaft (nach Anlage 5), sofern die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind, möglich. Bei vergleichbaren Organisationsformen ist in Absprache mit der AOK und unter dem Vorbehalt ihrer Zustimmung eine entsprechende Ausfallbürgschaft möglich.

10. Wenn für einen nach diesem Vertrag mit einem Hilfsmittel versorgten Anspruchsberechtigten die Leistungspflicht der AOK entfällt, erfolgt sofort bei Kenntnis über diesen Sachverhalt durch die AOK oder durch den Leistungserbringer eine gegenseitige Information. Ändert sich der Lebensmittelpunkt des Anspruchsberechtigten durch Umzug ins Alten- und Pflegeheim verbleibt das Hilfsmittel beim Anspruchsberechtigten und die Dienst- und Serviceleistungen müssen bis zum Ende des Gewährleistungszeitraumes abgesichert werden. Nach Ablauf der Gewährleistungszeit kann eine Folgepauschale beantragt werden.
11. Jeder Leistungserbringer hat die von ihm gelieferten Hilfsmittel in eindeutiger Form mit seinem Namen/Namenskürzel/Logo zu kennzeichnen. Jeder Leistungserbringer verpflichtet sich, bei ihm eingegangene Hilfsmittel, die sich im Eigentum eines anderen Leistungserbringers befinden, unverzüglich diesem zur Abholung bereitzustellen und ihn darüber zu unterrichten.
12. Grundsätzlich behält sich die AOK eine Genehmigungspflicht vor. Eine erteilte Genehmigung gilt maximal bis zum Wegfall der Anspruchsberechtigung. Näheres zum Genehmigungsverfahren regelt die Anlage 2.
13. Die Übersendung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen hat grundsätzlich auf elektronischem Wege zu erfolgen. Die Teilnahme am Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlages ist für die AOK kostenlos. Kosten, die durch den Anbieter der Branchensoftware des Leistungserbringers bzw. durch einen Dienstleister entstehen, gehen nicht zu Lasten der AOK.

§ 4 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Werbung in Arztpraxen, sonstigen Einrichtungen oder deren Zugängen ist unzulässig.
2. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Anspruchsberechtigten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.
3. Es ist unzulässig, Ärzte oder Anspruchsberechtigte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben.
4. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.

§ 5 Produkt- und Leistungsbeschreibung

1. Das zum Einsatz kommende Hilfsmittel entspricht den medizinischen und technischen Anforderungen der entsprechenden Produktuntergruppen des Hilfsmittelverzeichnis und umfasst sämtliche für die Versorgung medizinisch notwendigen Zurüstungen. Dies schließt auch Zurüstungen der jeweiligen Produktgruppe mit ein, die innerhalb des Gewährleistungszeitraumes nachträglich vertragsärztlich verordnet werden (siehe Anlage 1).

2. Zur Überprüfung der Qualität der Versorgung führt die AOK regelmäßige Stichproben durch.
3. Die im Rahmen der pauschal abgegoltenen Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel gemäß der Produktbeschreibung sämtliche damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen unter anderem Beratung, Auslieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur gegebenenfalls Ersatzlieferung und Abholung des Hilfsmittels einschließlich der damit im Zusammenhang anfallenden Personal-, Sach- und Fahrkosten sowie eine umfassende Einweisung des Hilfsmittlempfängers zum sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
4. Sofern eine notwendige Reparatur eines Hilfsmittels nicht innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer den Anspruchsberechtigten der AOK ein entsprechendes Hilfsmittel der Produktuntergruppe unentgeltlich zur Verfügung.
6. Ist die für die jeweilige Versorgung zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann es auch nicht kurzfristig beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Anspruchsberechtigten ein entsprechendes Leihgerät unentgeltlich zur Verfügung.
7. Der Leistungserbringer informiert den Anspruchsberechtigten mittels eines mit der AOK abgestimmten Schreibens über den Eigentumsvorbehalt (siehe Leihvertrag Anlage 4).
8. Wird das Hilfsmittel nicht mehr benötigt, muss der Lieferbetrieb unverzüglich durch den Anspruchsberechtigten – dies gilt gleichermaßen wie für dessen gesetzlichen Vertreter – informiert werden. Das Hilfsmittel ist zur Abholung bereitzustellen. Bei Unterlassung ist der Leistungserbringer in jedem Fall berechtigt, Ersatzansprüche an den Anspruchsberechtigten geltend zu machen (siehe Anlage 4).
9. Kann der Leistungserbringer infolge des Ablebens des Anspruchsberechtigten das leihweise zur Verfügung gestellte Hilfsmittel nicht mehr vorfinden, muss der Leistungserbringer der AOK nachweisen, dass er ernsthaft bemüht war, das Hilfsmittel in sein Eigentum zurückzuführen. Sollte nach mehrmaligem Versuch keine Rückholung möglich sein, erstattet die AOK dem Leistungserbringer eine volle Pauschale für das entsprechende Hilfsmittel.
10. Alle der im Rahmen der Leistungsbeschreibung genannten Verrichtungen sind durch qualifiziertes Fachpersonal vorzunehmen.
11. Hilfsmittelerneuerungen innerhalb des Gewährleistungszeitraumes gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
12. Ändert sich während der Gewährleistungszeit das Gewicht des Anspruchsberechtigten auf über das in der jeweiligen Leistungsbeschreibung aufgeführte Gewicht, kann über Kostenvoranschlag vor Ablauf der Gewährleistungszeit eine Neuversorgung erfolgen. Voraussetzung dafür ist eine ärztliche Verordnung.

§ 6 Preisgestaltung

1. Mit den in der Anlage 2 genannten Pauschalen ist der in § 5 beschriebene Leistungsumfang je Versorgungsfall abgegolten. Die Preise verstehen sich netto zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer.

2. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine über den Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V oder der vertragsärztlichen ärztliche Verordnung hinausgehende Versorgung, so hat er die über die Pauschalvergütung hinausgehenden Kosten selbst zu tragen (zum Beispiel für spezielle Zurüstungen und deren Reparaturen, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen sowie bei nicht lebensbedrohlicher Inanspruchnahme des Notdienstes an Sonn- und Feiertagen). Dies gilt auch für die Mehrkosten bei möglichen Folgeleistungen. Der therapeutische und funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift auf der Anlage 7. Diese ist der AOK auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen.

§ 7 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
3. Der Leistungserbringer darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
4. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 8 Hilfsmittelpoolverfahren der AOK

Für die in der Anlage 1 und 2 neu aufgenommenen Produkte laut Buchstabe A1, D1, E1, M, N gelten die Übergangsregelungen gemäß Anlage 6.

§ 9 Vergütung und Abrechnung

1. Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit dem § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen. Sollten in den Richtlinien noch Regelungen getroffen werden, die über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens hinausgehen (wie z.B. die Zahlungsfrist), sind hierzu vertragliche Regelungen zu treffen.

2. Die Abrechnung erfolgt gemäß der Preisliste (Anlage 2) mindestens einmal monatlich je Leistungserbringer für alle im Vormonat abgeschlossenen Versorgungen. Die genannten Preise sind Höchstpreise. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt. Der Rechnung ist die ärztliche Verordnung im Original und ggf. der genehmigte Kostenvoranschlag beizufügen. Sollte die Genehmigung per Fax vorliegen, ist die ärztliche Verordnung im Original und der per Fax genehmigte Kostenvoranschlag der Rechnung beizufügen.
3. Die Bezahlung der Rechnungen durch die AOK erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der von der AOK benannten Abrechnungsstelle. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
4. Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (Anlage 3 Punkt 3.2). Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Der Vertragspartner haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
5. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK, wenn die abrechnende Stelle Originalunterlagen einreicht, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
6. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 4 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.
7. Der Leistungserbringer hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme des § 5 Abs. 2 sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Abs. 2 SGB V bzw. § 40 Abs.5 SGB XI keine Zahlungen zu fordern. Die Zuzahlung in Höhe von 10 vom Hundert, aber maximal 10 EURO bezieht sich auf den gesamten Versorgungszeitraum auch wenn mehrere Folgeverordnungen zugrunde liegen, da der Versorgungszeitraum nicht der üblichen Lebensdauer des Hilfsmittels entspricht.
8. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls

9. Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die AOK hat der Leistungserbringer die Wiedereinreichung der Rechnung innerhalb von 12 Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.
10. Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum der Rechnungslegung. Der Erstattungsanspruch der AOK verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung. Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet wurden, die nicht nach den vertraglichen Vorgaben erbracht wurden. Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen (wie keine oder ungenügende Leistungserbringung) gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.
11. Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Rückgeforderte Beträge sind innerhalb von vier Wochen, beginnend mit dem Zugang des Rückforderungsverlangens beim Leistungserbringer, fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.
12. Im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Leistungserbringer und der AOK können abweichende Regelungen vereinbart werden.

§ 10 Vertragsverstöße/Regressverfahren

1. Erfüllt ein Leistungserbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die AOK schriftlich verwarnen. Die AOK setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Leistungserbringer fest.
2. Erlangt die AOK Anhaltspunkte hinsichtlich nicht offensichtlich unbegründeter Verstöße eines Leistungserbringers gegen Pflichten aus diesem Vertrag, gibt ihm die AOK Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung).
3. Bei Verstößen gegen diese Vereinbarung kann die AOK gegenüber dem Leistungserbringer folgende Maßnahmen ergreifen:
 - a) schriftliche Abmahnung
 - b) Ausschluss von der Teilnahme an diesem Vertrag (bei schweren oder wiederholten Verstößen). Die AOK wird bei der Entscheidung über einen Teilnahmeausschluss die berechtigten Interessen des Leistungserbringers berücksichtigen.
 - c) Strafanzeige und Entzug der Zulassung nach § 126 SGB V (in besonders schweren Fällen, z. B. vorsätzliche Manipulationen oder Handlungen in betrügerischer Absicht).
4. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung werden angemessen geahndet.
5. Darüber hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Schadensersatz, bleiben hiervon unberührt.

§ 10
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen und passen den Vertrag entsprechend an.

§ 11
Laufzeit und Kündigung

1. Dieser Vertrag gilt seit 01.11.2006. Er wurde erstmalig zum 15.03.2010 und erneut zum 15.03.2014 angepasst. Stichtag für die Anwendung des Vertrages in der jeweils geltenden Fassung ist der Tag der ärztliche Verordnung (aktuell 15.03.2014) bzw. ab Datum der Anerkenniserklärung des Leistungserbringers. Der Vertrag ist frühestens zum 31.03.2019 kündbar.
2. Er verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit gekündigt wird. Eine Kündigung ist erstmals am 31.12.2018 zum 31.03.2019 möglich. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
3. Der AOK steht das Recht der außerordentlichen Kündigung bei Vorliegen eines wichtigen Grundes zu. Ein wichtiger Grund liegt unter anderem vor bei Nichterfüllung der Qualitätsvoraussetzung im Sinne des § 3 Abs. 1 oder bei nicht erfolgter Einreichung der Bürgschaft nach Ablauf der gesetzten Frist im Sinne von § 3 Abs. 8.
4. Der Dienstleistungsvertrag – Versorgungspauschalen – vom 01.11.2006 wird im gegenseitigen Einvernehmen mit den Leistungserbringern in der Weise modifiziert, dass ab dem in Absatz 1 genannten Datum die vorstehenden Regelungen anzuwenden sind.

Magdeburg,

Landesinnung für Orthopädie-Technik
Sachsen-Anhalt (Stempel, Unterschrift)

AOK Sachsen-Anhalt

Protokollnotiz der Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt

1. Die Regelungen und die Vergütungen nach dem Dienstleistungsvertrag vom 01.11.2006 in der Fassung vom 15.03.2014 gelten entsprechend für die Leistungen der Pflegekasse, sofern keine Vereinbarungen nach § 78 Abs. 1 SGB XI auf Spitzenverbandsebene geschlossen wurden.
2. Für das „Hilfsmittelpoolverfahren“ und für die Verwertung der Pflegehilfsmittel gilt der Ablauf nach Anlage 6 dieses Vertrages.

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 - Produktbeschreibungen A – N
- Anlage 2 - Preisvereinbarung
- Anlage 3 - Abrechnung der Versorgungspauschalen über § 302 SGB V (DTA)
- Anlage 4 - Leihvertrag
- Anlage 5 - Bürgschaft der Innung für Orthopädietechnik für Innungsmitglieder
- Anlage 6 - Hilfsmittelpoolverfahren
- Anlage 7 - Mehrkostenerklärung
- Anlage 8 - Anerkenntniserklärung