Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V

zwischen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Carl-Wery-Str. 28
81739 München
vertreten durch die
Vorstandsvorsitzende
Dr. Irmgard Stippler

sowie

Pflegekasse bei der
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Carl-Wery-Str. 28
81739 München
vertreten durch die
Vorstandsvorsitzende
Dr. Irmgard Stippler

und

Fachverband für Orthopädie-Technik
und Sanitätsfachhandel Bayern e.V.
Karl-Theodor-Str. 55
80803 München

über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen

AC / TK 15 02 541

in der Fassung vom 01.04.2020

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages 5
§ 2 Geltungsbereich 5
§ 3 Leistungsvoraussetzungen 5
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung 6
§ 5 Ärztliche Verordnung 7
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag 8
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität 9
§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen 11
§ 9 Haftung/Gewährleistung/Insolvenz 11
§ 10 Vergütung/Abrechnung 13
§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen 15
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten 16
§ 13 Werbung 17
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen 17
§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages 18
§ 16 Schlussbestimmung 19
Anlage 1 20
Grundsätze 20
Personelle Voraussetzung 21
Anlage 2 22
Preisvereinbarung 22
§1 Leistungsbeschreibung 22
§ 2 Versorgungspauschalen 23
§ 3 Instandsetzungen 24
Anlage 2a 25
Anlage 2b 27
Anlage 2c 33
Anlage 2d 37
Anlage 2e 39
Anlage 2f 41
Anlage 2g 42
Anlage 2h 44
Anlage 2i 46
Anlage 2j 47
Anlage 3 48
Mehrkostenerklärung des Versicherten 48
Anlage 4 49

Werbung 49
Anlage 5 50
Beitrittserklärung 50

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2a bis 2j benannten Badhilfen der Produktarten 04.40.01.0, 04.40.02.0 bis 04.40.02.3, 04.40.03.0 bis 04.40.03.2, 04.40.05.0 bis 04.40.05.2 sowie Toilettenhilfen der Produktarten 33.40.01.0 bis 33.40.01.3, 33.40.04.0, 33.40.04.1 und 33.40.05.0 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Soweit zutreffend sind auch die Abrechnungspositionen 04.99.99. und 33.99.99.vom Vertrag umfasst.
2. Soweit nachstehend die gesetzlichen Bestimmungen des SGB V für die Krankenversicherung genannt sind, gelten die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen der §§ 40 und 78 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung entsprechend.
3. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages:

   Anlage 1 Vertragsvoraussetzungen
   Anlage 2 Preisvereinbarung
   Anlage 3 Mehrkostenerklärung des Versicherten
   Anlage 4 Werbung
   Anlage 5 Beitrittserklärung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für

   a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und die Pflegekasse bei der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse) (nachfolgend AOK Bayern),

   b) den Verband Fachverbandes für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. (nachfolgend FAB)

   c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5 des Vertrages),
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in Anlage 2a bis 2j aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Anlage 2a bis 2j aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, welches der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt

wird.

2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.

3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 des Vertrages nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.

4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V während der Vertragslaufzeit die in der Anlage 1 genannten persönlichen, fachlichen und sachlichen Standards. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.

5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.

6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2a bis 2j vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.

2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör.

3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben der MDR sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.

4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinprodukterechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagement-System, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR). Ist das Qualitätsmanagement-System durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in den Anlagen 2a bis 2j vereinbarten Vergütungen abgegolten.
5. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen lassen. Fordert der MD für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MD für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
6. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

§ 5 Ärztliche Verordnung

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die AOK Bayern verzichtet bei Folgeversorgungen auf die Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten

Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.

a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.

b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden.

c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.

8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.

9. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.

10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.

2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in den Anlagen 2a bis 2j vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2a bis 2j von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerung oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.

3. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlagen 2a bis 2j immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen soweit in den

Anlagen 2a bis 2j nichts Abweichendes geregelt ist.

4. Ist gemäß den vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V ab 01.02.2023 verpflichtend.

5. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2a bis 2j angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.

6. Anfragen der AOK Bayern beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten.

2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs.5 Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.

3. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V sind zu beachten. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.

4. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die

Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.

5. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.

6. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.

7. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.

8. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.

9. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie die medizinproduktrechtlichen Bestimmungen.

10. Gibt die AOK Bayern eine andere als die vom Leistungserbringer ausgewählte Versorgung vor, übernimmt diese dafür die Verantwortung. Der Leistungserbringer kann in diesem Fall die Versorgung aus fachlichen, sachlichen oder wirtschaftlichen Gründen ablehnen, auch wenn das Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist. Die AOK kann diese Versorgung an einen anderen Vertragspartner vergeben.

11. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).

12. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

13. Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit eine Entschädigung für seinen Aufwand – unter Vorlage des MIP-Buchungsbeleges - abzurechnen, wenn es zu keiner Auslieferung eines genehmigten Hilfsmittels kommt (z. B. wenn der Versicherte vorab verstirbt). Als Entschädigung gelten die jeweils für die Produktart vertraglich vereinbarten Transportkosten.

14. Für konfigurierte bzw. speziell angepasste Hilfsmittel, die beim Hersteller bestellt werden müssen, erfolgt eine Vergütung in Höhe des genehmigten Betrages auch dann, wenn es dem Versicherten (z. B. wegen Tod des Versicherten) nicht mehr geliefert werden kann oder muss. Bei allen anderen Hilfsmitteln (z. B. Versorgungspauschalen, standardisierten Hilfsmittel) erfolgt in diesen Fällen keine Vergütung. Soweit Hilfsmittel für den Wiedereinsatz angefordert wurden, kann der Leistungserbringer - unter Vorlage des MIP-Buchungsbeleges - die vertraglich vereinbarte Transportkostenpauschale abrechnen.

§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen

1. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Instandhaltungsmaßnahmen sind Wartungen nach Herstellervorgaben sowie – soweit zutreffend – sicherheits- und messtechnische Kontrollen. Der Leistungserbringer gewährleistet die Instandhaltung und die Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel. Der Leistungserbringer setzt für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV erfüllen.
2. Kosten für die Instandsetzung und Instandhaltung für Hilfsmittel, die im Rahmen von Versorgungspauschalen vergütet werden, sind mit der vertraglich vereinbarten Vergütung abgegolten und können vom Leistungserbringer nicht gesondert geltend gemacht werden.
3. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Soweit Gewährleistungs- oder Garantieansprüche bestehen, besteht keine Vergütungspflicht der AOK Bayern. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch durch den Versicherten zurückzuführen ist.
4. Die Ausführung von Reparaturen bedarf immer der Genehmigung der AOK Bayern soweit sie nicht in Versorgungspauschalen beinhaltet sind.
5. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantieansprüche zu achten und diese gemäß § 9 des Vertrages gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
6. Der Leistungserbringer hat Reparaturen selbst durchzuführen und hierfür fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, das sich regelmäßig fortbildet.
7. Sofern ein Hilfsmittel durch Vorgabe des Herstellers nur durch den Hersteller selbst Instand gesetzt und / oder gehalten werden darf, berechnet der Leistungserbringer der AOK Bayern die ihm vom Hersteller tatsächlich berechneten Kosten zuzüglich der in den Anlagen 2a bis 2j vereinbarten prozentualen oder pauschalen Aufschläge. Der Leistungserbringer weist die Aufwendungen des Herstellers mittels Rechnung bei der Abrechnung genehmigungsfreier Instandsetzungen nach. Bedarf die Instandsetzung der vorherigen Genehmigung, übermittelt der Leistungserbringer den Kostenvoranschlag des Herstellers zusammen mit seinem Kostenvoranschlag an die AOK Bayern
8. Können Instandsetzungen, die der Leistungserbringer gemäß Absatz 1 zu gewährleisten hat, nicht sofort ausgeführt werden und ist dem Versicherten der Verzicht auf das Hilfsmittel nicht zumutbar, so hat der Leistungserbringer aus seinem Bestand ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel (aus dem Standardbereich) kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2a bis 2j vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 9 Haftung/Gewährleistung/Insolvenz

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK Bayern.
3. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung

des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.

4. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.

5. Der Leistungserbringer hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.

6. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.

7. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Bayern die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Bayern umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Bayern zu übermitteln.

8. Für den Fall, dass der Leistungserbringer auf Grund der in Absatz 7 beschriebenen Fälle seinen Verpflichtungen aus den von der AOK Bayern vergüteten Versorgungspauschalen nicht mehr nachkommen kann, hat er eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft unter Verzicht auf die Einreden der Anfechtbarkeit, Aufrechenbarkeit und der Vorausklage einer deutschen Bank oder Sparkasse oder durch Bürgschaft eines in der Europäischen Union zugelassenen Kreditinstituts oder Kreditversicherers bei der AOK Bayern zu hinterlegen.

9. Wird die Sicherheitsleistung nicht innerhalb von 6 Wochen nach dem Beitritt zum Vertrag bei der AOK Bayern eingereicht, ist der Vertrag unwirksam, sofern in den nachfolgenden Anlagen nichts anderes vereinbart wurde. Die Bürgschaft gemäß Absatz 11 ist jährlich anzupassen. Das aktualisierte Bürgschaftsdokument ist bis spätestens 01.07. des jeweiligen Kalenderjahres im Original unaufgefordert an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Sicherungsleistung ist von der Krankenkasse erst dann zurückzugeben, wenn für die letzte nach diesem Vertrag getroffene Versorgung der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist.

10. Die Höhe der Sicherheitsleistung wird anhand des jeweiligen Vorjahresumsatzes (der in den Anlagen im Rahmen von Versorgungspauschalen geregelten Hilfsmittel) des Leistungserbringers ermittelt. Sie beträgt 10 v.H. dieses Betrages, mindestens jedoch 10.000 EUR.

11. Es besteht die Möglichkeit einer Gesamtbürgschaft, wenn mehrere mit der AOK Bayern geschlossene Verträge eine Bürgschaft erfordern.

12. Die Sicherheitsleistung kann auch durch eine Leistungserbringergemeinschaft erbracht werden. Die Leistungserbringergemeinschaft verpflichtet sich dabei gegenüber der AOK Bayern für die bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Leistungserbringers einzustehen. Die Leistungserbringergemeinschaft erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass eines ihrer Mitgliedsbetriebe des vom Leistungshindernis betroffenen Leistungserbringers übernimmt und diese, ohne erneute Berechnung einer Versorgungspauschale, bis zum Ende des jeweiligen Pauschalzeitraumes weiterführt.

§ 10 Vergütung/Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m² bis maximal 100 g/m²) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2a bis 2j geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR (bei Pflegehilfsmitteln in Höhe von 10 v.H., aber höchstens 25 EUR). Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2a bis 2j sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
8. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Weist die 10-stellige Hilfsmittelnummer kein konkretes Einzelprodukt aus, ist bei der Abrechnung zusätzlich der Hersteller und die Artikelnummern oder die PZN des Produktes im Textfeld anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen 15 02 541) zwingend erforderlich.
9. Bei der Abrechnung von Versorgungspauschalen (Erst- und Folgepauschale) ist immer der Versorgungszeitraum anzugeben
10. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist das Genehmigungskennzeichen anzugeben. Bei der Abrechnung von Folgepauschalen, deren Erstversorgung genehmigungspflichtig war, ist das hierbei ausgewiesene Genehmigungskennzeichen sowie der Zeitraum der Pauschale anzugeben.
11. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer

entsprechend informiert.

12. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen den Anlagen 2a bis 2j, den Stempel der abgebenden Betriebsstätte des Leistungserbringers und sein Institutionskennzeichen zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss der Leistungserbringer eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung (z.B. bei Reparatur) erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtige Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind verordnungsrelevante Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder –flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.

13. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

14. Die AOK Bayern begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

15. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.

16. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2a bis 2j vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.

17. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.
3. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
4. Der Leistungserbringer darf die ihm 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. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis).
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
8. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
9. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch dessen Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.

10. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Rezeptsammelstellen in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem anzunehmen, wenn
   - aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
   - die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
   - der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
   - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Der Leistungserbringer gewährleistet für die aus dem Depot überlassenen Hilfsmittel die einwandfreie Qualität. Er qualifiziert gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV den Arzt im Umgang mit den Hilfsmitteln, es sei denn, diese Einweisung ist bereits durch den Hersteller oder eine andere dazu befugte Person erfolgt.
4. Zulässig ist die Abgabe der Hilfsmittel nur, wenn die Notfallversorgung keinen unmittelbaren Aufenthalt in einem Krankenhaus nach sich zieht.
5. Eine Notfallversorgung ist bei den in diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel i.d.R. nicht erforderlich.
6. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.
7. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
8. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.

9. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

§ 13 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 7 SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.

5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
   a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
   b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
   c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach § 3
   d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
   e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
   f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis3,
   g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),
   h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 4 bis 7)
   i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
   j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
   k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
   l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
   m) Verstöße gegen § 7 Absatz 3

6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbetrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Nettorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.

7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).

8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.04.2020 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt abgegebenen Hilfsmittel. Für genehmigungsfrei abrechenbare Hilfsmittel ist der Zeitpunkt der Abgabe maßgebend; bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln der Tag der ärztlichen Verordnung. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2022 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in der Anlage 2a bis 2j vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.

3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von

einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.

4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlage 2a bis 2j) kann von der AOK Bayern oder dem vertragschließenden Verband mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.03.2021 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 16 Schlussbestimmung

1. Änderungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
3. Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Ort, Datum	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und Pflegekasse bei der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Ort, Datum	Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e. V.

Anlage 1
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Grundsätze

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs.1 Satz 4 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sicher. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der AOK Bayern sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Der Leistungserbringer hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der AOK Bayern erreichbar ist. Auf Verlangen der AOK Bayern hat der Leistungserbringer den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen und Instandhaltungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und dem Unterauftragnehmer so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Bayern und dem Leistungserbringer entsprechen. Unterauftragnehmer, die durch den Leistungserbringer zur Erbringung seiner vertraglichen Leistungen aufgrund dieser Vereinbarung eingesetzt werden, unterliegen den gleichen Rechten und Pflichten wie eigene Mitarbeiter des Leistungserbringers und sind vom Leistungserbringer hierauf vertraglich zu verpflichten. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation / Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist - soweit erforderlich - mit dem Ausprobieren durch den Versicherten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Versicherte erhält Hinweise zur Reinigung, zur Wartung, soweit sie vom Hersteller vorgeschrieben ist, und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Anlage 1
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Personelle Voraussetzung

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie Änderungen, Instandsetzungen, Instandhaltungen und Ersatzbeschaffung gewährleistet werden kann.

Anlage 2
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Preisvereinbarung

§1 Leistungsbeschreibung

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in den Anlagen 2a bis 2j genannten Badehilfen und Toilettenhilfen einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlagen 2a bis 2j regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.

2. Mit den in der Anlagen 2a bis 2j vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.

3. Bei einer Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis in den Produktgruppen 04 und 33 sind Produkte neuer, in diesem Vertrag noch nicht aufgeführter Produktuntergruppen und/oder –arten mit Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen. Die Vertragspartner bemühen sich zeitnah Preise für neue Produktuntergruppen und/oder -arten zu vereinbaren.

4. Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der Produktgruppen 04 und 33 des Hilfsmittelverzeichnisses des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

5. Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel nach Vorliegen einer ärztlichen Verordnung - und soweit vorgesehen – der Genehmigung der Krankenkasse an den Versicherten bzw. händigt ihm dieses aus, überlässt es ihm und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit so wie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der gesamten Versorgungsdauer.

6. Bei Doppelversorgungen mit gleichartigen Hilfsmitteln bzw. Hilfsmitteln, welche die gleichen Funktionseinschränkungen des Versicherten ausgleichen, ist ein Kostenvoranschlag erforderlich (z. B. Badewannendrehsitz bei vorhandenem Duschhocker oder Doppelversorgungen mit Toilettensitzerhöhungen usw.).

7. Ist bei einer Produktgruppe ein Abholpreis angegeben, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Wünscht der Kunde eine Lieferung, gehen diese Kosten zu seinen Lasten. Der Versicherte ist vor bzw. bei Verordnungsannahme über die anfallenden Lieferkosten aufzuklären. Auf Anfrage kann die Krankenkasse ihre Versicherten über Leistungserbringer informieren, die kostenlos liefern.

8. Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, sind die Preise der jeweils aktuellen Preislisten der Hersteller anzugeben.

9. In den Anlagen 2a bis 2j ist bei der jeweiligen Produktart beschrieben, welche Leistungen beinhaltet und welche Leistungen / Zubehörteile davon ausgenommen sind.

10. Sind für Hilfsmittel einzelne Komponenten im Sonderbau erforderlich, gilt für diese ein Aufschlag von 35 % auf den tatsächlichen Einkaufspreis des Herstellers (vgl. Anlage 2a bis 2j) Soweit das Hilfsmittel komplett im Sonderbau gefertigt werden muss, wird ein Aufschlag von 28 % auf den tatsächlichen Einkaufspreis gewährt. Der tatsächliche Einkaufspreis ist auf dem Kostenvoranschlag auszuweisen.

§ 2 Versorgungspauschalen

1. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung (ausgenommen bei Abholpreisen), Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
2. Sind für die in der Anlage 2a bis 2j aufgeführten Hilfsmittel Versorgungspauschalen vereinbart, umfasst die Ausstattung neben dem erforderlichen Hilfsmittel die in den Anlagen 2a bis 2j aufgeführten bei Bedarf notwendigen Zubehörteile und Zurüstungen. Der Gewährleistungszeitraum beginnt mit dem Datum der Leistungserbringung.
3. Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Hilfsmittelverzeichnisses sowie der MDR.
4. Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der medizinisch / pflegerisch notwendigen Versorgungsdauer. Kosten für den Verlust eines Hilfsmittels gehen zu Lasten des Versicherten, wenn dieser den Verlust zu verantworten hat. Ist dabei eine Ersatzlieferung notwendig, gehen auch diese Kosten zu Lasten des Versicherten. Ansprüche gegenüber der Krankenkasse bestehen in diesen Fällen nicht.
5. Die Um- bzw. Aufrüstung, die Ersatzbeschaffung und die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind während der Vertragsdauer kostenfrei sicher zu stellen. Das gilt nicht bei Verlust des Hilfsmittels oder bei Schäden an dem Hilfsmittel, deren Ursache in der Sphäre des Versicherten liegt. Hier gelten die gesetzlichen Regelungen. Es wird klargestellt, dass Mängel und Schäden an dem Hilfsmittel, die auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch, der üblichen Abnutzung oder dem nutzungsbedingten Verschleiß durch den Versicherten zurück zu führen sind, mit der vergüteten Versorgungspauschale abgegolten sind. Wird das Pauschalhilfsmittel während des vereinbarten Versorgungszeitraumes durch den Versicherten vorzeitig zurückgegeben und ist für das gleiche Krankheitsbild eine erneute Versorgung während dieses Zeitraumes erforderlich, ist der Leistungserbringer verpflichtet dieses kostenfrei wieder bereitzustellen. Eine Änderung der medizinischen / pflegerischen Indikation oder des Versorgungsbildes begründet keinen Anspruch auf einen kostenlosen Austausch. Eventuell notwendige Zurüstungen und Standardzubehör sind bei Bedarf mit der Versorgungspauschale abgedeckt, sofern diese in den jeweiligen Anlagen aufgeführt sind.
6. Der Leistungserbringer klärt den Versicherten über die Eigentumsverhältnisse und die daraus resultierenden Rechte und Pflichten auf und lässt sich den Empfang des gebrauchs- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich bestätigen.
7. Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach diesem Vertrag im Rahmen von Versorgungspauschalen abgegebenen Hilfsmittel. Es dürfen dabei nur Hilfsmittel abgegeben werden, über die der Leistungserbringer verfügen darf oder die Eigentum des Leistungserbringers sind. Sollte durch die Mehrkostenregelung nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V der Leistungserbringer nicht Eigentümer der Hilfsmittel sein, wird die vereinbarte Versorgungspauschale, solange Versorgungsnotwendigkeit besteht, trotzdem vergütet.
8. Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des von der Krankenkasse vergüteten Pauschalzeitraumes sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe bzw. –veräußerung.

9. Es ist unzulässig ein Hilfsmittel, das Eigentum eines anderen Leistungserbringers ist, zurückzuholen und dieses wieder auszuliefern.
10. Der Leistungserbringer erhält eine Mitteilung von der Krankenkasse, sofern diese Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit erlangt. Die Rückholung des Hilfsmittels ist unverzüglich vorzunehmen. Der Leistungserbringer verständigt die Krankenkasse, wenn der Versicherte das Hilfsmittel vorzeitig zurückgibt.

§ 3 Instandsetzungen

1. Reparaturen bedürfen immer einer Genehmigung, soweit sie nicht in Versorgungspauschalen beinhaltet sind.
2. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantieansprüche zu achten und diese gemäß § 9 Abs. 2 des Vertrages gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
3. Der Leistungserbringer hat Reparaturen selbst durchzuführen und hierfür fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, das sich regelmäßig fortbildet (vgl. Anlage 1).
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Reparatur-, Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge für die von ihm gelieferten Hilfsmittel im Standardbereich vorzuhalten. Anfallende Instandsetzungen sind kurzfristig und sachgerecht auszuführen; dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.
5. Können Reparaturen nicht zeitnah ausgeführt werden, so hat der Leistungserbringer aus seinem Bestand ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel (aus dem Standardbereich) kostenlos zur Verfügung zu stellen
6. Die Krankenkasse erhält vom Leistungserbringer einen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannenlifter der Produktuntergruppe 04.40.01.
Versorgungsbereich 04A

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.01.0
Produktbezeichnung	Badewannenlifter, mobil
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Versorgungspauschale • Feststehende, absenkbare oder herausnehmbare Rückenlehne • Belastbarkeit bis 140 kg
Zubehör (bei Bedarf in der Versorgungspauschale enthalten)	Dreh- und Übersetzhilfe, Drehteller
Zurüstungen (bei Bedarf in der Versorgungspauschale enthalten)	Höhenadapter
Ausnahmen	Kinderversorgungen Nutzergewicht über 140 kg
Betrag (netto)	190,00 € Erstpauschale für 1 Jahr 90,00 € Folgepauschale für jedes weitere Jahr
Verwendungskennzeichen	08 für die Erstpauschale 09 für alle Folgepauschalen
MwSt.	1
Gewährleistungszeitraum	1 Jahr

Grundsätzliches	• genehmigungsfrei bei Produkten mit 10-stelliger Hilfsmittelnummer • Kostenvoranschlag bei Produkten ohne Hilfsmittelverzeichnisnummer • Der Leistungserbringer überprüft im Sinne der Hilfsmittel-Richtlinie, ob das selbstständige Ein- und Aussteigen aus der Badewanne (bzw. Hin- und Aufsetzen) durch wirtschaftlichere Hilfsmittel erreicht werden kann (z.B. Badewanneneinsätze). Weiterhin soll aus der ärztlichen Verordnung hervorgehen, dass erhebliche Funktionseinschränkungen an den oberen und/oder unteren Extremitäten des Versicherten vorliegen. • Wird der Badewannenlifter innerhalb von 105 Tagen nach der Auslieferung nicht mehr benötigt, erstattet der Leistungserbringer der AOK Bayern 90,00 € zzgl. Mehrwertsteuer. Den Betrag verrechnet die AOK Bayern gegen die Ansprüche des Leistungserbringers bei einer der nächsten Abrechnungen. Maßgebend ist hier der Tag der Lieferung bis zum Tag des Rückholauftrags durch den Versicherten oder durch die AOK Bayern.

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen	
Produktart	04.40.02.0	04.40.02.1
Produktbezeichnung	Badewannenbretter	Badewannensitze ohne Rückenlehne
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Betrag (netto)	46,00 €	55,00 €
Verwendungskennzeichen	00	00
MwSt.	1	1
Grundsätzliches	• Genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• Genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02. Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen	
Produktart	04.40.02.0	04.40.02.1
Produktbezeichnung	Badewannenbretter	Badewannensitze ohne Rückenlehne
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Rabatt	15 %	15 %
Verwendungskennzeichen	00	00
MwSt.	1	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.02.2
Produktbezeichnung	Badewannensitze mit Rückenlehne
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Betrag (netto)	85,00 €
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.02.2
Produktbezeichnung	Badewannensitze mit Rückenlehne
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Rabatt	15 %
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.02.3
Produktbezeichnung	Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Betrag (netto)	150,00 €
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Badewannensitze der Produktuntergruppe 04.40.02. Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.02.3
Produktbezeichnung	Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Rabatt	15 %
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2c
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Duschhilfen der Produktuntergruppe 04.40.03.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen		
Produktart	04.40.03.0	04.40.03.1	04.40.03.2
Produktbezeichnung	Duschsitze, an der Wand montiert	Duschhocker	Duschstuhl
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Leistungsbeschreibung	ohne Montage an der Wand		
Betrag (netto)	145,00 €	75,00 €	120,00 €
Verwendungskennzeichen	00	00	00
MwSt.	1	1	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • montiert der Leistungserbringer den Duschklappsitz, können zusätzlich Montagekosten in Höhe von 55,00 € mit der Positionsnummer 04.00.99.9910 an-	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

	gesetzt werden. In diesem Fall bedarf es eines Kosten-voranschlages • Abholpreis		

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2c
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Duschhilfen der Produktuntergruppe 04.40.03.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen		
Produktart	04.40.03.0	04.40.03.1	04.40.03.2
Produktbezeichnung	Duschsitze, an der Wand montiert	Duschhocker	Duschstuhl
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Leistungsbeschreibung	Exkl. der Montage an der Wand		
Rabatt	15 %	15 %	15 %
Verwendungskennzeichen	00	00	00
MwSt.	1	1	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • montiert der Leistungserbringer den Duschklappsitz, können zusätzlich Montagekosten in Höhe von 55,00 € mit der Positionsnummer	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

	04.00.99.9910 angesetzt werden. In diesem Fall bedarf es eines Kostenvoranschlages • Abholpreis		

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2d
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen der Produktuntergruppe 04.40.05.Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen	
Produktart	04.40.05.0	04.40.05.1
Produktbezeichnung	Badewannengriffe, mobil	Stützgriffe für Waschbecken und Toiletten
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Leistungsbeschreibung		exkl. Montage
Betrag (netto)	65,00 €	120,00 €
Verwendungskennzeichen	00	00
MwSt.	1	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• genehmigungsfrei bis zu zwei Hilfsmitteln der Produktart 04.40.05. bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • montiert der Leistungserbringer Stützgriffe, können zusätzlich einmalig Montagekosten in Höhe von 40,00 € mit der Positionsnummer 04.00.99.9910 angesetzt werden. In diesem Fall bedarf es eines Kostenvoranschlages

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2d
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen der Produktuntergruppe 04.40.05.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen	
Produktart	04.40.05.0	04.40.05.1
Produktbezeichnung	Badewannengriffe, mobil	Stützgriffe für Waschbecken und Toiletten
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Leistungsbeschreibung		exkl. Montage
Rabatt	15 %	15 %
Verwendungskennzeichen	00	00
MwSt.	1	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • montiert der Leistungserbringer Stützgriffe, können zusätzlich einmalig Montagekosten in Höhe von 40,00 € mit der Positionsnummer 04.00.99.9910 angesetzt werden. In diesem Fall bedarf es eines Kostenvoranschlages

Anlage 2e
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen der Produktuntergruppe 04.40.05.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.05.2
Produktbezeichnung	Boden-Deckenstangen
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Leistungsbeschreibung	inkl. Montage
Betrag (netto)	370,00 €
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2e
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen der Produktuntergruppe 04.40.05.
Versorgungsbereich 04B

Produktgruppe	04 Badehilfen
Produktart	04.40.05.2
Produktbezeichnung	Boden-Deckenstangen
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Leistungsbeschreibung	inkl. Montage
Rabatt	15 %
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2f
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Abrechnungspositionsnummern für die Vergütung vo Zubehör und Reparaturen sowie für die Vergütung der Arbeitszeit von Reparaturen von Badehilfen

HMVZ-Nummer / kassenspezifische Abrechnungsnummer	Badehilfen	Verwendungs-kennzeichen	Preis netto in €	MwSt.
04.99.99.0001	Abrechnungsposition für Zubehör • (nur zu verwenden für Zubehör, nicht Arbeitszeit) • Die genaue Bezeichnung sowie die Artikelnummer des Zubehörs ist anzugeben.	01,12	nach Kostenvoranschlag	1
04.99.99.0002	Abrechnungsposition für Reparaturen • (nur zu verwenden für Ersatzteile, nicht Arbeitszeit)	01,12	nach Kostenvoranschlag	1
04.00.99.9903	An- und Abfahrtspauschale • bei Reparatur (pro Reparaturfall nur einmal ansetzbar) • nur ansetzbar, wenn tatsächlich Fahrtkosten entstanden sind, also nicht bei Reparaturen z.B. im Betrieb oder Behinderteneinrichtung • sofern bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Hilfsmittel repariert werden, kann die Pauschale nur einmal angesetzt werden	01	40,00 €	1
04.00.99.9901	Arbeitszeit je Minute	01	0,88 €	1

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Für Zubehörteile mit einem offiziellen Listenverkaufspreis des Herstellers wird bei einer Reparatur sowie bei Versorgungen innerhalb einer Versorgungspauschale ein Rabatt von 10 % gewährt.

Für Zubehör-und Ersatzteile ohne offiziellen Listenverkaufspreis des Herstellers gilt ein Aufschlag von 35 % (die Kopie der Rechnung vom Hersteller ist dem Kostenvoranschlag bzw. der Abrechnung beizulegen).

Anlage 2g
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Toilettensitze der Produktuntergruppe 33.40.01.
Versorgungsbereich 33A

Produktgruppe	33 Toilettenhilfen		
Produktart	33.40.01.0	33.40.01.1	33.40.01.2-3
Produktbezeichnung	Toilettensitzerhöhungen	Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf • Belastbarkeit bis 130 kg Patientengewicht
Leistungsbeschreibung	inkl. Montage bei Bedarf	inkl. Montage bei Bedarf	inkl. Montage bei Bedarf
Zubehör (bei Bedarf)	Deckel	Deckel	Deckel
Betrag (netto)	55,00 €	90,00 €	95,00 €
Verwendungskennzeichen	00	00	00
MwSt.	1	1	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis		

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2g
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Toilettensitze der Produktuntergruppe 33.40.01.
Versorgungsbereich 33A

Produktgruppe	33 Toilettenhilfen		
Produktart	33.40.01.0	33.40.01.1	33.40.01.2-3
Produktbezeichnung	Toilettensitzerhöhungen	Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neuverkauf • Belastbarkeit über130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Leistungsbeschreibung	inkl. Montage bei Bedarf	inkl. Montage bei Bedarf	inkl. Montage bei Bedarf
Zubehör (bei Bedarf)	Deckel	Deckel	Deckel
Rabatt	15 %	15 %	15 %
Verwendungskennzeichen	00	00	00
MwSt.	1	1	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis		

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2h
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Toilettenstühle der Produktuntergruppe 33.40.04.
Versorgungsbereich 33A

Produktgruppe	33 Toilettenhilfen
Produktart	33.40.04.0
Produktbezeichnung	Feststehende Toilettenstühle
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit bis130 kg Patientengewicht
Leistungsbeschreibung	Gemäß Hilfsmittelverzeichnis
Betrag (netto)	75,00 €
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• genehmigungsfrei • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2h
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Toilettenstühle der Produktuntergruppe 33.40.04.
Versorgungsbereich 33A

Produktgruppe	33 Toilettenhilfen
Produktart	33.40.04.0
Produktbezeichnung	Feststehende Toilettenstühle
Produktbeschreibung	• Gemäß Hilfsmittelverzeichnis • Neu oder gebraucht • Belastbarkeit über 130 kg Patientengewicht • Gilt nicht für Sonderanfertigungen
Leistungsbeschreibung	Gemäß Hilfsmittelverzeichnis
Rabatt	15 %
Verwendungskennzeichen	00
MwSt.	1
Grundsätzliches	• Kostenvoranschlag • bei Produkten ohne 10-stelliger Hilfsmittelverzeichnisnummer ist die 7-stellige Produktart mit „900“ aufzufüllen und bei der Abrechnung im Feld „Text“ der Hersteller und die Produktbezeichnung / Artikelnummer anzugeben • Abholpreis

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2i
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Vergütung für Toilettenstühle der Produktuntergruppe 33.40.05.0
Versorgungsbereich 33A

Produktgruppe	33 Toilettenhilfen
Produktart	33.40.05.0
Produktbezeichnung	WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung
Produktbeschreibung	Neuverkauf
Leistungsbeschreibung	Gemäß Hilfsmittelverzeichnis
MwSt.	1
Rabatt	17 %
Montage	Nach KV
Grundsätzliches	Kostenvoranschlag

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Anlage 2j
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Abrechnungspositionsnummern für die Vergütung von Zubehör und Reparaturen sowie für die Vergütung der Arbeitszeit von Reparaturen von Toilettenhilfen

HMVZ-Nummer / kassenspezifische Abrechnungsnummer	Toilettenhilfen	Verwendungs-kennzeichen	Preis netto in €	MwSt.
33.99.99.0001	Abrechnungsposition für Zusätze • (nur zu verwenden für Zusätze, nicht Arbeitszeit) • Die genaue Bezeichnung sowie die Artikelnummer des Zubehörs ist anzugeben.	01,12	nach Kostenvoranschlag	1
33.99.99.0002	Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterialien und Verschleißteile • (nur zu verwenden für Ersatzteile, nicht Arbeitszeit)	01	nach Kostenvoranschlag	1
33.00.99.9903	An- und Abfahrtspauschale • bei Reparatur (pro Reparaturfall nur einmal ansetzbar) • nur ansetzbar, wenn tatsächlich Fahrtkosten entstanden sind, also nicht bei Reparaturen z.B. im Betrieb oder Behinderteneinrichtung • sofern bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Hilfsmittel repariert werden, kann die Pauschale nur einmal angesetzt werden	01	40,00 €	1
33.00.99.9901	Arbeitszeit je Minute	01	0,88 €	1

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

Für Zubehörteile mit einem offiziellen Listenverkaufspreis des Herstellers wird bei einer Reparatur sowie bei Versorgungen innerhalb einer Versorgungspauschale ein Rabatt von 10 % gewährt.

Für Zubehör-und Ersatzteile ohne offiziellen Listenverkaufspreis des Herstellers gilt ein Aufschlag von 35 % (die Kopie der Rechnung vom Hersteller ist dem Kostenvoranschlag bzw. der Abrechnung beizulegen).

Anlage 3
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Mehrkostenerklärung des Versicherten
(mit Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V)

Angaben zum Leistungserbringer

Firma: _____

IK: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Vorname:_____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Durch ärztliche Verordnung vom _____ wurde mir das/die nachfolgend bezeichnete/n Hilfsmittel verordnet:
_____

Ich bestätige hiermit, dass mich mein gewählter Leistungserbringer vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V, umfassend beraten hat.

Die Beratung zeigte mir auf, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen (z. B.: notwendige Anpassungen, Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels) in meiner konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung meiner individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Ich wurde hierbei über das vorhandene Angebotsspektrum der in Betracht kommenden Produkte / Hilfsmittel informiert, die als Sachleistung ohne Mehrkosten für mich beansprucht werden können.

Im Ergebnis der Beratung habe ich mich bewusst für eine Versorgungsvariante entschieden, welche mit von mir zu tragenden Mehrkosten und gegebenenfalls höheren Folgekosten (z.B. bei Reparaturen und Wartungen) verbunden ist.

Die Mehrkosten betragen: _____EUR.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r

Anlage 4
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung auf bestimmte Produkte.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, da die Kosten von seiner Krankenkasse übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenkasse. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenkasse wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Anzeigen in Print- oder elektronischen Medien, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenkasse durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der gezielte Hinweis an Versicherte auf vorgeschriebene sicherheits- und messtechnische Kontrollen sowie vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gelten nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 5
zum Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen mit dem FAB

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15 02 541)

Beitrittserklärung

_____
(Name des Leistungserbringers)

_____
(Straße)

_____
(Postleitzahl und Ort)

_____
(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. zum 01.04.2020 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Badehilfen und Toilettenhilfen.

Ich/Wir versorge/n in den folgenden vom Vertrag umfassten Versorgungsbereichen:

☐ Badewannenlifter (Versorgungsbereich 04 A)

☐ Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen (Versorgungsbereich 04 B)

☐ Toilettenhilfen (Versorgungsbereich 33 A)

Wir fügen Folgendes bei:
- ☐ die aktuelle Präqualifizierungsbestätigung für die oben angekreuzten Versorgungsbereiche,
- ☐ die Betriebshaftpflichtversicherung gemäß § 9 Abs. 6 des Vertrages,
- ☐ Sicherheitsleistung für Versorgungsbereiche mit Versorgungspauschalen gemäß § 9 Abs. 8 des Vertrages soweit keine Kollektivhaftung eines Verbandes besteht.

Mit dem Beitritt kommt ein eigenständiges Vertragsverhältnis zustande. Der Vertragsbeitritt wird erst mit Zugang der Beitrittserklärung sowie einer gültigen Präqualifizierung und der Nachweise gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse für die Zukunft wirksam. Geht der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse die Beitrittserklärung vor dem in § 15 Abs. 1 genannten Zeitpunkt des Inkrafttretens zu, beginnt der Vertrag erst zu diesem Zeitpunkt.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir lasse/n den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich/uns gelten. Als Vertragspartner erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 15 Abs. 4 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.