
Vertrag

**über die Versorgung mit Bildschirmlesegeräten und
Blindenhilfsmitteln nach § 127 Abs. 1 SGB V**

– Vertragsnummer: 19 07 C78 –

zwischen der

**AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda
dieser wiederum vertreten durch Frau Brigitte Käser, Hannover**

(im Folgenden AOK genannt)

und dem

**Name
Straße
Ort**

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Geltungsbereich	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge	6
§ 6	Versorgungspauschale	7
§ 7	Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln	8
§ 8	Abgabe nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel	8
§ 9	Reparaturen und Wartungen	9
§ 10	Rückholung, Einlagerung und Aussonderung	9
§ 11	Haftung und Verzug	10
§ 12	Insolvenz	10
§ 13	Vergütung	11
§ 14	Abrechnung	11
§ 15	Datenschutz und Schweigepflicht	15
§ 16	Werbung	16
§ 17	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	17
§ 18	Übergangsregelung	18
§ 19	Inkrafttreten und Kündigung	19
§ 20	Salvatorische Klausel	19
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	21
Anlage 2	Leistungsbeschreibung	25
Anhang 1 zur Anlage 2	Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung	32
Anlage 3	Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung –AOK-Hilfsmittelpool-	34
Anlage 4	Vergütung	47
Anlage 5	Versicherteninformation	53
Anlage 6	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln	54
Anlage 7	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln	55
Anlage 8	Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen	56
Anlage 9	Bedarfserhebungsbogen für elektronisch vergrößernde Sehhilfen	57
Anlage 10	Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte	58
Anlage 11	Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel	59
Anlage 12	Erklärung nach § 14 Abs. (2)	60

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOK mit Bildschirmlesegeräten, elektronischen Lupen, Vergrößerungssoftware und Blindenhilfsmitteln.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlage 5 bis Anlage 11 stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK und für die Leistungserbringer, welche dem Bundesfachverband elektronische Hilfsmittel e.V. (nachfolgend: Leistungserbringer) angehören, sofern sie die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen und den Vertragsbeitritt nicht widerrufen haben.
- (2) Der Beitritt ist gegenüber dem Verband zu erklären. Der Verband stellt der AOK jeweils bei Veränderungen eine Mitgliederliste bzw. eine Liste der Leistungserbringer, die eine geforderte Qualifizierung nach diesem Vertrag nachgewiesen haben, zur Verfügung. Die Übersicht muss mindestens folgende Inhalte haben: Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, Name, Anschrift, Beitritts- sowie Austrittsdatum und Kennzeichnung, ob es sich um einen Hauptbetrieb oder eine Filiale (bitte dazu den Hauptbetrieb angeben) handelt. Die bloße Mitgliedschaft bei dem Verband führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Über die Berechtigung oder Nichtberechtigung zur Versorgung und Abrechnung sowie Art und Umfang der Belieferung entscheidet die AOK.
- (3) Der Vertrag umfasst die Versorgung aller AOK-Versicherten sowie aller durch die AOK betreuten Anspruchsberechtigten verwendet werden.

§ 3 Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem

Versicherten der AOK. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln in der jeweils aktuellen Fassung.

- (2) Der Leistungserbringer bestätigt durch Vertragsabschluss, dass er diese Voraussetzungen erfüllt. Die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien ist spätestens mit Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Nachweis ist regelmäßig mit der Präqualifizierungsbestätigung erbracht.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK schriftlich mitzuteilen.
- (4) Die Abführung der Mehrwertsteuer obliegt dem Leistungserbringer und ist nicht durch die AOK sicherzustellen.
- (5) Die AOK ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Beratung und Einweisung der Versicherten und/oder der in Abs. (3) genannten Personen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher und gewährleistet während der gesamten Versorgungsdauer eine umfassende und sachgerechte Nachbetreuung und Anpassung. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der in Abs. (3) genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung durch den Versicherten und nachfolgender Terminabsprache ist der Versicherte durch den Leistungserbringer in seinem häuslichen Wohnumfeld aufzusuchen.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung, Anleitung und Nachbetreuung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

- (4) Soweit es die Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorsehen, gewährleistet der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung auch einen medizinisch-technischen Notdienst, der täglich 24 Stunden für AOK-Versicherte erreichbar ist. Die Telefonnummer, Name und Anschrift des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Versorgung bekannt zu geben.
- (5) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOK auf Verlangen zu erbringen.
- (6) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOK kann nur aufgrund einer fachärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOK benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOK ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist. Die Regelung nach Abs. (9) bleibt unberührt.
- (9) Der Leistungserbringer hat - soweit erforderlich - nach Eingang der ärztlichen Verordnung unverzüglich aus seinem Bestand ein übergangsweise ausreichendes und geeignetes Hilfsmittel (Interimsversorgung) zur Verfügung zu stellen,
 - soweit hierfür eine Eilbedürftigkeit medizinisch gegeben ist oder
 - um eine Verschlechterung oder Gefährdung des Gesundheitszustandes zu verhindern oder
 - wenn das einzusetzende Hilfsmittel nicht rechtzeitig an den Versicherten abgegeben werden kann oder
 - wenn notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden können für die Dauer der Reparatur- oder Wartungszeit.Hilfsmittel, die sich im Eigentum der AOK befinden, dürfen für die genannten Zwecke nicht eingesetzt werden.
- (10) Soweit eine Versorgung nach Abs. (9) noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOK unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang bei der Übergabe bestätigt. Der

Leistungserbringer überlässt dem Versicherten das Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer.

- (11) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten die Versicherteninformation nach Anlage 5 aus und stellt sicher, dass der Versicherte durch Unterschrift auf dem Dokument bestätigt, die Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben. Ein Exemplar der Versicherteninformation verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Leistungserbringern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten entstehen, geht dies nicht zu Lasten der AOK. In diesem Falle vergütet die AOK die Leistung ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer, welcher zuerst die Abrechnung eingereicht hat. Die Versicherteninformation ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.
- (12) Es ist unzulässig, mit Ausnahme der Regelung nach Abs. (9), ein anderes als das erforderliche und von der AOK genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (13) Die AOK ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (14) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.

§ 5 Kostenvoranschläge

- (1) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
 - Kopie der ärztlichen Verordnung
 - Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer nach den Richtlinien zum Datenträgeraustausch; die Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben.
 - Netto- und Bruttopreis inkl. Mehrwertsteuerschlüssel
 - Registernummer und MIP Beleg über die Pool-Abfrage nach Anlage 3 bei wiedereinsatzfähigen im Eigentum der AOK Hilfsmitteln.
 - Bei Reparaturen bzgl. Hilfsmitteln im Eigentum der AOK ist eine detaillierte Auflistung der angefallenen Arbeiten und benötigten Ersatz- und Zubehörteile

einzureichen. Bei Abweichungen von der ursprünglichen Auflistung ist ein erneuter Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Bei Fremdreparaturen durch den Hersteller ist der Kostenvoranschlag des Herstellers beizufügen. Hinweise nach Anlage 2 Nr. 6 d.h. Hinweise über Schäden am Hilfsmittel, die auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurückzuführen sind, sind auf dem Kostenvoranschlag anzugeben.

- Versorgungszeitraum
- (2) Kostenvoranschläge für den Wiedereinsatz eines Hilfsmittels dürfen der genehmigenden Stelle der AOK erst eingereicht werden, sofern dem Leistungserbringer alle erforderlichen Informationen über den Zustand des Hilfsmittels (Reservierungsbeleg), die zur Erstellung des Kostenvoranschlages notwendig sind, bekannt sind. Die Einreichung eines weiteren Kostenvoranschlages zur Beantragung von weiteren Leistungen, z.B. Reparaturen und Ersatzteile, für den gleichen Wiedereinsatz ist unzulässig.
 - (3) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOK unbearbeitet an den Leistungserbringer zurückgesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. (1) genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 4 nicht eingehalten worden sind.
 - (4) Bei in Anhang 1 zur Anlage 2 gekennzeichneten Versorgungsleistungen ist dem elektronischen Kostenvoranschlag ein Bedarfserhebungsbogen nach Anlage 8, Anlage 9 oder Anlage 10 beizufügen.

§ 6 Versorgungspauschale

- (1) Art und Umfang der Leistungen werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen bestimmt. Der Leistungserbringer hat die lückenlose Versorgung während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob der Versicherte mit einem neuen oder aufbereiteten Hilfsmittel versorgt wird.
- (3) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOK sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
- (4) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach dieser Vereinbarung abgegebenen Hilfsmittel, es sei denn, der Leistungserbringer trifft mit dem Versicherten im Sinne des § 13 Abs. (4) eine abweichende Vereinbarung. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOK keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer.

- (5) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen auch sicherzustellen, wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Bei Betriebsaufgabe oder -veräußerung sowie Insolvenz sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung durch einen kompetenten, nach § 126 SGB V zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer, der die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt. In diesem Fall hat der Leistungserbringer mit dem anderen Leistungserbringer einen schriftlichen Vertrag über die Sicherstellung der Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer zu schließen und der AOK einschließlich der Nachweise zur Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 unaufgefordert vorzulegen. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

§ 7 Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln

- (1) Bei der Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln nach Anlage 3, welche in Anlage 4 zum Wiedereinsatz gekennzeichnet sind, hat der Leistungserbringer vorrangig die Belieferung aus vorhandenen AOK-Beständen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben.
- (2) Die Abgabe eines neuen Hilfsmittels kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der AOK zurückgegriffen werden kann. Bei einer Neuversorgung hat der Leistungserbringer immer ein neues Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe von gebrauchten Hilfsmitteln, auch von Vorführprodukten, ist unzulässig. Vorführprodukte in diesem Sinne sind Hilfsmittel, die vom Hersteller zu Vorführzwecken, z.B. auf Messen, eingesetzt werden oder Hilfsmittel, die für Interimsversorgungen und/oder als Miethilfsmittel eingesetzt werden.
- (3) Die Verwaltung der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel erfolgt über das Lagerverwaltungssystem und ist in der Anlage 3 geregelt.
- (4) Die wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel befinden sich im Eigentum der AOK. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über die Eigentumsrechte (Anlage 5).

§ 8 Abgabe nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel

- (1) Der Leistungserbringer hat bei der Versorgung mit einem nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel immer ein neues Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe von gebrauchten Hilfsmitteln, auch von Vorführprodukten (vgl. § 7 Abs. 2), ist unzulässig.
- (2) Bei nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln geht das Eigentum mit der Abgabe an den Versicherten auf diesen über.

§ 9 Reparaturen und Wartungen

- (1) Notwendige Reparaturen dürfen nur vorgenommen werden, sofern diese vom Versicherten und/oder seiner Betreuungsperson in Auftrag gegeben worden sind. Wartungen haben zu erfolgen, sofern diese nach den Herstellervorgaben oder den Regelungen des MPG erforderlich sind.
- (2) Arbeitszeiten sind nach den Reparaturstandardzeiten der Anlage 2 zu berechnen. Sofern in der Anlage 2 keine Reparaturstandardzeit vereinbart ist, hat der Leistungserbringer eine detaillierte Kalkulation über die anzusetzende Arbeitszeit nach § 5 zu erstellen.
- (3) Der Leistungserbringer ist vor jeder Reparatur verpflichtet, etwaige Gewährleistungsansprüche zu berücksichtigen und diese ggf. gemäß Anlage 2 Nr. 6 gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
- (4) Reparaturen sind auf das Maß des Notwendigen zu beschränken. Reparaturen, die lediglich der Optik dienen und die Gebrauchs- und Funktionsfähigkeit nicht verbessern, überschreiten das Maß des Notwendigen.
- (5) Die Vergütung für Fremdreparaturen richtet sich nach der Vergütung von Reparaturen durch den Leistungserbringer selbst (Eigenreparaturen). Mehrkosten für Fremdreparaturen können nicht zulasten der AOK abgerechnet werden. Mehrkosten für die Herstellerreparatur können nur dann entstehen, wenn der Hersteller aufgrund gesetzlicher Bestimmungen den Leistungserbringer nicht zur Durchführung von Wartungen und/oder Reparaturen autorisiert. Der Leistungserbringer trägt bei Reparaturen die Verantwortung für die sofortige Durchführung und Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Hilfsmittels.

§ 10 Rückholung, Einlagerung und Aussonderung

- (1) Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel auf Verlangen der AOK innerhalb von 10 Arbeitstagen abzuholen. Dabei stellt die AOK sicher, dass die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht mehr besteht und der Leistungsanspruch des Versicherten erloschen ist.
- (2) Erhält der Leistungserbringer davon Kenntnis, dass die Voraussetzungen für die Versorgung des Versicherten nicht mehr vorliegen, die vorgefundene Versorgungssituation nicht mehr den Bedürfnissen des Versicherten oder den gesetzlichen Vorgaben entspricht oder der Leistungserbringer das Hilfsmittel zurückholt, informiert der Leistungserbringer die AOK hierüber unverzüglich im Rahmen des Lagerverwaltungssystems (Anlage 3) schriftlich (MIP Buchung „Rückholung“ durch Leistungserbringer). Dies gilt insbesondere, wenn die bestehende

Versorgungssituation ein Risiko für den Versicherten oder seine Betreuungsperson darstellt.

- (3) Der Verfahrensablauf für die Rückholung, Einlagerung und Aussonderung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ist in der Anlage 3 geregelt.

§ 11 Haftung und Verzug

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOK oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine schuldhafte Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. (1) schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOK das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z. B. § 4 Abs. (9) und (10) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z. B. durch die Versorgungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOK behält sich eine Aufrechnung nach § 14 Abs. (13) vor.
- (4) Der Leistungserbringer stellt die AOK von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Bußgelder und Schadensersatzforderungen aufgrund Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultieren, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

§ 12 Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK die Beantragung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOK unverzüglich zu informieren.

- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOK alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 13 Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 4. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen. Es handelt sich um Nettopreise, es sei denn in Anlage 4 ist etwas anderes geregelt.
- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (4) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V wählt. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten für solche Leistungen nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und höhere Folgekosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 6 zu dokumentieren und der AOK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 14 Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOK schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 12). Die Abrechnung mit einem anderen IK ist nur nach schriftlicher Zustimmung durch die AOK möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK Änderungen seines IK oder seiner Anschrift unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (3) Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummer nach Anlage 4 maßgebend. Die Abrechnung mit einer anderen Vertragsnummer

und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer ist nicht möglich. Der Versorgungszeitraum ist anzugeben. Sofern es sich um eine genehmigungspflichtige Versorgung handelt, ist zusätzlich die Angabe der Genehmigungsnummer notwendig. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer nicht. Bei genehmigungsfreien Folgeversorgungen ist die Genehmigungsnummer der Erstversorgung mit anzugeben.

- (4) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOK bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOK innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht, sind für den Rechnungsbetrag Verzugszinsen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOK scheidet allerdings aus, soweit die AOK berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. (12) oder eine Aufrechnungslage nach Abs. (13) oder (14) gegeben war.
- (5) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach § 302 SGB V abzurechnen.
- (6) Die Rechnung darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (7) Für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte Leistung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind nach den Regelungen dieses Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer in der Abrechnung ausreichend. Die Paketverfolgungsnummer ist jeweils versichertenbezogen in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment anzugeben. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 9 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOK vorgelegt werden können. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung Eingangs-/ Ablieferungsnachweise zu archivieren, insofern der Leistungserbringer zuvor lediglich die Paketverfolgungsnummer der Abrechnung beigefügt hat. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Die AOK ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Empfangsbestätigungen Eingangs-/ Ablieferungsnachweise für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.

- (8) Zur Abrechnung der Folgepauschale ist durch den Leistungserbringer zwingend ein Nutzungsnachweis gemäß Anlage 11 der Abrechnung beizufügen. Der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter bestätigt mit Unterschrift und Datum die regelmäßige Nutzung des überlassenen Hilfsmittels und dessen funktionsfähigen Zustand.
- (9) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung im Einzelnen als Text ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können unbezahlt zurückgewiesen werden. Es gilt der in der Anlage 4 aufgeführte Leistungserbringergruppenschlüssel. Werden die Daten der AOK vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOK nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (10) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen in der Abrechnung oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 4 vereinbarten Preise kann die AOK dem Leistungserbringer sowohl die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben als auch die Abrechnung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (11) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung direkt an den Leistungserbringer erfolgen. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOK eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOK ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOK auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

(12) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOK nimmt Kürzungen der Rechnungen insbesondere immer dann vor, soweit:

- die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
- die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
- kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOK bestand (z. B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
- die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOK nicht vorgelegt wurden,
- die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
- ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
- andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
- der Leistungserbringer neben der vertraglich vereinbarten Pauschale, Produkte abgerechnet hat, die mit der vereinbarten Pauschale abgegolten waren,
- der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
- Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,
- Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen gemäß § 17 vorliegen,
- bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Sofern der Leistungserbringer der Beanstandung innerhalb von 2 Monaten abhilft, kann er die Abrechnung erneut einreichen.

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 2 Monaten durch Neueinreichung einer korrigierten Rechnung im Zuge des DTA-Verfahrens nach § 302 SGB V oder durch

Nutzung der digitalen Plattform, die von der AOK oder von einem ihrer Dienstleister bereitgestellt wird oder kann der Beanstandung nicht innerhalb von 2 Monaten abgeholfen werden, so gilt diese als anerkannt. Diese Frist gilt ebenfalls für die Neueinreichung einer Rechnung. Einsprüche, die nicht nach Satz 1 übermittelt werden, gelten als nicht zugegangen.

- (13) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOK mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.
- (14) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnung der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOK ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOK nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOK oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOK ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOK auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 15 Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (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). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich des Versicherten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK erforderlich sind, vgl. §§ 294 ff. SGB V.
- (7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.
- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 16 Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 17).
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 17 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder bei wiederholten oder groben Verstößen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung mit Hilfsmitteln bestimmter Produktgruppen ausschließen.
- (3) Die Vertragsmaßnahmen nach den Abs. (1) und (2) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
 - Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 3.
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können. Die Bewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt, erfolgt grundsätzlich durch einen öffentlich vereidigten Sachverständigen.
 - Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.
 - Wiederholte Beanstandungen bei nicht vertragskonform erstellten Kostenvoranschlägen nach § 5 Abs. (3).

- Verstöße gegen die ordnungsgemäße Erbringung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gemäß § 128 Abs. 1 SGB V,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. (1) und (2) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOK zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 14 Abs. (12) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOK kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 17 vorliegt.
- (8) Schwerwiegende Verstöße gegen die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach dem SGB V werden der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V erteilt hat (Präqualifizierungsstelle), mitgeteilt.

§ 18 Übergangsregelung

- (1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK auf Basis anderer Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln im Rahmen einer pauschalierten Vergütung versorgt, werden diese Fälle in die pauschalierte Vergütung nach Anlage 4 überführt. Einzelheiten sind in der Anlage 2 geregelt.
- (2) Bei Vertragsabschluss laufende Versorgungen mit Hilfsmitteln, welche sich im Eigentum der AOK befinden (neu- und wiedereingesetzte Hilfsmittel) und nach Anlage 4 nicht pauschaliert vergütet werden, sind bereits abgegolten. Erforderliche Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen werden als Einzelleistung vergütet. Einzelheiten sind in Anlage 2 geregelt.

- (3) Bei Vertragsabschluss laufende Versorgungen mit transportablen Bildschirmlesegeräten, welche sich im Eigentum der AOK befinden (neu- und wiedereingesetzte Hilfsmittel), werden nicht in die pauschalierte Vergütung gem. Anlage 4 überführt. Erforderliche Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen werden als Einzelleistung vergütet. Einzelheiten sind in Anlage 2 geregelt.

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2024 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums nach dieser Vereinbarung zu Ende geführt.
- (3) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 4 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOK, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 4 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 20 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden oder sollte sich in dieser Vereinbarung eine Lücke befinden, so wird hierdurch die Gültigkeit der übrigen Regelungen dieser Vereinbarung nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung am nächsten kommt. Im Falle einer Lücke gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach dem Zweck dieses Vertrages vereinbart worden wäre, hätten die Vereinbarungspartner die Angelegenheit von vornherein bedacht. Die Festlegung der vereinbarten Regelung nach Satz 2 und/oder 3 sowie Änderungen der

Vereinbarung erfolgen durch einstimmigen Beschluss der Vereinbarungspartner und bedürfen der Schriftform.

Hannover,

Ort,

Brigitte Käser

Name

Anlage 1 Qualitäts- und Versorgungsstandards

1 Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (z.B. Abgabe, Wartung und Reparatur) durch Schulung und Ausstattung berechtigt sein, diese zu erbringen. Zertifikate und Bescheinigungen sind - soweit nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen - der AOK auf Verlangen vorzulegen.
- 1.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der Versorgungsdauer Überprüfungen nach Herstellervorgaben und der MPBetreibV sowie dem MPG mit entsprechendem Fachpersonal nach den geltenden Bestimmungen durchzuführen und zu dokumentieren. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden. Sofern gem. § 22 Abs. 1 SGB VII vorgesehen, erfolgt die Meldung über den Sicherheitsbeauftragten des Leistungserbringers.
- 1.3 Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen insbesondere die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV) und Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV) sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der Messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV und das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV.
- 1.4 Die Einhaltung der vorgenannten Aufgaben (z.B. die Dokumentation der Einweisung) ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.
- 1.5 Die AOK ist verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach dem SGB V zu überwachen. Gem. § 127 Abs. 7 SGB V führt

die AOK zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der AOK auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V (Anlage 1, 3.4) vorzulegen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, kann die AOK von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.

2 Personelle Anforderungen

- 2.1 Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.
- 2.2 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z. B. die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung sowie für die Durchführung von Reparaturen, Wartungen und Überprüfungen nach Nr. 1.2 und 1.3, ausschließlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird, welches über die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Erfahrung verfügt.
- 2.3 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung durch den Hersteller des Hilfsmittels für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.
- 2.4 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

3 Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung mit dem Versicherten und/oder den in § 4 Abs. (3) genannten Personen ein persönliches Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung des Bildschirmlesegerätes oder Blindenhilfsmittels ggf. einschließlich

Zubehör. Die Einweisung in den Gebrauch hat vor bzw. mit der ersten Anwendung des Hilfsmittels zu erfolgen.

- 3.2 Die Beratung und Einweisung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. (3) genannten Personen in die Lage zu versetzen, das Bildschirmlesegerät bzw. Blindenhilfsmittel im alltäglichen Gebrauch in seiner Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:
- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
 - Umfassende Einweisung in den Gebrauch und Anleitung zur eigenständigen Hilfsmittelversorgung
 - Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel
 - Art und Menge der zum Einsatz kommenden Produkte unter Berücksichtigung des Maßes des medizinisch Notwendigen
 - Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen.
- 3.3 Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung. Der Leistungserbringer verfügt über eine hinreichende Anzahl an aufzahlungsfrei zu versorgenden Produkten. Vom Leistungserbringer werden Vorführ- und Testmuster verschiedener Hersteller in ausreichender Anzahl vorgehalten.
- 3.4 Im Zuge des Beratungs- und Informationsgesprächs nach Nr. 3.1 lässt der Leistungserbringer den Empfang der Versicherteninformation (Anlage 5) vom Versicherten durch Unterschrift bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten.
- 3.5 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel zur Verfügung.
- 3.6 Weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.
- 3.7 Die Beratungsgespräche nach Nr. 3.1 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 15 grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und durch

Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen (Anlage 7). Die Dokumentation in elektronischer Form ist unter Beachtung der Anforderungen gem. § 126a BGB möglich. Die Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation gemäß Anlage 7 unverzüglich vorzulegen.

Weitere Beratungsgespräche nach Nr. 3.6 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 15 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOK auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOK das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 3.2 übermittelt.

- 3.8 Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über das Erfordernis eines regelmäßigen Therapienachweises im Rahmen der Erprobungsphase (Anlage 8-10) und Folgeversorgung (Anlage 11).
- 3.9 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus.
- 3.10 Überträgt der Leistungserbringer die Leistung ganz oder teilweise an einen Unterauftragnehmer, hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass der Unterauftragnehmer die in diesem Vertrag definierten Voraussetzungen erfüllt.

4 Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen.

5 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- 5.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet notwendige Wartungen, Überprüfungen nach Nr. 1.2 und 1.3 sowie Instandsetzungen unverzüglich vorzunehmen und stellt deren sach- und fachgerechte Durchführung sicher.
- 5.2 Der Leistungserbringer stellt die sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln sicher, bevor diese im Rahmen der Versorgungspauschale erneut eingesetzt werden.
- 5.3 Der Leistungserbringer stellt die sach- und fachgerechte Installation des Hilfsmittels entsprechend des Umfelds des Versicherten und des Einsatzbereiches des Hilfsmittels sicher.

Anlage 2 Leistungsbeschreibung

1. Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung

1.1.1 Neukauf und Neulieferungen

Mit der Vergütung von Neukauf und Neulieferungen (z.B. Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteile) sind alle damit verbundenen Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Beratung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten) durch qualifiziertes Personal.
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch sowie die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Bedarfserhebungsbögen nach Anlage 8-10
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
- Anlieferung
- Versicherung nach § 11 Absatz (2)
- Montage und Demontage
- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
- Lagerhaltung, Bestandsführung und Entsorgung

1.1.2 Wiedereinsatz

Mit der Vergütung des Wiedereinsatzes sind alle Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Beratung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten) durch qualifiziertes Personal
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch sowie die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Aufwendungen für die Anforderung oder Abholung vom einlagernden Leistungserbringer inklusive Versandkosten
- Reinigung und Desinfektion
- Allgemeine Durchsicht, Funktionskontrolle aller hilfsmittelspezifischen Parameter, Wartung/sicherheitstechnische Kontrolle (STK), sofern diese nach MGP oder Herstellervorgaben erforderlich ist
- Arbeitszeit
- Anlieferung
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
- Versicherung nach § 11 Absatz (2)
- Abholung, Zustandsbewertung und Einlagerung
- Montage und Demontage
- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
- Lagerhaltung, Bestandsführung und Entsorgung

In der Wiedereinsatzpauschale sind die Arbeitszeit und im Einzelfall erforderliche Ersatzteile für eine ggf. notwendige Instandsetzung und/oder behindertengerechte Zurichtung nicht enthalten.

1.1.3 Versorgungspauschalen

Mit der Vergütung der Versorgungspauschale sind immer folgende Dienst- und Nebenleistungen abgegolten. Dazu gehören insbesondere:

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit dem Hilfsmittel, einschließlich Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen, die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind.
- Beratung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson im einzelnen Versorgungsfall (ggf. auch in der Wohnung des Versicherten) durch qualifiziertes Personal
- Umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch sowie die Reinigung und Pflege des Hilfsmittels und eine entsprechende Nachbetreuung.
- Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
- Reparaturen
- Arbeitszeit
- Anlieferung
- Verpackungs- und Frachtkosten, Versicherungen für den Versand
- Versicherung nach § 11 Absatz (2)
- Abholung
- Montage und Demontage
- Aushändigung einer Gebrauchsanweisung
- Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
- Abtausch innerhalb der Produktuntergruppe (6-Steller) bei gleichbleibender Indikation
- Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallgeräten
- Interimsversorgungen nach § 4 Abs. 9
- Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 6 Abs. 3

1.2 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- Erbringung aller mit der Versorgung im Einzelfall zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z.B.
 - Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
 - Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)

- Sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung (Anlage 1)
- Rückholung, Einlagerung, Aussonderung und Verschrottung
- Erstellung von Kostenvoranschlägen
- Dokumentation nach diesem Vertrag
- Versicherungen gemäß § 11
- Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1.3 des Vertrages

2. Genehmigung- und Abrechnungsverfahren

Der Anhang 1 dieser Anlage 2 beinhaltet Hinweise zu notwendigen Anlagen zum Kostenvoranschlag bzw. zur Abrechnung.

Für folgende Versorgungsleistungen aus der PG 07 wird auf eine Genehmigung verzichtet:

- Hilfsmittel < 150,00 EUR netto bzgl. Gesamtbetrag des Kostenvoranschlages
- Zubehör, Ersatzteile, Verbrauchsmaterial < 150,00 EUR netto bzgl. Abrechnungssumme
- Reparaturen < 250,00 EUR netto, sofern sie 50% des Neupreises nicht übersteigen
- Wartungen < 250,00 EUR netto

3. Versorgungszeitraum

Die Erstversorgung beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten.

Die Versorgung von Bildschirmlesegeräten und transportablen Bildschirmlesegeräten erfolgt jeweils in Versorgungszeiträumen von 5 Jahren.

4. Erstversorgung und Erprobungsphase für Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam) (07.99.04.6), Bildschirmlesegeräte (25.21.85.0) und transportable Bildschirmlesegeräte (25.21.85.3)

Der erste Versorgungszeitraum (Erstversorgung) beginnt mit einer Erprobungsphase, die auf den Erstversorgungszeitraum angerechnet wird.

Der Leistungsbringer hat vor der Erstellung eines Kostenvoranschlages für Hilfsmittel, zu deren Nutzung gewisse körperliche oder geistige Fähigkeiten voraussetzen sind, eine Erprobung durchzuführen. Die fachärztliche Verordnung entbindet hiervon nicht. Die Dauer der Erprobungsphase beträgt grundsätzlich vier Wochen bei 25.21.85 Bildschirmlesegeräten und zwei Wochen bei 07.99.04.6 Kompaktgeräten zur Schriftumwandlung und Objekterkennung. Sie kann in begründeten Ausnahmen verlängert werden. Die Verordnung ist für maximal 28 Tage gültig, d.h. die Erprobungsphase muss spätestens am 28. Tag beginnen. Weicht der vom Leistungsbringer festgestellte Versorgungsbedarf von der

ärztlichen Verordnung ab, ist dies mit dem Arzt abzustimmen. Sollte sich während der Erprobungsphase herausstellen, dass das Hilfsmittel vom Versicherten nicht akzeptiert oder aus sonstigen Gründen nicht ausreichend genutzt wird, ist es vom Leistungserbringer zurückzuholen (§ 10 Abs. 1). Die Erprobung hat immer unter den Bedingungen des zukünftigen Einsatzortes bzw. im gewohnten Umfeld des Versicherten zu erfolgen. Bei unterschiedlichen Einsatzorten ist der Ort zu wählen, der die meisten Gebrauchssituationen abdeckt. Ist an einem Ort eine besondere Gebrauchssituation vorhanden, ist dort ebenfalls eine Erprobung durchzuführen. Die Durchführung der Erprobung ist auf dem Formular der Anlage 8, Anlage 9 und Anlage 10 oder einem entsprechenden Formular vom Leistungserbringer zu bestätigen.

Die AOK entscheidet nach Vorliegen des Ergebnisses der Erprobungsphase über die Kostenübernahme. Hierfür reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag bei der von der AOK benannten Stelle ein.

5. Folgeversorgungspauschale

Ist nach Ablauf des Versorgungszeitraums die Fortführung der Versorgung (Folgeversorgung) medizinisch notwendig, kann die Folgepauschale mit der AOK abgerechnet werden, sofern ein Nutzungsnachweis (Anlage 11) vorliegt. Die AOK Niedersachsen verzichtet bis auf Widerruf bei der Genehmigung der Folgeversorgung auf die Genehmigungspflicht sowie auf die Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung.

6. Gewährleistung und Garantie

Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei Auslieferung. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Für die Gewährleistungsansprüche gelten die gesetzlichen Bestimmungen. In den ersten sechs Monaten nach Auslieferung/ Reparatur/ Austausch trägt der Leistungserbringer die Beweislast für die Sachmängelfreiheit.

Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung und Garantie nach Herstellervorgaben, soweit diese über die gesetzlich vorgeschriebene Gewährleistung hinausgeht.

Die Gewährleistungs- und Garantieansprüche sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Hersteller geltend zu machen. Dies gilt auch dann, wenn der mit der Leistung beauftragte Leistungserbringer (z.B. bei Reparaturen) die Neuversorgung nicht selbst vorgenommen hat. Der Leistungserbringer informiert die AOK unverzüglich schriftlich, sofern er an einem Hilfsmittel einen Schaden feststellt oder vermutet, der auf unsachgemäße Behandlung, nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurück zu führen ist.

7. Übergangsregelung gemäß § 18

7.1 Versorgung auf Basis einer pauschalierten Vergütung (25.21.85.0 Bildschirmlesegeräte)

Folgende bei Abschluss dieses Vertrages bereits laufende Versorgung auf Basis einer pauschalierten Vergütung werden gemäß § 18 Abs. 1 in die Pauschale für die Folgeversorgung nach Anlage 4 überführt:

- Versorgung nach den bisherigen vertraglichen Regelungen der AOK nach Ablauf des bei Abschluss dieses Vertrages laufenden Fünfjahresversorgungszeitraumes
- Die Pauschale für die Folgeversorgung nach Anlage 4 kann erstmals ab dem Tag, der auf den letzten Tag des vorhergehenden Versorgungszeitraumes folgt, abgerechnet werden, sofern die Versorgung weiterhin medizinisch notwendig ist. Die Regelungen nach Nr. 5 gelten entsprechend.

7.2 Versorgung mit Eigentumsgeräten der AOK (Kauf und Wiedereinsatz)

Bei Vertragsabschluss laufende Versorgung mit Hilfsmitteln, die sich im Eigentum der AOK befinden (neu- und wiedereingesetzte Hilfsmittel) und nach Anlage 4 nicht pauschaliert vergütet werden, sind bereits abgegolten. Erforderliche Nachlieferungen von Zubehör, Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen werden wie folgt vergütet:

Der Leistungserbringer trifft mit der AOK eine Vereinbarung im Einzelfall gem. § 127 Abs. 3 SGB V.

7.3 Überführung von Eigentumsgeräten der AOK (Kauf und Wiedereinsatz) in pauschalierte Vergütung (25.21.85.3 transportable Bildschirmlesegeräte)

Bei Vertragsabschluss laufende Versorgung mit Hilfsmitteln, die sich im Eigentum der AOK befinden (neu- und wiedereingesetzte Hilfsmittel), werden in die pauschalierte Vergütung überführt, sofern Kosten für Zubehör, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien sowie Wartungen und Reparaturen anfallen und die Vergütung einer Folgepauschale wirtschaftlicher für die AOK ist. Hierüber ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Das Eigentum des Gerätes geht, mit Bewilligung des Kostenvoranschlags, an den Leistungserbringer über.

8 Rückholung und Entsorgung

Die Regelungen des § 10 gelten entsprechend. Ausgesonderte Hilfsmittel dürfen vom Leistungserbringer nicht mehr eingesetzt werden. Die Rückholung, Aussonderung und

Entsorgung erfolgt kostenfrei. Ausgenommen die Rückholung von Kompaktgeräten zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache, Kompaktgeräten zur Schriftumwandlung und Objekterkennung, mobilen Braillezeilen und Bildschirmlesegeräten mit zweiter Kamera. Diese können gesondert per Kostenvoranschlag vom Leistungserbringer zur Genehmigung bei der AOK eingereicht werden.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

Abrechnungs- positionsnummer	Hilfsmittel- kenn- zeichen	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Pauschale	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. 8	Bedarfser- hebungsbogen (Anlage 8/9/10) ¹	Der Abrechnung sind beizufügen:			
						Empfangs- bestätigung	Nutzungs- nachweis (Anlage 11)	Fachärztliche Verordnung ¹	
07.99.01.2	00	Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache	Kauf	ja	ja Anlage 10	ja	nein	ja	
	02		Wiedereinsatz		nein	ja		nein	
	18		Rückholpauschale		ja	ja		nein	
07.99.04.6	19	Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam)	Erprobung bzw. Abbruchpauschale	ja	ja Anlage 10	ja	nein	ja	
	00		Kauf						
	02		Wiedereinsatz						
	18		Rückholpauschale						
07.99.03.1	00	Mobile Braillezeile	Kauf	ja	ja Anlage 8	ja	nein	ja	
	02		Wiedereinsatz		nein			ja	nein
	18		Rückholpauschale		ja			ja	nein
07.99.04.4	00	Daisy-Abspielgerät	Kauf	ja	nein	ja	nein	ja	
07.99.99.2000	00	Blindenspezifische Software (bspw. JAWS)	Kauf	ja	ja Anlage 10	ja	nein	ja	
	01		Upgrade		nein			ja	nein
25.21.85.0xxx	08	Bildschirmlesegeräte	Erstversorgung / 5 Jahre	nein	ja Anlage 9	ja	nein	ja	
	09		Folgeversorgung / 5 Jahre		nein			nein	ja
25.21.85.1	00	Bildschirmlesegeräte mit einer zweiten Kamera	Kauf	ja	ja ² Anlage 9	ja	nein	ja	
	02		Wiedereinsatz		ja			ja	nein

¹ z.B. Fachärzte für Augenheilkunde.

² Der Abrechnung beizufügen.

Anhang 1 zur Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Bildschirmlesegeräten und Blindenhilfsmitteln nach § 127 Abs. 1 SGB V

	18		Rückholpauschale		nein	ja	nein	nein
25.21.85.3	08	Transportable Bildschirmlesegeräte	Erstversorgung / 5 Jahre	ja	ja Anlage 9	ja	nein	ja
	09		Folgeversorgung / 5 Jahre	nein	nein	nein	ja	nein
25.21.86.0	00	Elektronische Lupen ≥ 4,3 Zoll bis ≤ 5 Zoll	Kauf	ja	ja Anlage 9	ja	nein	ja
25.99.99.4	00	Vergrößerungssoftware (bspw. Zoomtext Magnifier (Software))	Kauf	ja	ja Anlage 9	ja	nein	ja
	01		Upgrade		nein			nein
25.00.99.9940	00	Vergrößerungssoftware mit Sprachunterstützung (bspw. Magnifier (Software und Reader))	Kauf	ja	ja Anlage 9	ja	nein	ja
	01		Upgrade		nein			nein

Besondere Bestimmungen:

1. Bei der pauschalierten Vergütung besteht darüber hinaus Genehmigungspflicht, sofern der Versicherte den Leistungserbringer wechselt (vgl. § 4 Abs. 8).
2. Vgl. § 14 Abs. 7: weitere Empfangsbestätigungen (z.B. für Nachlieferungen von Zubehör/Verbrauchsmaterial, Wartungen, Reparaturen) sind der AOK auf Verlangen vorzulegen. Dieses gilt auch für die Mehrkostenerklärung des Versicherten und die Versicherteninformation.
3. Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: Verordnung in Kopie.
4. Zur Klarstellung bzgl. § 7 Abs. 2 Satz 4: Hilfsmittel, welche vom Leistungserbringer im Rahmen der Beratung gem. § 127 (5) SGB V dem Versicherten vorgestellt werden, sind keine Vorführprodukte im Sinne von § 7 Abs. 2 Satz 4 und können als Neukauf abgegeben werden.
5. Rückholpauschale: Im Kostenvoranschlag sind die Gründe für die Rückholung anzugeben sowie die Zusammensetzung der Kosten kenntlich zu machen. Der Abrechnung ist eine Empfangsbestätigung bzw. ein Abholnachweis beizufügen. Die Abrechnung darf nicht vor der Genehmigung erfolgen. Eine nachträgliche Genehmigung ist nicht zulässig. Die Genehmigungsnummer ist in der Abrechnung anzugeben.

Anlage 3 Verfahrensablauf bei Wiedereinsatz, Rückholung und Einlagerung –AOK-Hilfsmittelpool-

Für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen, AOK-eigenen Hilfsmitteln ist die Teilnahme des Leistungserbringers am Hilfsmittelpool der AOK nach den im Folgenden beschriebenen Grundsätzen unter Verwendung des dort benannten Lagerverwaltungssystems erforderlich.

I. Lagerverwaltungssystem

Der Leistungserbringer hat für die Verwaltung (u.a. Neukauf, Wiedereinsatz, Einlagerung, Reservierung, Reparatur, Rückkauf, Nachrüstung, Zurüstung und Aussonderung) der wiedereinsatzfähigen, AOK-eigenen Hilfsmittel das Lagerverwaltungssystem "MIP-Orthopädie" der nachfolgend benannten Firma zu verwenden:

Medicomp GmbH

1. Lageranforderungen und Registernummer (Inventarnummer):

- 1.1 Die Lagerhaltung der AOK-eigenen Hilfsmittel erfolgt dezentral durch alle am Lagerverwaltungssystem teilnehmenden Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hält hierfür geeignete Räumlichkeiten für eine sach- und fachgerechte Lagerung nach Anlage 1 vor.
- 1.2 Der Wiedereinsatz erfolgt für die im Lagerverwaltungssystem benannten Hilfsmittel.
- 1.3 Mit dem Lagerverwaltungssystem erfasst und dokumentiert der Leistungserbringer den Lebenszyklus eines Hilfsmittels vom Neukauf, über Reparatur und Wiedereinsatz bis zur Verschrottung.
- 1.4 Im Lagerverwaltungssystem wird für jedes Hilfsmittel einmalig eine Registernummer (Inventarnummer) vergeben, die das Hilfsmittel im Lebenszyklus (von der erstmaligen Inverkehrbringung bis zur Aussonderung) identifiziert. Jede Änderung der Registernummer während des Lebenszyklus ist unzulässig.
- 1.5 Die Kennzeichnung des Hilfsmittels erfolgt mittels eines Aufklebers, der an nicht augenfälliger Stelle am Hilfsmittel anzubringen ist. Die Kennzeichnung umfasst die Registernummer, Name, Anschrift und Telefonnummer des ausliefernden Leistungserbringers sowie das Abgabedatum.
- 1.6 Bei jedem Kontakt mit dem Hilfsmittel hat der Leistungserbringer die einwandfreie Lesbarkeit der Registernummer (Inventarnummer) zu prüfen und ggf. den Aufkleber zu erneuern.

- 1.7 Geeignete Aufkleber stellt die AOK dem Leistungserbringer auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung.

2. Zugangsberechtigung/Informationssystem:

- 2.1 Die Zugangsberechtigung zu diesem System wird von der Firma medicomp GmbH erst nach Zustimmung der AOK erteilt, sobald der Leistungserbringer seine Teilnahme am Lagerverwaltungssystem zu den in Anlage 4 genannten Konditionen schriftlich gegenüber der AOK erklärt hat.
- 2.2 Die AOK und die Firma medicomp GmbH werden bei Bedarf Textnachrichten zum Lagerverwaltungssystem und Dokumente zum Download für die MIP-Nutzer über den Nachrichtbereich auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitstellen. Diese Nachrichten enthalten z.B. wichtige Hinweise zur Systemnutzung, Systemänderung und sonstige wichtige Informationen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Kenntnisnahme und Beachtung bzw. Umsetzung dieser Textnachrichten.

3. Servicebereitschaft:

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Servicebereitschaft im Umgang mit dem Lagerverwaltungssystem zu den üblichen Geschäftszeiten, mindestens aber von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 16:30 Uhr, sicherzustellen. Auf das Eigentum der AOK muss während dieser Zeit zugegriffen werden können. Das gilt insbesondere für die Bereitstellung von angeforderten Hilfsmitteln und für Lagerprüfungen durch die AOK.

Die AOK hat in begründeten Fällen das Recht, jederzeit, auch außerhalb der o.g. üblichen Geschäftszeiten, auf ihr Eigentum zuzugreifen.

4. Schulung:

Die Firma medicomp GmbH bietet Schulungen für Leistungserbringer an und stellt ein Benutzerhandbuch für das System online zur Verfügung. Das Verfahren und die Anwendung des Systems sind im Folgenden beschrieben.

5. Kosten:

Die Kosten für die Nutzung des Systems trägt ausschließlich der Leistungserbringer.

6. Organisation:

Ansprechpartner für den Leistungserbringer bei der AOK ist der MIP-Administrator der AOK. Die Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten des MIP-Administrators werden dem Leistungserbringer über die Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bekannt gegeben.

II. Übergangsregelung

Die AOK stellt die Lagerverwaltung der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel entsprechend der Übergangsregelung vom 11.10.2004 (Änderung zum Rahmenvertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 SGB V) mit Wirkung ab 04.10.2004 auf das Lagerverwaltungssystem MIP-Orthopädie um.

Die AOK behält sich nach der Einführung der Lagerverwaltung über MIP-Orthopädie vor, die Räume des Leistungserbringers auf eine sach- und fachgerechte sowie vollständige Lagerhaltung zu prüfen. Hierbei festgestellte Fehler und Mängel haben Maßnahmen nach § 17 zur Folge.

III. Datenerfassung

1. Allgemeines:

Der Leistungserbringer hat das System mit der gebotenen Sorgfalt zu nutzen, um eine hohe Qualität in der Datenerfassung zu gewährleisten. Unter die Sorgfaltspflicht fällt insbesondere die korrekte und vollständige Erfassung der Hilfsmittel und der vom System geforderten hilfsmittelspezifischen Parameter. Des Weiteren zählt hierzu die Berichtigung von falschen Datensätzen und Daten von Hilfsmitteln, die umgehende Ergänzung von Daten und Parametern bei System- und Produktgruppenanpassungen sowie die Einhaltung der vom Lagerverwaltungssystem vorgegebenen Fristen (z.B. bei Reservierungen, der Bereitstellung von Hilfsmitteln an andere Leistungserbringer und Rückholaufträgen).

2. Erfassungsgrundsätze:

- 2.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, nicht vollständige oder fehlerhafte Datensätze unverzüglich zu vervollständigen oder zu korrigieren und ggf. den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen" zu informieren. Das Lagerverwaltungssystem kennzeichnet Pflichtfelder und systemseitig erkannte Datenfehler.

- 2.2 Die Daten des Hilfsmittels sind vom Leistungserbringer vollständig inklusive aller Kosten zu erfassen, sofern diese noch nicht im System hinterlegt sind. Das gilt nur für Kosten, die nach Einführung von MIP-Orthopädie (d.h. ab 04.10.2004), entstanden sind.
- 2.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Abfragen mit Krankenversicherungsnummern von Versicherten, für die kein konkreter Auftrag vorliegt, durchzuführen.
- 2.4 Hilfsmittel, die noch nicht im Lagerverwaltungssystem erfasst sind, sind unverzüglich mit dem nächsten Kontakt (z.B. bei Reparaturen, Zurüstungen, Einlagerung oder Aussonderung) vom Leistungserbringer zu erfassen. Der Leistungserbringer hat diese mit der Registernummer zu kennzeichnen, die vom System nach der Erfassung vergeben wird.
- 2.5 Sofern durch die falsche Eingabe des Leistungserbringers den beteiligten Leistungserbringern oder der AOK Kosten entstehen, sind diese vom Verursacher zu tragen. Das gilt z.B. für Transportkosten aufgrund von Falschlieferungen und Kosten aufgrund von falschen Modell-, Eigenschafts- oder Zustandsbeschreibungen.

3. Zeitpunkt und Inhalte der Erfassung:

- 3.1 Bei Neuverkauf, Wiedereinsatz und Reparatur sind die Daten des Hilfsmittels unverzüglich nach der Genehmigung durch die AOK und nach Auslieferung des Leistungserbringers an den Versicherten durch den Leistungserbringer zu erfassen.
- 3.2 Zubehör und Ersatzteile, die nicht für einen Wiedereinsatz als abfragerelevant definiert sind (kein Produktgruppenmerkmal wie z.B. Trommelbremsen für Begleitperson), sind - soweit vorhanden - im Datenfeld Ausstattung mit den Artikelnummern des Herstellers zu erfassen. Dies gilt insbesondere auch für Reparaturen. Ausgeliefertes Verbrauchsmaterial ist nicht zu erfassen.
- 3.3 Produkt- und herstellerspezifische Daten sind immer mit den vom Lagerverwaltungssystem geforderten Parametern korrekt und vollständig an der vorgegebenen Stelle zu erfassen. Das gilt auch für Maßeinheiten und Größenzuordnungen. Ausstattungsmerkmale sind in dem dafür vorgesehenen Datenfeld Ausstattung ausführlich zu erfassen. Handelt es sich hierbei um freie Textdaten, sind diese nachvollziehbar und verständlich anzugeben.
- 3.4 Die produktspezifische Seriennummer ist vollständig und korrekt in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen. Sofern für Hilfsmittel bisher keine Seriennummer erfasst ist, erfolgt die Nacherfassung mit dem nächsten kostenverursachenden Vorgang. Die Seriennummer ist nur für die vom Lagerverwaltungssystem als Mussfelder gekennzeichneten Hilfsmittel zu erfassen.

- 3.5 Die Erfassung einer Reparatur ist ausschließlich im Status "im Einsatz" möglich. Ausgenommen von dieser Regelung sind hochwertige Wechseldrucksysteme (Hilfsmittelproduktart 11.11.04.2) und andere Antidekubitussysteme (11.11.04.3), die vor Einlagerung gewartet und instandgesetzt werden müssen. Wird eine Reparatur erfasst, ist im Datenfeld Reparatur der Inhalt der Reparatur konkret und nachvollziehbar zu formulieren.
- 3.6 Der Leistungserbringer darf aus datenschutzrechtlichen Gründen die Krankenversicherungsnummer des Versicherten im Lagerverwaltungssystem nur in dem dafür vorgesehenen Datenfeld erfassen. Andere personenbezogenen Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht im Lagerverwaltungssystem erfasst werden. Zuwiderhandlungen stellen einen Datenschutz- und Vertragsverstoß dar, über welchen die AOK den zuständigen Datenschutzbeauftragten informiert.

4. Erfassungen durch den MIP-Administrator der AOK:

- 4.1 Änderungen von gespeicherten Grunddaten des Hilfsmittels sowie Kostenerfassungsdaten sind nur durch den MIP-Administrator der AOK vorzunehmen. In diesen Fällen informiert der Leistungserbringer unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen".
- 4.2 Die Aussonderung eines Hilfsmittels erfasst ausschließlich der MIP-Administrator der AOK.

5. Kostenerfassung:

- 5.1 Alle Kosten für Neuversorgungen, Wiedereinsätze, die Nachrüstung fehlender Teile, die Zurüstung während der Funktionsgarantie und die Reparatur eines Hilfsmittels, jeweils inkl. Zubehör, Ersatzteile und Sonderausstattungen sind als Bruttobeträge inkl. MwSt. zu erfassen. Es ist ausreichend, die Kosten als Gesamtbetrag zu erfassen. Im freien Textfeld sind nachvollziehbare Erläuterungen zum Gesamtbetrag zu hinterlegen.
- 5.2 Der Abrechnung dieser Leistungen ist immer der MIP-Orthopädie Kostenerfassungsbeleg beizufügen. Für Rechnungen, denen der Kostenerfassungsbeleg nicht beigelegt ist, besteht kein Anspruch auf Vergütung.
- 5.3 Der Kostenerfassungsbeleg ist nach entsprechender Datenerfassung im Lagerverwaltungssystem auszudrucken. Der Ausdruck muss über die hierzu bereitgestellte Schaltfläche mit dem Druckersymbol (Druckbutton) erfolgen.

6. Kassenspezifische Nummern (Interimsnummern):

- 6.1 Die AOK vergibt für nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführte Hilfsmittel eine kassenspezifische Hilfsmittelpositionsnummer (Interimsnummer).

- 6.2 Eine Übersicht der kassenspezifischen Nummern ist im Lagerverwaltungssystem hinterlegt.
- 6.3 Der Leistungserbringer beantragt die kassenspezifische Nummer mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Erfassungsformular für Hilfsmittel ohne HMVZ-Nummer“ beim MIP-Administrator der AOK und vor Kostenvoranschlagserstellung.

IV. Ablauf

1. Hilfsmittelauswahl:

- 1.1 Entsprechend § 7 hat der Leistungserbringer bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln vorrangig die Belieferung aus vorhandenen AOK-Beständen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels aus den AOK-Beständen wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe eines neuen Hilfsmittels kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der AOK zurückgegriffen werden kann.
- 1.2 Aus diesem Grunde ist der Leistungserbringer verpflichtet, vor Auslieferung, Kostenvoranschlagserstellung und/oder Abrechnung eines neuen Hilfsmittels durch Anfrage in MIP-Orthopädie zu klären, ob ein gebrauchtes Hilfsmittel eingelagert ist, dass so oder durch Umbau zum Wiedereinsatz geeignet ist.
- 1.3 Eine Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ohne vorherige Abfrage in MIP-Orthopädie ist unzulässig. Der Leistungserbringer hat auf jedem Kostenvoranschlag und jeder Abrechnung, auch bei Reparaturen und Wartungen, die Registernummer anzugeben. Kostenvoranschläge und Abrechnungen ohne Registernummer werden an den Leistungserbringer unbearbeitet zurückgesendet. Der in MIP-Orthopädie erzeugte Anfragebeleg ist dem Kostenvoranschlag und der Abrechnung beizufügen.
- 1.4 Der Leistungserbringer nimmt die Anfrage inklusive der Krankenversicherungsnummer aufgrund einer ärztlichen Verordnung und der durch den Leistungserbringer am Versicherten ermittelten Maße im Lagerverwaltungssystem vor.
- 1.5 Dem Leistungserbringer ist nur eine Anfrage je Versorgungsfall erlaubt; ausgenommen hiervon sind nachvollziehbare Kombinationen von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl und Aufsteckantrieb).
- 1.6 Werden dem Leistungserbringer mehrere Hilfsmittel zum Wiedereinsatz angezeigt, hat er die für diesen Wiedereinsatz wirtschaftlichste Alternative auszuwählen. D.h., dass eine Zurüstung von Zubehör oder Verschleißteilen oder der Abbau von Zubehör zu vermeiden ist. Der Wiedereinsatz ist auf das Maß des medizinisch Notwendigen zu beschränken.

- 1.7 Der Leistungserbringer hat nachvollziehbar zu begründen, weshalb im Einzelfall für den zu versorgenden Versicherten kein Wiedereinsatz geeignet ist, obwohl nach Anfrage im Lagerverwaltungssystem Hilfsmittel zum Wiedereinsatz aufgezeigt werden. Gleichzeitig ist der MIP-Administrator der AOK mit der hierzu bei der Auswahl der gefundenen Hilfsmittel bereitgestellten Schaltfläche "Antrag zur Freigabe einer Neuversorgung" zu informieren. Ein Kostenvoranschlag über eine Neuversorgung kann bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK erst nach zustimmender Rückmeldung durch den MIP-Administrator der AOK über den Posteingang in MIP-Orthopädie zur Genehmigung eingereicht werden. Hierfür ist vom Leistungserbringer der für den Kostenvoranschlag über eine Neuversorgung notwendige „Anfragebeleg“ über das Register Anfrage in der Bestandverwaltung von MIP-Orthopädie auszudrucken und dem Kostenvoranschlag beizufügen.
- 1.8 Ist im Rahmen der Versorgung eines Versicherten aufgrund der Indikation eine bestimmte Zusatzausstattung für das Hilfsmittel erforderlich und werden diese Ausstattungsmerkmale oder andere benötigte Informationen nicht über das Lagerverwaltungssystem abgebildet, ist beim einlagernden Leistungserbringer anzufragen.
- 1.9 Bei Anfragen von reservierenden Leistungserbringern hinsichtlich der Hilfsmiteleigenschaften oder ergänzender Informationen ist der einlagernde Leistungserbringer auskunftspflichtig. Anfragen sind vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich zu beantworten.
- 1.10 Alle Hilfsmittel der AOK werden landesweit eingesetzt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Badewannenlifter (Hilfsmittelpositionsnummer 04.40.01.0) und fahrbare Toilettenstühle (Hilfsmittelpositionsnummer 18.46.02.0), soweit es sich um Hilfsmittel in Standardausführung handelt. Dabei werden alle zugelassenen Betriebsstätten eines Leistungserbringers als Einheit bewertet.
- 1.11 Zeigt das Lagerverwaltungssystem kein zum Wiedereinsatz vorhandenes Hilfsmittel an, druckt der Leistungserbringer den sogenannten „Negativbeleg“ aus und reicht diesen zusammen mit dem Kostenvoranschlag für das notwendige Hilfsmittel zum Neukauf bei der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK ein. In diesen Fällen erfasst der Leistungserbringer über das Lagerverwaltungssystem nach Genehmigung des Kostenvorschlages über eine Neuversorgung einen Neukauf. Dabei sind insbesondere im Feld „Ausstattung“ alle Zubehör- und Ersatzteile zu erfassen.

2. Reservierung und Abholung/Versand vom Einlagerungsort:

- 2.1 Der Leistungserbringer hat eines der zum Wiedereinsatz aufgezeigten Hilfsmittel unverzüglich bei der Anfrage zu reservieren, sofern der Lagerbestand geeignete Hilfsmittel ausweist.

- 2.2 Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel unverzüglich beim einlagernden Leistungserbringer anzufordern, sofern es nicht bei ihm selbst eingelagert ist, ggf. notwendige Zurüstungen oder Reparaturen festzustellen und einen Kostenvoranschlag für den Wiedereinsatz zu erstellen.
- 2.3 Das angeforderte Hilfsmittel ist vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach Anforderung durch den ausliefernden Leistungserbringer, zur Abholung bereitzustellen.
- 2.4 Der Versand des Hilfsmittels ist zwischen dem einlagernden und ausliefernden Leistungserbringer zu regeln. Die Form des Versandes wird ausschließlich durch den anfragenden Leistungserbringer bestimmt. Das Hilfsmittel ist vom einlagernden Leistungserbringer ordnungsgemäß zu verpacken. Die Kosten für die Verpackung inklusive notwendigem Verpackungsmaterial und Arbeitszeit, trägt der einlagernde Leistungserbringer. Ist der einlagernde Leistungserbringer in Verzug, haftet er gegenüber dem anfragenden Leistungserbringer und der AOK.
- 2.5 Neben der Wiedereinsatzpauschale nach Anlage 4 können der AOK für die Abholung, den Versand, die Verpackung und die Arbeitszeit keine weiteren Kosten berechnet werden. Ausgenommen der Rückholung der Hilfsmittel, welche unter Anlage 2 Nr. 8 sowie in Anlage 4, beschrieben sind.
- 2.6 Die AOK übernimmt für Schäden am Hilfsmittel oder Verlust des Hilfsmittels während des Versandes keine Haftung. Eventuell entstehende Schäden sind vom anfragenden Leistungserbringer, der den Versand des Hilfsmittel beauftragt hat, zu ersetzen. Unberührt bleibt seine Möglichkeit des Rückgriffs auf den mit dem Transport beauftragten Logistiker. Der anfragende Leistungserbringer hat bei Schäden am oder Verlust des Hilfsmittels unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung von Transportschäden" zu informieren.
- 2.7 Ist ein angefragtes Hilfsmittel beim einlagernden Leistungserbringer nicht mehr auffindbar, informiert der anfragende Leistungserbringer den MIP-Administrator der AOK mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung über Hilfsmittel, die nicht von der Lagerstelle zur Verfügung gestellt werden".
- 2.8 Erhält der Leistungserbringer davon Kenntnis, dass die beantragte Versorgung nicht zustande kommt, hat er das reservierte Hilfsmittel unverzüglich wieder freizugeben. Nur durch die Freigabe vom Leistungserbringer selbst, verbleibt das Hilfsmittel im Lager des anfragenden Leistungserbringers.
- 2.9 Der Leistungserbringer erhält 4 Tage vor Ablauf des im Lagerverwaltungssystem hinterlegten Reservierungszeitraumes von 30 Tagen eine Nachricht über MIP-Orthopädie, dass die

Reservierung ablaufen wird und deshalb ggf. zu verlängern ist. Wird der Reservierungszeitraum vom Leistungserbringer nicht innerhalb dieser 4 Tage verlängert, wird die Reservierung aufgehoben und das Hilfsmittel wieder freigegeben. Nach Ablauf des Reservierungszeitraumes wird das Hilfsmittel dem Lagerbestand des reservierenden Leistungserbringers zugeordnet. Für eventuelle Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der AOK durch eine nicht sachgemäße Reservierung entstehen, ist der reservierende Leistungserbringer ersatzpflichtig.

- 2.10 Bei der Verlängerung des Reservierungszeitraumes hat der Leistungserbringer den Grund der Verlängerung in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen.

3. Reparatur:

Der Leistungserbringer hat die Reparaturdaten unverzüglich nach Ausführung bzw. nach Genehmigung durch die AOK zu erfassen.

4. Rückholung/Einlagerung:

- 4.1 Die Rückholung eines Hilfsmittels erfolgt nur nach Erteilung eines Rückholauftrages durch die AOK. Rückholaufträge werden ausschließlich über das Lagerverwaltungssystem erteilt. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, die bisher nicht mit einer Registernummer gekennzeichnet sind. In diesen Fällen erteilt die AOK den Rückholauftrag formlos.
- 4.2 Wird der Leistungserbringer vom Versicherten bzw. dessen Angehörigen oder Betreuer informiert oder erlangt der Leistungserbringer selbst Kenntnis, dass ein Hilfsmittel nicht mehr benötigt wird, ist der Leistungserbringer verpflichtet, den MIP-Administrator der AOK unverzüglich mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Beantragung eines Rückholauftrags" zu informieren. Die AOK erteilt unverzüglich einen Rückholauftrag.
- 4.3 Der Leistungserbringer hat nach Erteilung des Rückholauftrages durch die AOK das Hilfsmittel innerhalb von 10 Arbeitstagen vom Versicherten zurückzuholen. Der beauftragte Leistungserbringer ist auch dann zur Rückholung verpflichtet, wenn ein anderer Leistungserbringer die Versorgung vorgenommen hat.
- 4.4 Der Leistungserbringer holt auch nicht wiedereinsatzfähige Hilfsmittel zurück, die sich ggf. zusätzlich beim Versicherten befinden, sofern der Versicherte, dessen Angehörige oder Betreuungsperson die Rückholung beauftragt. Der Leistungserbringer informiert den MIP-Administrator der AOK innerhalb der Abholfrist (vgl. 4.3) mit dem hierzu auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Formular zur Meldung der Gründe der Verhinderung

- zur Ausführung eines Rückholauftrages“, sofern es dem Leistungserbringer in besonders begründeten Einzelfällen nicht möglich, ein Hilfsmittel abzuholen.
- 4.5 Wird dem Leistungserbringer vom Versicherten, dessen Angehörigen oder Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung das Hilfsmittel nicht, ein falsches Hilfsmittel oder ein unvollständiges Hilfsmittel (fehlendes Zubehör) ausgehändigt, informiert der Leistungserbringer unverzüglich den MIP-Administrator der AOK mit dem hierfür auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten „Formular zur Meldung über den Verlust eines Hilfsmittels“. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer eine entsprechend unterschriebene Bestätigung des Versicherten, dessen Angehörigen bzw. Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung mit vollständiger Namensnennung und dem Rechtsverhältnis zum Hilfsmittelnutzer vorzulegen. Fehlt diese, ist der Leistungserbringer zur Nachrüstung auf eigene Rechnung verpflichtet.
- 4.6 Versäumt es der Leistungserbringer trotz Mahnung, das zur Rückholung beauftragte Hilfsmittel abzuholen, hat er den Zeitwert des Hilfsmittels, zuzüglich einer Vertragsstrafe in Höhe von 100,00 EUR je Hilfsmittel zu ersetzen. Die Entscheidung trifft die AOK.
- 4.7 Der Leistungserbringer erfasst bei der Einlagerung den Zustand des Hilfsmittels. Die Zustandsbewertung hat in Bezug auf die Wiedereinsatzfähigkeit und Reparaturbedürftigkeit zu erfolgen. Die Zustandsangaben sind dabei so detailliert wie möglich zu erfassen (z.B. Benennung der defekten Teile). Für Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der AOK durch falsche Zustandsangaben entstehen, ist der einlagernde Leistungserbringer ersatzpflichtig. Dies gilt nicht für versteckte Mängel.
- 4.8 Ist der zur Rückholung beauftragte Leistungserbringer nicht in der Lage oder nicht berechtigt das zurückgeholte Hilfsmittel wiedereinzusetzen, zu warten, zu reparieren o.ä., ist der MIP-Administrator der AOK unverzüglich zu informieren.
- 4.9 Ist das Hilfsmittel zum Wiedereinsatz geeignet, lagert der Leistungserbringer dieses sach- und fachgerecht ein. Die Einlagerung ist unverzüglich nach erfolgter Rückholung, spätestens am nächsten Arbeitstag, im Lagerverwaltungssystem zu erfassen.
- 4.10 Alle Hilfsmittel der AOK werden unrepariert und vorgereinigt eingelagert. Ausgenommen von dieser Regelung sind hochwertige Wechseldrucksysteme (Hilfsmittelproduktart 11.11.04.2) und andere Antidekubitussysteme (11.11.04.3). Diese werden zum sofortigen Wiedereinsatz gereinigt und gewartet eingelagert. Der Versand von nicht vorgereinigten Hilfsmitteln ist unzulässig. Erhält ein Leistungserbringer ein verschmutztes oder ein aufgrund des jeweiligen Zustandes nicht wiedereinsatzfähiges Hilfsmittel, ist hierüber der MIP-Administrator der AOK unverzüglich mit dem hierfür auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten

"Formular zur Meldung von verschmutzten oder aufgrund des jeweiligen Zustandes nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln" zu informieren.

- 4.11 Werden medizintechnische Hilfsmittel zurückgeholt, die dem Leistungserbringer bekannt meldepflichtig kontaminiert sind, hat er dies zu dokumentieren. Dürfen und können diese Hilfsmittel nach den Herstellervorgaben nicht aufbereitet werden, hat der Leistungserbringer die Entsorgung mit entsprechender Begründung bei der AOK zu beantragen.
- 4.12 Der Leistungserbringer hat die elektrischen Anlagen, mit denen die Geräte verbunden sind, entsprechend gegen Überspannungsschäden abzusichern. Schäden an Geräten, die aus Überspannung im Stromnetz entstehen gehen zulasten des Leistungserbringers. Akkus sind vor Tiefenentladung zu schützen.

5. Aussonderung/Entsorgung:

- 5.1 Stellt der Leistungserbringer bei der Rückholung fest, dass ein Hilfsmittel nicht mehr wirtschaftlich für den Wiedereinsatz zu reparieren ist, teilt er dies unverzüglich der zuständigen genehmigenden Stelle der AOK mit dem in MIP-Orthopädie integrierten Aussonderungsantrag mit. Ein unwirtschaftlicher Wiedereinsatz kann frühestens dann vorliegen, wenn die Reparaturkosten mehr als 70% des von der AOK zu übernehmenden Neupreises betragen. Die AOK entscheidet über die weitere Verwendung.
- 5.2 Ein nach diesem Vertrag ausgesondertes Hilfsmittel darf, auch nach Aufbereitung, nicht erneut für die Versorgung von Versicherten der AOK eingesetzt werden.
- 5.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die umweltgerechte Entsorgung der ausgesonderten Hilfsmittel nach den gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen. Die Entsorgung ist mit der Vergütung für die Neuversorgung oder den Wiedereinsatz nach Anlage 4 abgegolten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- 5.4 Die AOK behält sich vor, im Einzelfall ein zur Aussonderung vorgeschlagenes Hilfsmittel zur Begutachtung anzufordern. In diesen Fällen informiert der MIP-Administrator der AOK den Leistungserbringer.

V. Probleme und Fehler

1. Erkennbare Fehler in der Hilfsmittelbezeichnung sind unverzüglich zu beheben.
2. Falsche Deklarationen und andere Unstimmigkeiten zwischen einlagerndem und auslieferndem Leistungserbringer sind ebenfalls unverzüglich bilateral zwischen diesen zu klären.

3. In Zweifelsfällen ist der MIP-Administrator der AOK mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular für Datenänderungen" zu informieren. Dieser entscheidet für die beteiligten Leistungserbringer verbindlich.
4. Probleme und Fragen zur EDV-Bedienung sind mit dem Systembetreiber der Firma medicomp (siehe I.) zu klären.

VI. Lagerübernahme bei Betriebsaufgabe (auch teilweise)

1. Betriebsaufgaben sind, unabhängig von den Gründen (gilt auch bei Insolvenz), rechtzeitig schriftlich dem MIP-Administrator anzuzeigen.
2. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen anderen von der AOK nachweislich beauftragten Leistungserbringern zu den üblichen Geschäftszeiten Zugriff auf das Eigentum der AOK zu gewähren.
3. Die Umbuchung der Hilfsmittel auf die neue Lagerstelle erfolgt in Abstimmung mit dem MIP-Administrator. Die Kosten trägt der Leistungserbringer, welcher die Umlagerung zu vertreten hat.

VII. Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

1. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK für Schäden, die aufgrund nicht adäquater Hilfsmittellagerung entstehen sowie für Verlust der Hilfsmittel, Schäden am Hilfsmittel aufgrund von Witterungseinflüssen oder anderen von ihm zu vertretenden Gründen.
2. Wird ein Hilfsmittel oder einzelnes Zubehör (Teilverlust) während der Lagerung durch Verschulden des Leistungserbringers unbrauchbar oder ist es unauffindbar, hat der einlagernde Leistungserbringer dies der AOK unverzüglich mit dem auf der Startseite der AOK in MIP-Orthopädie bereitgestellten "Formular zur Meldung über den Verlust von Hilfsmitteln" mitzuteilen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den Zeitwert des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Einlagerung zuzüglich einer Vertragsstrafe in Höhe von 100,00 EUR netto zu ersetzen.
3. Bei wiederholten Falschabfragen oder wiederholten unnötigen oder unberechtigten Abfragen durch den Leistungserbringer ist die AOK berechtigt, dem Leistungserbringer die betreffenden Aufträge zu entziehen und einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Hilfsmittels zu beauftragen.
4. Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Anlage ergebenden Verpflichtungen nicht, kann die AOK den Leistungserbringer von der Teilnahme am Lagerverwaltungssystem ausschließen. Der ausgeschlossene Leistungserbringer kann ab dem Tag des Ausschlusses

keine wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel mehr mit der AOK abrechnen. Ausgenommen hiervon sind bis zu diesem Tag von der AOK genehmigte Versorgungs- und Reparaturen.

5. Unberührt hiervon bleiben Vertragsmaßnahmen nach § 17.

Anlage 4 Vergütung

AC/TK: 19 07 C78

PG 07

07.99.01.2 - Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache

Abrechnungs-positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.01.2	00	Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache <ul style="list-style-type: none"> • Kauf inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Updates, Versand etc. 	2.700 EUR
07.99.01.2	02	Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache <ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinsatz inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Updates, Versand etc. 	650 EUR
07.99.01.2	18	Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache <ul style="list-style-type: none"> • Rückholpauschale . 	KVA

07.99.04.6 - Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung

Abrechnungs-positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.04.6	19	Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam) <ul style="list-style-type: none"> • Abbruchpauschale bzw. Erprobung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Updates, Versand, Rückholung etc. • Vor Genehmigung der Leistung wird bei Erstversorgungen eine zweiwöchige Erprobungsphase durchgeführt. Sollte sich während der Erprobungsphase herausstellen, dass das Hilfsmittel vom Versicherten nicht akzeptiert oder aus sonstigen Gründen nicht ausreichend genutzt wird, ist es vom Leistungserbringer zurückzuholen und die AOK vergütet nach Genehmigung lediglich eine Abbruchpauschale (Hilfsmittelkennzeichen 19). 	590 EUR

Abrechnungs-positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.04.6	00	Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam) <ul style="list-style-type: none"> • Kauf inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Updates, Versand etc. • Vor Genehmigung der Leistung wird bei Erstversorgungen eine zweiwöchige Erprobungsphase durchgeführt. Eine erfolgreiche Erprobungsphase ist mit dem Kauf/Wiedereinsatz abgegolten. 	4700 EUR
07.99.04.6	02	Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam) <ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinsatz inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Updates, Versand etc. • Vor Genehmigung der Leistung wird bei Erstversorgungen eine zweiwöchige Erprobungsphase durchgeführt. Eine erfolgreiche Erprobungsphase in mit dem Kauf/Wiedereinsatz abgegolten. 	800 EUR
07.99.04.6	18	Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung (bspw. Orcam) <ul style="list-style-type: none"> • Rückholpauschale 	KVA

07.99.03.1 - mobile Braillezeile

Abrechnungs-positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.03.1	00	mobile Braillezeile <ul style="list-style-type: none"> • 40 Stellen • Versorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand etc. 	4500 EUR
07.99.03.1	02	mobile Braillezeile <ul style="list-style-type: none"> • 40 Stellen • Versorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand etc. 	KVA
07.99.03.1	18	Mobile Braillezeile <ul style="list-style-type: none"> • Rückholpauschale 	KVA

Updates werden bei Bedarf im **Rahmen eines Wiedereinsatzes oder einer Reparatur** vom Leistungserbringer durchgeführt, ohne, dass die Kosten dafür gesondert in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht für blindenspezifische Software.

07.99.04.4 - DAISY-Abspielgeräte

Abrechnungs- positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.04.4	00	DAISY-Abspielgeräte <ul style="list-style-type: none"> • einfache Ausführung • Kauf inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Versand etc. 	420 EUR

07.99.99.2 - Blindenspezifische Software

Abrechnungs- positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
07.99.99.2000	00	Blindenspezifische Software <ul style="list-style-type: none"> • u.a. JAWS • Kauf inkl. zwei Upgrades, Dienstleistungen, Fahrtkosten, Versand etc. 	1890 EUR
07.99.99.2000	01	Blindenspezifische Software <ul style="list-style-type: none"> • u.a. JAWS • Upgrade für blindenspezifische Software: Hilfsmittelkennzeichen 01 verwenden 	350 EUR
07.99.99.2000	07	Blindenspezifische Software <ul style="list-style-type: none"> • u.a. JAWS • Schulung pro Stunde 	120 EUR

PG 25

25.21.85 - Bildschirmlesegeräte

Abrechnungs- positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
25.21.85.0	08	Bildschirmlesegeräte <ul style="list-style-type: none"> • ab 19 Zoll³ Bildschirmgröße bestehend aus Kamera, Kreuztisch und Bildschirm • Versorgungszeitraum 5 Jahre • Erstversorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand, Rückholung etc. 	1600 EUR
25.21.85.0	09	Bildschirmlesegeräte <ul style="list-style-type: none"> • ab 19 Zoll² Bildschirmgröße bestehend aus Kamera, Kreuztisch und Bildschirm • Versorgungszeitraum 5 Jahre • Folgeversorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand, Rückholung etc. 	890 EUR
25.21.85.1	00	Kauf eines Bildschirmlesegerätes mit einer zweiten Kamera	KVA
25.21.85.1	02	Wiedereinsatz eines Bildschirmlesegerätes mit einer zweiten Kamera	KVA
25.21.85.1	18	Rückholpauschale eines Bildschirmlesegerätes mit einer zweiten Kamera	KVA
25.21.85.3	08	Transportable Bildschirmlesegeräte <ul style="list-style-type: none"> • ab 10 bis 17 Zoll Bildschirmgröße besteht aus Bildschirm, Kamera und Arbeitsfläche • Versorgungszeitraum 5 Jahre • Erstversorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand, Rückholung etc. 	1600 EUR
25.21.85.3	09	Transportable Bildschirmlesegeräte <ul style="list-style-type: none"> • ab 10 bis 17 Zoll Bildschirmgröße besteht aus Bildschirm, Kamera und Arbeitsfläche • Versorgungszeitraum 5 Jahre • Folgeversorgung inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung, Reparaturen, Updates, Versand, Rückholung etc. 	890 EUR

³ Grundsätzlich sind vom Leistungserbringer Bildschirmlesegeräte mit einer Bildschirmgröße von mindestens 19 Zoll abzugeben. Sollte eine Versorgung mit einer Bildschirmgröße von mindestens 17 Zoll medizinisch ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein, können Bestandsgeräte mit mindestens 17 Zoll, welche vor Inkrafttreten des Vertrages angeschafft wurden, versorgt werden.

Updates bzw. Upgrades werden bei Bedarf im **Rahmen eines Wiedereinsatzes oder einer Reparatur** vom Leistungserbringer durchgeführt, ohne, dass die Kosten dafür gesondert in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht für Vergrößerungssoftware.

25.21.86 - Elektronische Lupen

Abrechnungs- positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
25.21.86.0	00	elektronische Lupen <ul style="list-style-type: none"> • 4,3 bis 5 Zoll Bildschirmgröße • inkl. Dienstleistungen, Fahrtkosten, Updates, Versand etc. 	464 EUR

25.99.99.4 - Vergrößerungssoftware

Abrechnungs- positionsnummer	HMKZ	Bezeichnung	Höchstpreis zzgl. MwSt.
25.99.99.4	00	Vergrößerungssoftware <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Zoomtext Magnifier (Software) • Kauf inkl. 2 Upgrades, Dienstleistungen, Fahrtkosten, Versand etc. 	1.010 EUR
25.99.99.4	01	Vergrößerungssoftware <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Zoomtext Magnifier (Software) • Upgrade für Vergrößerungssoftware: Hilfsmittelkennzeichen 01 verwenden 	200 EUR
25.99.99.4	07	Vergrößerungssoftware <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Zoomtext Magnifier (Software) • Schulung pro Stunde 	120 EUR
25.00.99.9940	00	Vergrößerungssoftware mit Sprachunterstützung <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Magnifier (Software und Reader) • Kauf inkl. 2 Upgrades, Dienstleistungen, Fahrtkosten, Entsorgung Versand etc. 	1350 EUR
25.00.99.9940	01	Vergrößerungssoftware mit Sprachunterstützung <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Magnifier (Software und Reader) • Upgrade für Vergrößerungssoftware mit Reader: Hilfsmittelkennzeichen 01 verwenden 	260 EUR
25.00.99.9940	07	Vergrößerungssoftware mit Sprachunterstützung <ul style="list-style-type: none"> • u.a. Magnifier (Software und Reader) • Schulung pro Stunde 	120 EUR

Übersicht zu Eigentumsverhältnissen je Vergütungsform

Vergütungsform	Eigentum	Beispiele
Pauschale	Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und überlässt es dem Versicherten leihweise.	25.21.85.0/3 (transportable) Bildschirmlesegeräte
Kauf/Wiedereinsatz-Verfahren	Die AOK bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und stellt es dem Versicherten leihweise zur Verfügung.	07.99.01.2 Kompaktgeräte zur Umwandlung von Schwarzschrift in synthetische Sprache 07.99.04.6 Kompaktgeräte zur Schriftumwandlung und Objekterkennung 07.99.03.1 mobile Braillezeile 25.21.85.1 Bildschirmlesegeräte mit einer zweiten Kamera
Kauf	Mit Übergabe des Hilfsmittels überträgt die AOK das Eigentum auf den Versicherten.	25.21.86.0 elektronische Lupen 07.99.04.4 Daisy-Abspielgeräte 07.99.99.2000 blindenspezifische Software 25.99.99.4 Vergrößerungssoftware (mit Reader)

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2027, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 5 Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
PLZ und Ort: _____
Geburtsdatum: _____ KV-Nummer: _____

Daten des Hilfsmittels:

Hilfsmittel: _____
Modell: _____ Hersteller: _____
Seriennummer: _____

Die Firma _____ stellt die Versorgung mit dem o. g. Hilfsmittel einschließlich aller Dienst- und Nebenleistungen sicher.

- Hierzu zählt auch die Durchführung von Reparaturen, Wartungen sowie die Belieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Hierfür erhält die o. g. Firma von der AOK. Die Gesundheitskasse eine **Vergütung in Form einer Pauschale**. Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und überlässt mir dieses leihweise.
- Die AOK stellt mir das Hilfsmittel **als Sachleistung leihweise** zur Verfügung. Die AOK bleibt Eigentümer des Hilfsmittels und stellt mir dieses leihweise zur Verfügung.
- Die AOK stellt mir das Hilfsmittel **als Sachleistung** zur Verfügung. Mit der Übergabe des Hilfsmittels überträgt die AOK das Eigentum auf mich.

Ich verpflichte mich,

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen, insbesondere nicht in der Nähe des Hilfsmittels zu rauchen oder zuzulassen, dass geraucht wird,
- Schäden am Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfsperson entstanden sind, nach Rücksprache mit dem Leistungserbringer auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für verschuldete Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurück zu geben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen. Gilt nicht für Hilfsmittel, die in das Eigentum des Versicherten übergehen.,
- ausschließlich den genannten Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel zu informieren,
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere Prüfung des Gerätes) zu unterstützen.

Bei einer Vergütung in Form einer Pauschale gilt:

- Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien beauftragt, sind die hierdurch entstehenden **Mehrkosten** von mir zu tragen.
- Ein **Wechsel des Leistungserbringers** ist jeweils nur zum Beginn eines neuen Versorgungszeitraums möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich von dem Wechsel zu informieren.

Ich wurde über die **gesetzliche Zuzahlung** gemäß § 33 Abs. 8 SGB V informiert. Die gesetzliche Zuzahlung ist bei Therapiebeginn und der Abrechnung der Folgepauschalen vom Leistungserbringer zu erheben, sofern ich von dieser nicht befreit bin. Sie ist auf Wunsch kostenlos zu quittieren. Die Zuzahlung gilt für alle Lieferungen innerhalb eines Versorgungszeitraums.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer mich in meinem **häuslichen Wohnumfeld** nach Terminvereinbarung aufsucht, sofern dies im Einzelfall zur Sicherstellung meiner Versorgung erforderlich ist.

ja nein

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 6 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:	_____
	Firmenstempel und IK
Beratende/r Mitarbeiter/in:	_____
Versicherte/r:	_____
	Name, Vorname

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Der o.g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____
Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- sich die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag ergeben,
- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingt höhere Folgekosten, z.B. bei Reparaturen und Wartung, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 7 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:	_____
	Firmenstempel und IK
Beratende/r Mitarbeiter/in:	_____
Versicherte/r:	_____
	Name, Vorname

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

	Datum der Beratung

Form des Beratungsgesprächs: persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
 telefonische Beratung
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/ Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Anlage 8 Bedarfserhebungsbogen für Braillezeilen

Personendaten

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Leistungserbringer: _____

Neuversorgung

Ersatzversorgung

Indikation

Diagnose laut Verordnung: _____

Funktionelles Sehvermögen: _____

Visus (ggf. für beide Augen getrennt) _____

Gesichtsfeld: _____

Sonstige Beeinträchtigungen: _____

Information zum Bedarf

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt? _____

Wie haben Sie benötigte Informationen bislang erhalten? _____

Wie oft wollen Sie das Gerät nutzen? _____ Stunden/Tag

Brailleschulung: Nachweis der Braille-Kenntnisse (bei Erwachsenen)

Wo: _____

Wann: _____

Wie lange: _____

Welche Brailleschrift: _____

Erprobung

Welches Hilfsmittel wurde getestet? _____

Modell: _____ Hersteller: _____

Wo und wie lange (Beginn- und Enddatum) haben Sie das Produkt erprobt?

Wurden alternative Braillezeilen erprobt? Ja Nein

Wenn ja, welche (HMV-Nummer): _____

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet? _____

Kann das Gerät selbstständig bedient werden? Ja Nein

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlagen:

Verordnung des Arztes

Nachweis der Braillekenntnisse

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8, 9 und 16a SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

Anlage 9 Bedarfserhebungsbogen für elektronisch vergrößernde Sehhilfen

Personendaten

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Leistungserbringer: _____

Information zum Bedarf

Wie oft wollen Sie das Gerät nutzen (Lesevolumen)? _____ Stunden/Tag

Wie ist Ihr Vergrößerungsbedarf bei Schriftgröße/Vorlage ____ ?

Welches Lesegut möchten Sie lesen:

Tageszeitung Zeitschrift Buch Korrespondenz Sonstiges: _____

Bisherige Versorgung

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt? (HMV-Nummer, falls vorhanden):

Erprobung

Welches Hilfsmittel wurde getestet (HMV-Nummer, falls vorhanden)?

Handhabung: problemlos übungsfähig

Lesefluss: fließend wortweise ausreichend

Wie lange haben Sie das Produkt erprobt? _____

Kann das Gerät selbstständig bedient werden? Ja Nein

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlage 10 Bedarfserhebungsbogen für Vorlesegeräte

Personendaten

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Leistungserbringer: _____

Neuversorgung Ersatzversorgung

Indikation

Diagnose laut Verordnung: _____

Funktionelles Sehvermögen: _____

Visus (ggf. für beide Augen getrennt) _____

Gesichtsfeld: _____

Sonstige Beeinträchtigungen: _____

Lesebedarf

Welches Lesegut möchten Sie lesen:

Tageszeitung Zeitschrift Buch Korrespondenz Sonstiges: _____

Wie oft wollen Sie das Gerät nutzen? _____ Stunden/Tag

Wie haben Sie bislang Informationen über geschriebenen Text erhalten? _____

Bisherige Versorgung

Mit welchen Hilfsmitteln sind Sie bislang versorgt? (HMV-Nummer, falls vorhanden):

Warum reichen diese Hilfsmittel zum Lesen nicht mehr aus?

Erprobung

Welches Hilfsmittel wurde getestet? _____

Modell: _____ Hersteller: _____

Wo und wie lange (Beginn- und Enddatum) haben Sie das Produkt erprobt? _____

Welches Lesegut haben Sie ausprobiert? _____

Wurden alternative Produkte erprobt? Ja Nein

Wenn ja, welche (HMV-Nummer, falls vorhanden):

Warum waren die übrigen getesteten Produkte nicht geeignet? _____

Kann das Gerät selbstständig bedient werden? Ja Nein

Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlagen:

Verordnung des Arztes

Anlage 11 Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel

Die Firma _____ stellt

Frau/Herrn _____ Geburtsdatum _____

folgendes Hilfsmittel _____

Modell _____ Hersteller _____

Seriennummer _____ Nutzungs-/Gewährleistungszeitraum *] _____

als Sachleistung leihweise zur Verfügung und die AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse. übernimmt die Kosten für diese Versorgung.

Ich nutze das mir am _____ überlassene o. g. Hilfsmittel weiterhin. Das Hilfsmittel befindet sich heute in einem funktionsfähigen Zustand – (**Folgepauschale *]**).

***] Ist der Gewährleistungszeitraum abgelaufen, wird die Versorgungspauschale in gleichem Umfang erneut fällig. Die weitere Nutzung ist vom Versicherten zu bestätigen.**

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des hier genannten Leistungserbringers.

Ich verpflichte mich,

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen, insbesondere nicht in der Nähe des Hilfsmittels zu rauchen oder zuzulassen, dass geraucht wird,
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- für verschuldete Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- ausschließlich den genannten Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör- und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel unverzüglich zu informieren.
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere Prüfung des Gerätes) zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 12 Erklärung nach § 14 Abs. (2)

Hiermit erkläre/n ich/wir i. S. d. § 14 Abs. (2), dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Bildschirmlesegeräten und Blindenhilfsmitteln nach § 127 Abs. 1 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
_____	_____
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
_____	_____
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer

Für weitere Institutionskennzeichen oder ergänzende Angaben verwenden Sie bitte eine Anlage.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, erfülle/n und den Nachweis gegenüber der AOK jederzeit erbringen kann/können, soweit dieser nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen ist. Mir/uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sofern die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vorliegen und dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche meine/unsere Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, sind von mir/uns unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK schriftlich mitzuteilen.

Eine Abrechnung mit einem anderen als den genannten Institutionskennzeichen ist nur möglich, sofern ich/wir die AOK hierüber im Vorfeld schriftlich informiert habe(n), die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt sind und mir/uns eine schriftliche Zustimmung der AOK für die Verwendung dieses Institutionskennzeichens vorliegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers