

**Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V**

zwischen

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

und

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

und

Verband Versorgungsqualität Homecare e.V. (VVHC e.V.)
Airport-Center Haus C
Flughafenstr. 52a
22335 Hamburg

über die Versorgung mit Hilfsmittel enteralen Ernährung

AC/TK 15 02 904

in der Fassung vom 01.12.2019

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 Geltungsbereich	4
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	4
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung.....	5
§ 5 Ärztliche Verordnung	6
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag.....	7
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität.....	8
§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen	9
§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz	10
§ 10 Vergütung / Abrechnung.....	10
§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen.....	12
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten	14
§ 13 Werbung.....	15
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen.....	15
§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages	16
§ 16 Schlussbestimmung	17
Anlage 1	18
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards.....	18
Anlage 2.....	21
Preisvereinbarung.....	21
Anlage 2a.....	24
Versorgungsanzeige für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung für Erwachsene	24
Anlage 2b.....	25
Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Schwerkraftapplikation) für Erwachsene	25
Anlage 2c.....	27
Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Pumpenversorgung) für Erwachsene	27
Anlage 2d.....	29
Versorgungsanzeige für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung für Kinder	29
Anlage 2e.....	30
Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Schwerkraftapplikation) für Kinder.....	30
Anlage 2f.....	32
Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Pumpenversorgung) für Kinder	32
Anlage 2g.....	34
Vergütung für transnasale und perkutane Ernährungs sonden inkl. Austauschsonden	34
Anlage 3.....	35
Mehrkostenerklärung des Versicherten.....	35

Anlage 4.....	36
Werbung.....	36
Anlage 5.....	37
Beitrittserklärung.....	37

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2 bis 2g benannten Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung der Produktuntergruppe/-arten 03.29.01.1, 03.36.03., 03.36.04., 03.36.05., 03.36.06, 03.36.07, 03.99.09.0, 03.99.09.2-3, 03.99.11.0 und 03.99.99 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.

Nicht Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung mit Verbandsstoffen und Sondennahrung.

2. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 3	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 4	Werbung
Anlage 5	Beitrittserklärung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für
 - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
 - b) den Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. und den Verband Versorgungsqualität Homecare e.V. sowie
 - c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5),
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in den Anlagen 2 bis 2g aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Anlagen 2 bis 2g des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt wird.
2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.

Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung zwischen der AOK Bayern und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. und dem Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.,

Stand 18.10.2019

Seite 4 von 37

3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.
4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2a bis 2g vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (ab 26.05.2020 ausschließlich Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinproduktrechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR). Ist das Qualitätsmanagementsystem durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in den Anlagen 2a bis 2g vereinbarten Vergütungen abgegolten.

5. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Fordert der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
6. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

§ 5 Ärztliche Verordnung

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

- c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.
9. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.
10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag (Versorgungsanzeige), der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.
2. Ist gemäß der vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag (Versorgungsanzeige) zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden.
3. Bei einem Leistungserbringerwechsel oder der Übernahme einer Versorgung ist ebenfalls eine Genehmigung erforderlich. Eine ärztliche Verordnung ist bei der Übernahme einer Versorgung nicht notwendig. Der Wechsel kann frühestens zum nächsten, auf die Genehmigung folgenden, Kalendermonat erfolgen. Der Zeitpunkt wird von der AOK mitgeteilt. Es ist eine Bestätigung des Versicherten bzw. seiner Betreuungspersonen beizufügen, aus der hervorgeht, dass dem Wechsel zugestimmt wird. Ein Wechsel des Leistungserbringers stellt eine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) dar und begründet keine Erstpauschale (Hilfsmittelkennzeichen 08).
4. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnum-

mer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2a bis 2g angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.

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

§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten. Hierdurch wird das Maß des Notwendigen unter Beachtung der ärztlichen Verordnung festgelegt, mithin die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse produktspezifisch konkretisiert.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.
4. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.
5. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.
6. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.

7. Abhängig vom Produkt ist unter Beachtung der Herstellervorgaben und des MPG sowie bei Nachlieferungen von Verbrauchshilfsmitteln ein Versand zulässig.
8. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt durch das geeignete Personal des Leistungserbringers oder durch geschultes Personal des Krankenhauses oder Arztes erfolgen. Die Einzelheiten sind in § 12 geregelt.
9. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
10. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
11. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellernerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie der MDR.
12. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).

§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen

1. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Instandhaltungsmaßnahmen sind Wartungen nach Herstellervorgaben sowie – soweit zutreffend – sicherheits- und messtechnische Kontrollen. Der Leistungserbringer gewährleistet die Instandhaltung und die Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel. Der Leistungserbringer setzt für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV erfüllen.
2. Kosten für die Instandsetzung und Instandhaltung für Hilfsmittel, die im Rahmen von Versorgungspauschalen vergütet werden, sind mit der vertraglich vereinbarten Vergütung abgegolten und können vom Leistungserbringer nicht gesondert geltend gemacht werden.
3. Können Instandsetzungen, die der Leistungserbringer gemäß Absatz 1 gewährleistet hat, nicht sofort ausgeführt werden und ist dem Versicherten der Verzicht auf das Hilfsmittel nicht zumutbar, stellt der Leistungserbringer ein adäquates und dem medizinisch notwendigen Bedarf entsprechendes Hilfsmittel aus seinem Bestand für die Dauer der Reparatur zur Verfügung. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2a bis 2g vereinbarten Vergütungen abgegolten. Satz 1 gilt nicht bei teilkonfektionierten oder individuell hergestellten Hilfsmitteln oder Sonderanfertigungen.

§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
3. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
4. Der Leistungserbringer hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.
5. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Bayern die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Bayern umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsungen von Versicherten der AOK Bayern zu übermitteln.

§ 10 Vergütung / Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m² bis maximal 100 g/m²) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen. Neben der Bestätigung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder dem gesonderten Nachweis ist als Empfangsbestätigung auch der Nachweis (z. B. Lieferschein, Paketverfolgungsnummer) für die Lieferung durch Kurierdienste zulässig.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2a bis 2g geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Die Zuzahlung für Verbrauchshilfsmittel ist auf max. 10 EUR monatlich begrenzt; dies gilt auch, wenn unterschiedliche Verbrauchshilfsmittel aus verschiedenen Produktgruppen bezogen werden. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Bestellrhythmus für jeden Monat zu entrichten. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.

4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2a bis 2g sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
8. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind monatlich abzurechnen. Dies gilt auch, wenn die ärztliche Verordnung einen längeren Versorgungszeitraum ausweist und / oder die Abgabe / Lieferung mehrere Monate umfasst. Folgemonate können nach erbrachter Leistung frühestens in dem Kalendermonat abgerechnet werden, der für die Folgeversorgung maßgebend ist. In diesen Fällen ist der ersten Abrechnung die Verordnung im Original beizufügen.
9. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist das Genehmigungskennzeichen anzugeben. Bei der Abrechnung von Folgepauschalen, deren Erstversorgung genehmigungspflichtig war, ist das hierbei ausgewiesene Genehmigungskennzeichen sowie der Zeitraum der Pauschale anzugeben.
10. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.
11. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen in den Anlagen 2a bis 2g, und sein Institutionskennzeichen zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss der Leistungserbringer eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung (z.B. bei Reparatur) erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtige Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind ordnungsrelevante Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.
12. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

13. Die AOK Bayern begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
14. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.
15. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2a bis 2g vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.
16. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.

3. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
4. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis).
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
8. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
9. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch dessen Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.
10. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten

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

§ 13 Werbung

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

§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 5a SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 7 SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.
5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
 - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
 - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 und 4
 - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
 - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
 - g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),

- h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 4 bis 7)
 - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
 - j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
 - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbeitrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Bruttorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.
 7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
 8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.12.2019 in Kraft. Bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln ist der Tag der ärztlichen Verordnung maßgebend, bei Folgepauschalen der Versorgungsmonat. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2023 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in den Anlagen 2a und 2b vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlagen 2 bis 2g) kann von der AOK Bayern oder dem vertragsschließenden Verband / Leistungserbringer mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2023 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 16 Schlussbestimmung

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

Ort, Datum

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Ort, Datum

Fachverband für Orthopädie-Technik und
Sanitätsfachhandel Bayern e.V.

Ort, Datum

Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.

Anlage 1
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Grundsätze

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

Der Leistungserbringer ist zur regelmäßigen Nachbetreuung des Versicherten (mindestens einmal im Monat) angehalten. Wird in diesem Rahmen vom Leistungserbringer festgestellt, dass eine andere Versorgungsart ausreichend wäre, informiert dieser unverzüglich die AOK Bayern.

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

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

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

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

Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00 bis 17:00 Uhr eine Service-Hotline sicher. Davon sind geltende gesetzliche Feiertage ausgenommen. Die Service-Hotline des Vertragspartners ist dem Versicherten bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich mitzuteilen. Dem Versicherten dürfen für die Nutzung keine Kosten entstehen, die über die üblichen Kosten (Festnetznummer zum Ortstarif) hinausgehen. Die Beratung des Versicherten wird durch die Fachkraft sichergestellt. Der Vertragspartner gewährleistet darüber hinaus an jedem Tag im Jahr einen medizinisch-technischen 24-Stunden-Notdienst.

Personelle Voraussetzungen zur Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen

Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer ausschließlich Fachkräfte ein, die zur/zum examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn, , examinierten Krankenschwester, examinierten AltenpflegerIn ausgebildet wurden und die eingehende Produkt- und Versorgungskennnisse in den von diesem Vertrag umfassten Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses haben.

Die Fachkräfte verfügen über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im stationären klinischen, geriatrischen oder pflegerischen Bereich. Die Fachkraft hat spezielle Kenntnisse und

Erfahrungen, abgestellt auf die Besonderheiten der enteralen Ernährung und die Geräte- und Anwendungstechnik der eingesetzten Pumpen und Systeme.

Beim Leistungserbringer sind mindestens zwei der vorgenannten Fachkräfte angestellt. Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten gewährleistet werden kann.

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

Personelle Voraussetzungen zur Versorgung von Kindern (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Kinder (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) setzt der Leistungsbringer ausschließlich Fachkräfte ein, die zur/zum examinieren Gesundheits- und KrankenpflegerIn, examinieren Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn oder examinieren Krankenschwester ausgebildet wurden.

Die Fachkräfte verfügen über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im stationären klinischen Bereich und spezielle Kenntnisse und Erfahrungen, abgestellt auf die Besonderheiten der enteralen Ernährung und die Geräte- und Anwendungstechnik der eingesetzten Pumpen und Systeme.

Beim Leistungserbringer sind mindestens zwei der vorgenannten Fachkräfte angestellt. Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten gewährleistet werden kann.

Der Leistungsbringer hat mindestens eine Fachkraft angestellt, die zur/zum examinieren Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn ausgebildet wurde.

Der Leistungserbringer gewährleistet

- eine regelmäßige fachbezogene Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter (mindestens alle 2 Jahre) durch Teilnahme an Seminaren und Weiterbildungen
- regelmäßige Produktschulungen (mindestens alle 2 Jahre) über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel.
- eine regelmäßige Fortbildung im Bereich enterale Ernährung im Spezialbereich Pädiatrie (mind. 10 Std. pro Jahr) sowie Fortbildungen mit folgenden beispielhaften Inhalten:
 - Neue medizinische Standards in der Hilfsmittelversorgung bezogen auf die Ernährungstherapie bei Kindern,
 - Medizinische Fortbildung (Anatomie, Physiologie) zu verschiedenen Krankheitsbildern in der Pädiatrie (z.B. Stoffwechselerkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Neurologie),
 - Beratung, Unterstützung von Eltern/Erziehungsberechtigten, Angehörigen,
 - Versichertengerechtes Anpassen technischer Geräte.

Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

Der Leistungserbringer organisiert und gewährleistet flankierende, die Versorgung unterstützende Angebote sowie den Versorgungsprozess und dessen Qualitätsstandard sichernde Aktivitäten. Beispiele dafür sind:

- Hinweise auf (Hersteller-)Informationen zur enteralen Ernährungstherapie für Kinder im Internet,
- Einweisung und Schulung der Eltern/Erziehungsberechtigten in das Hilfsmittel,
- die Möglichkeit einer individuellen Anforderung der zuständigen Mitarbeiter durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Angehörige in unbeschränkter Weise,
- Unterstützung bei der Integration der enteralen Ernährungstherapie in den Familienalltag,
- Berücksichtigung des sozialen Umfelds,
- Unterweisung in Pflege- und Hygienemaßnahmen am enteralen Zugang,
- Hinweise zur Vermeidung von Komplikationen,
- Kontrolle der Sondeneinstichstelle
- Fortlaufende Dokumentation und Berichte an den behandelnden Arzt sowie Abstimmung der zum Einsatz kommenden Produkten mit diesem,

Anlage 2
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Preisvereinbarung

§ 1 Leistungsbeschreibung

- 1) Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in der Anlage 2 genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. In den Anlagen 2a und 2b ist die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen geregelt.
- 2) Mit den in den Anlagen 2a bis 2g vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.
- 3) Die Pauschale kann je Versicherten für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal abgerechnet werden. Entfällt der Leistungsanspruch des Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat (z.B. stationäre Behandlung), berechnet der Leistungserbringer diesen Zeitraum nicht. Teilmonate (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus oder Tod des Versicherten) führen zu keiner Reduzierung des monatlichen Erstattungsbetrages. Wird der Krankenkasse erst nachträglich bekannt, dass der Vergütungsanspruch für einen vollen Kalendermonat entfallen ist, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Monat erfolgen.
- 4) Mit der Pauschale ist die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung abgegolten. Darunter fallen insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers:
 - a) alle Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien (z.B. alle Arten von Adaptern), die zur Entlassung des Anspruchsberechtigten aus dem stationären Bereich und zur weiteren Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - 03.29.01.1 Kunststoffspritzen, soweit diese zum Durchspülen von transnasalen und perkutanen Sonden; auch zur Medikamentenverabreichung und Flüssigkeitsgabe über die Sonde verwendet werden
 - 03.36.06 Überleitsysteme und Leerbehältnisse zur enteralen Ernährungstherapie inkl. Sicherheitsverbinder
 - 03.36.07 Ernährungspumpen zur enteralen Ernährungstherapie
 - 03.99.09.0 Infusionsständer, wenn diese zur enteralen Ernährung verwendet werden (Bestandteil des Vertrages ist ausschließlich der Infusionsständer für den häuslichen Bereich (Fünfarmständer), keine Umbauten am Infusionsständer oder Zurichtungen für eine Rollstuhlversorgung)
 - 03.99.09.2 Flaschenhalter, einmal verwendbar, wenn diese zur enteralen Ernährung verwendet werden
 - 03.99.09.3 Flaschenhalter, mehrfach verwendbar, wenn diese zur enteralen Ernährung verwendet werden
 - 03.99.11.0 Filtersysteme zur enteralen Ernährungstherapie

- 03.99.99. Abrechnungspositionsnummern, wenn diese zur enteralen Ernährung verwendet werden, ausgenommen:
 - 03.99.99.1020 Abrechnungsposition für Mandrin für Ernährungs sonden
 - 03.99.99.1021 Abrechnungsposition zu Gleitmitteln /-ölen für Ernährungs sonden
- b) alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen,
 - c) die Erfüllung aller definierten Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards,
 - d) die Durchführung der technischen Kontrollen, Reparaturen und Wartungen sowie ggf. Ersatzversorgung,
 - e) die notwendigen Dokumentationen
 - f) die Verwendung der Produkte nach Herstellerangaben. Die Einmalprodukte (z.B. Überleitungssysteme, Spritzen) dürfen höchstens 24 Stunden verwendet werden.
 - g) die Kosten für Auslieferung, Abholung, Aussonderung und Untergang der Geräte

§ 2 Versorgungspauschalen

- 1) Sind Versorgungspauschalen vereinbart, beinhalten diese neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung des Versicherten bzw. betreuender Angehöriger, regelmäßige Nachbetreuung des Versicherten, Anlieferung, Montage, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten und / oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
- 2) Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der medizinisch notwendigen Versorgungsdauer. Kosten für den Verlust eines Hilfsmittels gehen zu Lasten des Versicherten, wenn dieser den Verlust zu verantworten hat. Ist dabei eine Ersatzlieferung notwendig, gehen auch diese Kosten zu Lasten des Versicherten. Ansprüche gegenüber der Krankenkasse bestehen in diesen Fällen nicht.
- 3) Die Um- bzw. Aufrüstung, die Ersatzbeschaffung und die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind während der Vertragsdauer kostenfrei sicher zu stellen. Das gilt nicht bei Verlust des Hilfsmittels oder bei Schäden an dem Hilfsmittel, deren Ursache in der Sphäre des Versicherten liegt. Hier gelten die gesetzlichen Regelungen. Ein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern besteht in diesen Fällen nicht. Es wird klargestellt, dass Mängel und Schäden an dem Hilfsmittel, die auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch, der üblichen Abnutzung oder dem nutzungsbedingten Verschleiß durch den Versicherten zurück zu führen sind, mit der vergüteten Versorgungspauschale abgegolten sind. Wird das Pauschalhilfsmittel während des vereinbarten Versorgungszeitraumes durch den Versicherten ohne ärztliche Bestätigung vorzeitig zurückgegeben und ist für das gleiche Krankheitsbild eine erneute Versorgung während dieses Zeitraumes erforderlich, ist der Leistungserbringer verpflichtet dieses kostenfrei wieder bereitzustellen. Eine Änderung der medizinischen Indikation oder des Versorgungsbildes begründet keinen Anspruch auf einen kostenlosen Austausch.
- 4) Der Leistungserbringer klärt den Versicherten über die Eigentumsverhältnisse und die daraus resultierenden Rechte und Pflichten auf und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich bestätigen.

- 5) Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des von der AOK Bayern vergüteten Pauschalzeitraumes sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe bzw. -veräußerung. Wird die Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer durch einen anderen Betrieb sichergestellt, hat der Lieferant hierzu mit diesem einen schriftlichen Vertrag zu schließen und unaufgefordert der AOK Bayern vorzulegen. Der Betrieb muss Vertragspartner der AOK Bayern sein.
- 6) Sofern eine notwendige Reparatur eines Hilfsmittels nicht zeitnah durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer einen adäquaten Ersatz für die Dauer der Reparatur unentgeltlich zur Verfügung.

Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Versorgungsanzeige für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung für Erwachsene

Mittels elektronischen Kostenvoranschlag sind die nachstehenden Daten zu übermitteln

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungszeitraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	Stück	08	126,00	1	VO-Datum mit Ende 31.12.9999	X
03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	Stück	08	126,00	1	VO-Datum mit Ende 31.12.9999	X

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Anlage 2b
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Schwerkraftapplikation) für Erwachsene
(Produktuntergruppe 03.36.06.) - Versorgungsbereich 03C8

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungszeitraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	Stück	08	126,00	1	erster Kalendermonat	X
03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	Stück	09	126,00	1	ab dem zweiten Kalendermonat monatlich	

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Bei der Abrechnung der Pauschalen ist immer das übermittelte Genehmigungskennzeichen anzugeben.

Der Betrag der Kalendermonatspauschale wird wie folgt angepasst:

Versorgungszeitraum	Positionsnummer	Bezeichnung	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto
01.10.2020 – 30.09.2021	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	08	128,50
	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	09	128,50
01.10.2021 – 30.09.2022	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	08	131,00
	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	09	131,00
Ab 01.10.2022	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	08	133,00
	03.00.99.0700	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation	09	133,00

Anlage 2c
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Pumpenversorgung) für Erwachsene
(Produktuntergruppe 03.36.07.) - Versorgungsbereich 03E

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungszeitraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	Stück	08	126,00	1	erster Kalendermonat	X
03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	Stück	09	126,00	1	ab dem zweiten Kalendermonat monatlich	

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Bei der Abrechnung der Pauschalen ist immer das übermittelte Genehmigungskennzeichen anzugeben.

Der Betrag der Kalendermonatspauschale wird wie folgt angepasst:

Versorgungszeitraum	Positionsnummer	Bezeichnung	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto
01.10.2020 – 30.09.2021	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	08	128,50
	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	09	128,50
01.10.2021 – 30.09.2022	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	08	131,00
	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	09	131,00
Ab 01.10.2022	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	08	133,00
	03.00.99.0600	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial	09	133,00

Anlage 2d
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Versorgungsanzeige für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung für Kinder
(bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

Mittels elektronischen Kostenvoranschlag sind die nachstehenden Daten zu übermitteln

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungsraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	Stück	08	155,00	1	VO-Datum mit Ende 31.12.9999	X
03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	Stück	08	155,00	1	VO-Datum mit Ende 31.12.9999	X

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Anlage 2e
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Schwerkraftapplikation) für Kinder
(bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) (Produktuntergruppe 03.36.06.) - Versorgungsbereich 03C8

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungszeitraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	Stück	08	155,00	1	erster Kalendermonat	X
03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	Stück	09	155,00	1	ab dem zweiten Kalendermonat monatlich	

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Bei der Abrechnung der Pauschalen ist immer das übermittelte Genehmigungskennzeichen anzugeben.

Der Betrag der Kalendermonatspauschale wird wie folgt angepasst:

Versorgungszeitraum	Positionsnummer	Bezeichnung	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto
01.10.2020 – 30.09.2021	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	08	162,00
	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	09	162,00
01.10.2021 – 30.09.2022	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	08	169,00
	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	09	169,00
Ab 01.10.2022	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	08	173,00
	03.00.99.0701	Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation zur Kinderversorgung	09	173,00

Anlage 2f
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Vergütung für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung (Pumpenversorgung) für Kinder
(bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) (Produktuntergruppe 03.36.07.) - Versorgungsbereich 03E

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Versorgungszeitraum	Genehmigungspflicht
03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	Stück	08	155,00	1	erster Kalendermonat	X
03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	Stück	09	155,00	1	ab dem zweiten Kalendermonat monatlich	

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz

Bei der Abrechnung der Pauschalen ist immer das übermittelte Genehmigungskennzeichen anzugeben.

Der Betrag der Kalendermonatspauschale wird wie folgt angepasst:

Versorgungszeitraum	Positionsnummer	Bezeichnung	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto
01.10.2020 – 30.09.2021	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	08	162,00
	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	09	162,00
01.10.2021 – 30.09.2022	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	08	169,00
	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	09	169,00
Ab 01.10.2022	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	08	173,00
	03.00.99.0601	Ernährungspumpen, enteral, inkl. Verbrauchsmaterial zur Kinderversorgung	09	173,00

Anlage 2g
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

**Vergütung für transnasale und perkutane Ernährungssonden inkl. Austauschsonden
(Produktuntergruppe 03.36.03., 03.36.04., 03.36.05.) – Versorgungsbereich 03C8**

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.*	Genehmigungspflicht
03.36.03.						
03.36.03.1	NN - geplante Produktart - Perkutane Ernährungssonden endoskopisch / Anwendungsort Magen (gastral)	Stück	00	AEP + 2,5%	1	Ab 75,01 EUR
03.36.03.3	NN - geplante Produktart - Perkutane Ernährungssonden endoskopisch / Anwendungsort Button- / PEG-Sonden Magen (gastral)	Stück	00	AEP + 2,5%	1	
03.36.04.	Transnasale Ernährungssonden, gastral					
03.36.04.0	Transnasale Ernährungssonden, gastral	Stück	00	AEP + 2,5%	1	Ab 75,01 EUR
03.36.04.3	Transnasale Ernährungssonden, pädiatrisch, gastral	Stück	00	AEP + 2,5%	1	
03.36.05.						
03.36.05.1	NN - geplante Produktart - Perkutane Ernährungssonden endoskopisch mit ENLock – Anschluss / Anwendungsort Magen + Darm + Dünndarm (gastral)	Stück	00	AEP + 2,5%	1	Ab 75,01 EUR
03.36.05.3	NN - geplante Produktart - Perkutane Ernährungssonden endoskopisch mit ENLock – Anschluss / Anwendungsort Button- / PEG-Sonden Magen (gastral)	Stück	00	AEP + 2,5%	1	

*Mehrwertsteuer: 1 = voller Mehrwertsteuersatz Die Produktuntergruppen 03.36.03. und 03.36.05. sind derzeit im Hilfsmittelverzeichnis als „Nicht besetzt“ gekennzeichnet. Bei einer Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wird die Anlage 2g ggfs. entsprechend angepasst.

Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung zwischen der AOK Bayern und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. und dem Verband Versorgungsqualität Homecare e.V., Stand 18.10.2019

Anlage 3
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

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

Angaben zum Leistungserbringer

Firma: _____

IK: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

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

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

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

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Werbung

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 5
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mit dem FAB und dem VVHC

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15 02 904)

Beitrittserklärung

(Name des Leistungserbringers)

(Straße)

(Postleitzahl und Ort)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. und dem Verband Versorgungsqualität Homecare e.V. zum 01.12.2019 geschlossenen Vertrag. Ich/Wir versorge/n in den folgenden vom Vertrag umfassten Versorgungsbereichen:

- Überleitsystem zur Schwerkraftapplikation (PG 03 – Versorgungsbereich 03C8)
- Ernährungspumpen zur enteralen Ernährungstherapie (PG 03 – Versorgungsbereich 03E)

- Ich versorge Jugendliche und Erwachsene (im Sinne des Vertrages)
- Ich versorge Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (Nachweis von mind. einer examinierten Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn)

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

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

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.