

**Vereinbarung
über die Lieferung von
Elektrostimulationsgeräten**

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Str. 2
61352 Bad Homburg**

(nachfolgend AOK Hessen genannt)

und

Beitrittsvertrag

(nachfolgend Leistungserbringer oder Zusammenschüsse von Leistungserbringern genannt)

Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V

AC/TK:

19 06 248

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen.....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung.....	4
§ 5 Ärztliche Verordnung.....	5
§ 6 Leistungsumfang der Versorgungspauschale.....	5
§ 7 Umversorgung/Mehrfachversorgung.....	7
§ 8 Versorgungsqualität und Qualitätssicherung	8
§ 9 Genehmigung/Kostenvoranschlag.....	8
§ 10 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).....	9
§ 11 Vergütung/Abrechnung.....	10
§ 12 Haftung/Insolvenz/Versicherungen/Mindestlohn.....	12
§ 13 Datenschutz und Schweigepflicht.....	13
§ 14 Zusammenarbeit mit Dritten.....	14
§ 15 Werbung	14
§ 16 Vertragsverstöße.....	15
§ 17 Inkrafttreten des Vertrages.....	16
§ 18 Gerichtsstand.....	16
§ 19 Salvatorische Klausel.....	17
Anlage 1 Vergütungsvereinbarung.....	18
Anlage 2 Beitrittsvereinbarung.....	19
Anlage 3 Mehrkostenvereinbarung.....	20

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Hessen mit Elektrostimulationsgeräten der Produktarten 09.30.01., 09.37.01. und 09.37.02. sowie 09.37.04. des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen, Reparaturen, Wartungen, sowie jeglichen Zubehörs und Verbrauchsmaterials aus den Produktuntergruppen 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99. auf der Basis einer pauschalen Vergütung.
- (2) Der Vertrag regelt alle Versorgung von Versicherten der AOK – Hessen, die ab dem 01.12.2019 mit einem Elektrostimulationsgerät nach ärztlicher Versordnung versorgt wurden bzw. ab Vertragsbeginn versorgt werden.
- (3) Die im Inhaltsverzeichnis benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für
 - a) die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (nachfolgend AOK Hessen) und
 - b) den versorgungsberechtigten Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer).
- (2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Hessen im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3

Leistungsvoraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in der Anlage 1 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 2 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das der AOK Hessen unverzüglich und unaufgefordert vorgelegt wird. Die Leistungserbringer, die die Leistung an verschiedenen Betriebsstätten abgeben, haben die Voraussetzungen für jede Betriebsstätte gesondert zu erfüllen. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann seine Abrechnung wie ein externes Rechenzentrum für diese Betriebsstätten zentral vornehmen. In diesem Fall ist jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.
- (2) Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht mehr oder

nicht mehr vollständig vor, so entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Hessen.

- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Hessen unverzüglich mit.
- (4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für die Hilfsmittel bezogene Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten, ausschließlich bei seinem Unternehmen angestellte Mitarbeiter/Innen eingesetzt werden, welche die Voraussetzungen nach § 31 Abs. 1 und 2 MPG (Medizinprodukteberater) erfüllen und über die entsprechenden Sachkenntnisse in der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten verfügen.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen bei Vertragsabschluss mit der Erklärung des Beitritts im Original nach Anlage 2 der AOK Hessen nachzuweisen. Der Vertragsabschluss durch den Beitritt wird durch die AOK Hessen schriftlich bestätigt und gilt ab Eingang des Bestätigungsschreibens beim Leistungserbringer, wenn in dem Schreiben selbst kein anderer Termin genannt ist.
- (6) Für die Abgabe von Hilfsmitteln sind die Medizinproduktbetriebsverordnung (MPBetreibV) und das Medizinproduktegesetz (MPG) verpflichtend. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das Medizinproduktegesetz gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (7) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den Vertragspartnern.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Hessen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten. Der Leistungserbringer klärt die Versicherte/den Versicherten über ihren/seinen Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung auf.
- (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 evtl. notwendigem Zubehör.
- (3) Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und den individuellen Versorgungserfordernissen der Versicherten/des Versicherten z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Religion, Behinderung und chronischer Erkrankung Rechnung zu tragen.
- (4) 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 (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Der Einsatz nicht gelisteter Produkte bedarf der vorherigen Zustimmung der AOK Hessen.
- (5) Die Wahl der notwendigen Elektrostimulationsgeräte ist nach ärztlicher Verordnung unter dem Gesichtspunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (§§ 12 und 70 SGB V) auszuführen. Die Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Gerätes hat sachgerecht und im Bedarfsfall persönlich zu erfolgen und erstreckt sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung. Ziel der Einweisung ist es, den Versicherten in den Stand zu versetzen, das Hilfsmittel im alltäglichen

Gebrauch sicher zu nutzen.

- (6) Die AOK Hessen ist berechtigt, Versorgungen nach diesem Vertrag vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen. Das Mitteilungsmanagement ist entsprechend anzuwenden.
- (7) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung nach diesem Vertrag nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse gestört ist oder der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten zur Versorgung nicht nachkommt.
- (8) Der Leistungserbringer garantiert die Versorgung der Versicherten mit funktionsgerechten, technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmitteln. Sollte die Versorgung durch wiederaufbereitete Produkte erfolgen, sind die einschlägigen Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und der Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) in der jeweils gültigen Fassung zum Wiedereinsatz zu beachten. Die Gewährleistung umfasst den gesamten Versorgungszeitraum.
- (9) Der Leistungserbringer informiert die Versicherten bei Versorgungen mit Elektrostimulationsgeräten nach § 1 darüber, dass das Hilfsmittel für die Dauer des entsprechenden Versorgungszeitraumes zur Verfügung gestellt wird und der Leistungserbringer Eigentümer des Hilfsmittels bleibt.

§ 5

Ärztliche Verordnung

- (1) Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vertragsärztliche Verordnung.
- (2) 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.
- (3) 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.

§ 6

Leistungsumfang und Vergütungspauschalen

- (1) Zum Leistungsumfang zählen:
 - a. die Lieferung innerhalb von vier Arbeitstagen nach Auftragseingang bei dem Leistungserbringer,
 - b. der Leistungserbringer erbringt die Versorgungsleistungen direkt gegenüber den Versicherten, die im häuslichen Bereich leben. Unter „häuslichem Bereich“ ist nicht nur das Leben in der Privatwohnung, sondern auch:
 - das betreute Wohnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe,

- der Aufenthalt in Rehabilitationskliniken,
 - die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Alten- und Pflegeheimen,
 - die vollstationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen, zu verstehen,
- c. die Beratung und Einweisung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen (ggf. Haus- oder Krankenhausbesuch) oder des verordnenden Arztes analog § 4 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung in die technische Handhabung des Gerätes,
- d. die Versand- und Rückholkosten,
- e. Wartungen, Reparaturen und sicherheitstechnische Kontrollen,
- f. kostenlose Überbrückungsversorgung während der Reparaturen,
- g. die Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache und skizzierte Abbildung der Anwendung,
- h. die Sicherstellung einer telefonischen Erreichbarkeit für die Versicherten und Verordner zur Annahme von Bestellungen und Beratungen zu den üblichen Geschäftszeiten. Die Telefonie ist durch produktgeschulte Mitarbeiter sicherzustellen,
- i. der Leistungserbringer stellt neben der telefonischen Erreichbarkeit weitere Kommunikationskanäle (z. B. E-Mail und/oder Fax) zur Verfügung,
- j. der Empfang der gelieferten Hilfsmittel ist schriftlich bestätigen zu lassen. Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Nachweis des Paketdienstes (z. B. Paketverfolgungsnummer) ausreichend. Für die Lieferung von Verbrauchsmaterial ist eine schriftliche Lieferbestätigung nicht notwendig.
- k. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, in welcher Form er die notwendigen Informationen für die Rückholung des Gerätes erhält.
- (2) Besonderheiten der Versorgungspauschale der Niederfrequenten Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung und zur Muskelstimulation (TENS und EMS):
- a. Der Leistungserbringer stellt den Versicherten mindestens zwei aufzahlungsfreie Elektrostimulationsgeräte aus der jeweiligen Produktuntergruppe zur Auswahl zur Verfügung.
- b. Der Zeitraum der Erstversorgungspauschale umfasst grundsätzlich 6 Monate ab Lieferungsdatum. Dieser Zeitraum kann sich auch über das Vertragsende hinaus erstrecken. Der Leistungserbringer hat in dieser Zeit auch das notwendige Verbrauchsmaterial sowie alle mit der Versorgung entstehenden Kosten (wie z.B. notwendige Reparaturen) und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung zu stellen.
- c. Bestehen nach Ablauf der Erstversorgungspauschale noch die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertraglichen Voraussetzungen für die weitere Versorgung, kann danach eine erste Folgepauschale für weitere 6 Monate und maximal eine zweite Folgepauschale für 12 Monate abgerechnet werden. Die Folgepauschalen können bei laufenden Versorgungen auch nach Ablauf der Vertragsdauer direkt abgerechnet werden. Der Leistungserbringer stellt in dieser Zeit die Nutzung des jeweiligen Elektrostimulationsgerätes sicher. Der Leistungserbringer hat weiter in diesem Zeitraum das notwendige Verbrauchsmaterial und alle mit der Versorgung entstehenden Kosten (wie

z.B. die notwendigen Reparaturen) und Dienstleistungen auf Basis der abgerechneten Folgepauschale zur Verfügung zu stellen.

- d. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen bestehen grundsätzlich keine Bedenken, wenn statt selbstklebender Einmalelektroden wiederverwendbare Elektroden eingesetzt werden. Dies sollte jedoch nicht im Widerspruch zu der ärztlichen Verordnung stehen.
 - e. Der Abbruch und die nochmalige Aufnahme der Versorgung innerhalb der Pauschale haben nicht zur Folge, dass diese erneut abrechnet werden kann.
- (3) Besonderheiten der Versorgungspauschale der Elektrostimulationsgeräten zur funktionellen Elektrostimulation (FES) und Niederrfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation (EMG):
- a. Der Zeitraum der Erstversorgung umfasst grundsätzlich 6 Monate ab Lieferungsdatum. Dieser Zeitraum kann sich auch über das Vertragsende hinaus erstrecken. Der Leistungserbringer hat in dieser Zeit auch das notwendige Verbrauchsmaterial sowie alle mit der Versorgung entstehenden Kosten (wie z.B. notwendige Reparaturen) und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung zu stellen.
 - b. Bestehen nach Ablauf der Erstversorgungspauschale noch die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertraglichen Voraussetzungen für die weitere Versorgung, kann danach einmalig die Folgepauschale beantragt werden. Der Leistungserbringer stellt in dieser Zeit die Nutzung des jeweiligen Elektrostimulationsgerätes sicher. Der Leistungserbringer hat weiter in diesem Zeitraum das notwendige Verbrauchsmaterial und alle mit der Versorgung entstehenden Kosten (wie z.B. die notwendigen Reparaturen) und Dienstleistungen auf Basis der abgerechneten Folgepauschale zur Verfügung zu stellen.
- (4) Besonderheiten der Versorgungspauschale der Monophasische Elektrotherapiegeräte bei Hautfunktionsstörungen:

Der Zeitraum der Versorgungspauschale umfasst grundsätzlich 24 Monate ab Lieferungsdatum. Dieser Zeitraum kann sich auch über das Vertragsende hinaus erstrecken. Der Leistungserbringer hat in dieser Zeit auch das notwendige Verbrauchsmaterial sowie alle mit der Versorgung entstehenden Kosten (wie z.B. notwendige Reparaturen) und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

§ 7

Umversorgung/Mehrfachversorgung

- (1) Sofern während der Vertragslaufzeit eine Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel innerhalb der Vergütungspauschale erforderlich ist, ist diese kostenfrei durch den Leistungserbringer sicherzustellen.
- (2) Mehrfachversorgungen eines Versicherten sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Unter einer Mehrfachversorgung ist eine gleichzeitige Versorgung mit mehreren Geräten der in § 1 genannten Produktgruppen zu verstehen. Bei einer Genehmigung erfolgt die Vergütung vertragsgemäß.

§ 8**Versorgungsqualität und Qualitätssicherung**

- (1) Die individuelle Bedarfsermittlung und bedarfsgerechte Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels hat unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung, der Indikationen/Diagnose, des Versorgungsziels, der Versorgungssituation und der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit weiteren verordneten Hilfsmitteln zu erfolgen.
- (2) Der Leistungserbringer hat den Versicherten gemäß der Vorschrift des § 127 Absatz 5 SGB V vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welches aufzahlungsfreie Produkt für seine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist. Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen.
- (3) Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V, dann ist der Versicherte über die von ihm zu tragenden wirtschaftlichen Mehrkosten zu informieren und dies schriftlich zu dokumentieren. Im Einzelfall ist die Beratungsdokumentation der AOK Hessen innerhalb von 5 Arbeitstagen vorzulegen.
- (4) Die AOK Hessen ist nach § 127 Absatz 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung dem Leistungserbringer der obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen.
- (5) Die AOK Hessen ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Hessen auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen.
- (6) Sofern die AOK Hessen auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Hessen innerhalb einer Woche zu übermitteln.
- (7) Die AOK Hessen hat das Recht, die Einhaltung der Bestimmungen dieses Vertrages durch eigene Mitarbeiter vor Ort sowie in der Betriebsstätte des Leistungserbringers zu prüfen.
- (8) Bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat die Beratung altersgerecht zu erfolgen.

§ 9**Genehmigung/Kostenvoranschlag**

- (1) Hilfsmittel der Produktgruppen 09.30.01, 09.37.02.2 und 09.37.04. sind grundsätzlich genehmigungspflichtig.
- (2) Zur Versorgung der Versicherten der AOK Hessen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen bei der AOK Hessen ein. Der Kostenvoranschlag ist grundsätzlich elektronisch zu übermitteln. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.
- (3) Anfragen der AOK Hessen beantwortet der Leistungserbringer innerhalb von 2 Werktagen; eine gesonderte Vergütung kann insoweit nicht beansprucht werden.

§ 10

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

- (1) Die AOK Hessen hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 MPBetreibV die Pflichten eines Betreibers wahrzunehmen (sogenannter „Wie-Betreiber“). Der Leistungserbringer übernimmt die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben, soweit sie gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV übertragbar sind, und verpflichtet sich zu deren ordnungsgemäßer Erfüllung. Die übertragenen Aufgaben umfassen insbesondere:
- a) die Einweisung gemäß § 4 MPBetreibV
 - b) die Instandhaltung gemäß § 7 MPBetreibV
 - c) das Führen der Bestandsverzeichnisse gemäß § 13 MPBetreibV
 - d) die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 MPBetreibV
 - e) die Durchführung der messtechnischen Kontrollen gemäß § 14 MPBetreibV
 - f) das Führen der Medizinproduktebücher gemäß § 12 MPBetreibV

Die übertragenen Aufgaben dürfen nur durch Personen erfüllt werden, die über die besonderen Anforderungen nach § 5 der MPBetreibV verfügen. Wegen der Einzelheiten der übertragenen Aufgaben wird auf die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in der aktuellsten Fassung verwiesen.

- (2) Die Einhaltung der vorgennannten Aufgaben ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOK Hessen zwecks Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen auf Verlangen unverzüglich in Kopie vorzulegen. Soweit Aufgaben im Einzelfall aufgrund der fehlenden Mitwirkung des Versicherten oder aus sonstigen Gründen nicht erfüllt werden können, ist die AOK Hessen umgehend schriftlich zu informieren.
- (3) Mängel im Rahmen der sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 MPBetreibV und Messabweichungen außerhalb der Fehlergrenzen bei messtechnischen Kontrollen gemäß § 14 MPBetreibV sowie sonstige Hinweise auf fehlerhafte Medizinprodukte sind gesondert zu dokumentieren. Mängel sind unverzüglich entsprechend der vertraglichen Regelungen zu beheben.
- (4) Die erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers im Zusammenhang mit der Übernahme der o.g. Aufgaben aus der MPBetreibV sind mit den in den Anlagen vereinbarten Vergütungen abgegolten. Für Versorgungsleistungen, bei denen die Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbracht werden, entsteht kein Vergütungsanspruch. Eine nicht ordnungsgemäße Erbringung von Aufgaben der MPBetreibV gilt regelmäßig als ein schwerer Vertragsverstoß.
- (5) Der Leistungserbringer stellt die AOK Hessen von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Schadensersatzforderungen und Bußgelder wegen Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultiert, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

§ 11 Vergütung/Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Hessen, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist grundsätzlich durch die/den Versicherte/n, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
- (2) Die Vergütung des Leistungserbringer richtet sich ausschließlich nach Anlage 1 dieses Vertrages. Die Preise verstehen sich netto zzgl. gesetzlich geschuldeter Umsatzsteuer. Mit der Vergütung nach der Anlage 1 sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Bestehen nach Ablauf der Erstversorgungspauschale noch die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertraglichen Voraussetzungen für die weitere Versorgung, kann danach einmalig die jeweilige Folgepauschale abgerechnet werden.
- (4) Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Hessen über.
- (5) Der Vergütungsanspruch endet insbesondere im Fall der Beendigung der Mitgliedschaft, der Änderung der Zuständigkeit der Kostenträgerschaft, des Wegfalls der Versorgungsnotwendigkeit der Versicherten und/oder des Wechsels der Versicherten zu einem anderen Vertragspartner. Endet der Präqualifizierungsnachweis ersatzlos, ist ein Anspruch auf Vergütung weiterer Leistungen – auch gegenüber dem Versicherten – ausgeschlossen.
- (6) Wählt die/der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist der vereinbarte Mehrkostenbetrag gemäß § 302 Abs. 1 SGB V bei der Abrechnung zu übermitteln. Die Mehrkosten müssen im Feld, „Betrag-Mehrkosten“ benannt werden.
- (7) 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.
- (8) Der Leistungserbringer stellt die gelieferten Hilfsmittel monatlich versichertenbezogen nach Leistungsabgabe unter Angabe des Institutionskennzeichens in Rechnung. Die Abrechnung erfolgt zentral über die

Davaso GmbH

Rechnungsprüfstelle der AOK Hessen

Am alten Flughafen 1

04356 Leipzig

- (9) Die Abrechnung ist zu erstellen und unter Einreichung folgender Unterlagen bei der von der AOK Hessen benannten Daten- und Papierannahmestelle einzureichen:

Vergütungspauschale

- Ärztliche Verordnung
 - Empfangsbestätigung
 - Mehrkostenerklärung
- (10) Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung.
- (11) Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Hessen für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist die Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nichtzutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (12) Die AOK Hessen 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 Abrechnungsstelle der AOK Hessen vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (13) Bis zur technischen Umsetzung des Imageverfahrens sind die rechnungsbegründenden Unterlagen (Urbelege, wie z. B. ärztliche Verordnungsblätter bzw. Kostenvoranschläge) an die benannte Abrechnungsstelle zu übersenden.
- (14) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Hessen zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Hessen nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Hessen an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Hessen 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 Hilfsmittelnnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 1 vereinbarten Preise kann die AOK Hessen dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnung fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 11. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Rechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Hessen nicht zur Bezahlung verpflichtet.
- (16) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erbracht wurden, nicht mehr geltend gemacht werden.
- (17) Die Rechnung muss mindestens soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, zusätzlich zu den in Ziffer 5 beschriebenen Angaben:

- das Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer),
- den Namen der Krankenkasse,
- die Krankenversichertennummer (vgl. § 5 Abs. 1 Buchstabe C der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Vertragspartnern"),
- den Namen und Vornamen sowie das Geburtsdatum des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den/das Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK),
- das Verwendungskennzeichen für Erstversorgungen = 08, für Folgeversorgungen = 09
- die Höhe der wirtschaftlichen Aufzahlung,
- die Gesamtsumme (brutto) je Versicherten,
- das Institutionskennzeichen des Auftragnehmers,
- die Art der abgegebenen Leistung,
- die bundeseinheitliche Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellige Hilfsmittelnummer),
- die Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
- der Einzelbetrag der Leistung,
- die Daten der Leistungserbringung (Versorgungszeitraum von/bis) enthalten.

§ 12

Haftung / Insolvenz / Versicherungen / Mindestlohn

- (1) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Hessen berechtigt, anstelle des Leistungserbringers die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer die entstehenden Kosten der Ersatzversorgung zu tragen. Dieser Betrag wird sofort fällig und ist der AOK Hessen auf Verlangen zu erstatten.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt die AOK Hessen von allen Ansprüchen Dritter frei, insbesondere der Versicherten gegenüber der AOK Hessen, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Leistungserbringers stehen.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in Höhe von mindestens 2.000.000 Euro für Personenschäden, mindestens 1.000.000 Euro für Sachschäden und 100.000 Euro für Vermögensschäden im Rahmen der Vertragserfüllung vorzuhalten.
- (5) Die AOK Hessen haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die AOK Hessen von entsprechenden Schadenersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art (z. Bsp. von Versicherungen) freizustellen.
- (6) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der AOK Hessen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Hessen beruhen.

- (7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Hessen 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 Hessen auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen der AOK Hessen umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Hessen zu übermitteln.
- (8) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Mindestlohngesetzes und des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes – soweit er dazu nach § 20 des Mindestlohngesetzes verpflichtet ist – als in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten und umzusetzen. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und Unterauftragnehmer so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Hessen und dem Leistungserbringer entsprechen. Werden gegenüber der AOK Hessen Ansprüche aufgrund der Missachtung des Mindestlohngesetzes geltend gemacht, besteht ein Freistellungsanspruch der AOK Hessen gegenüber dem Leistungserbringer. Der AOK Hessen ist auf Verlangen jederzeit eine umfassende und unverzügliche Auskunft in Bezug auf Zahlung des Mindestlohns zu erteilen.

§ 13

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (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 der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

- (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 unterrichtet die AOK Hessen unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen – auch seiner Mitarbeiter – oder anderer Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und bei Störungen des Prozessablaufes. Dabei sind die einschlägigen Vorgaben aus § 83a SGB X sowie der Artikel 33 und 34 EU-DSGVO zu beachten.

§ 14

Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung der/des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind 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.
- (3) 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.

§ 15

Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Hessen beziehen.
- (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 Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten/Betreuer/Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.
- (4) Es gelten hier die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (jetzt GKV Spitzenverband) und dem Bundesfachverband BVMed im Kodex „Medizinprodukte“ vom 01. Januar 2015 in der aktuellen Fassung verankerten Verhaltensregeln

§ 16 Vertragsverstöße

- 1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, der AOK Hessen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- 2) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die AOK Hessen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit insbesondere die nachfolgenden Maßnahmen nach Anhörung des Leistungserbringer beschließen:
 - a. Verwarnung,
 - b. bei erneuten schwerwiegenden Verstößen zusätzlich zu einer weiteren Verwarnung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 10.000 €.

Als schwerwiegende Verstöße im Sinne des § 17 Absatz 2 b gelten insbesondere:

- 1) Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
 - 2) Forderung bzw. Annahme zusätzlicher Entgelte vom Versicherten,
 - 3) Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
 - 4) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet ist, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden,
 - 5) Änderung der ärztlichen Verordnung,
 - 6) Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter,
 - 7) Einsatz von nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten und nicht von der AOK Hessen im Vorfeld genehmigter saugender Inkontinenzhilfen,
 - 8) der Verstoß gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflicht aus § 127 Abs. 5 SGB V,
 - 9) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen,
 - 10) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz.
- 3) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden unter Anrechnung von ggf. ausgesprochenen Vertragsstrafen zu ersetzen.
 - 4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, folgende Handlungen zu unterlassen:
 - a. Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen,

- b. Vertragsärzte gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelverordnung zu gewähren.
- 5) Bei Verstößen gegen die Unterlassungspflichten nach Ziffer 4 gilt die Regelung der Ziffer 2. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße kann der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.

§ 17

Inkrafttreten/ Kündigung des Vertrages/Insolvenz

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.12.2019 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann frühestens zum 31.12.2021 von jeder Vertragspartei ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden.
- (3) Der Vertrag kann auch aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere der Wegfall der Eignetheit, eine nachhaltige Nicht- oder Schlechtleistung des Leistungserbringers, schwerwiegende Vertragsverstöße nach § 17 Abs. 2 und 5 dieses Vertrages gerichtliche Entscheidungen und/oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die diesem Vertrag die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (4) Das Vertragsverhältnis endet ohne, dass es einer separaten Kündigung bedarf bei Widerruf der Präqualifizierung gemäß § 126 SGB V, Aufgabe, Übergabe oder dem Verkauf des Betriebes. Der Leistungserbringer hat im Falle der Aufgabe, Übergabe oder dem Verkauf des Betriebes dieses der AOK Hessen unverzüglich anzuzeigen und sämtliche Daten und Unterlagen, die für die AOK Hessen zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und/oder in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Gleiches gilt bei Eröffnung eines Insolvenzverfahrens.
- (5) Der Leistungserbringer verzichtet auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegen die AOK Hessen, insbesondere Schadensersatzansprüchen, wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretende Schäden.
- (6) Bei Änderungen des Verhandlungsvertrages informiert die AOK Hessen unverzüglich alle beigetretenen Leistungserbringer über den Inhalt der Änderungen. Dem Leistungserbringer steht in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Information zu. Die Sonderkündigung hat in schriftlicher Form per Einschreiben zu erfolgen.

§ 18

Gerichtsstand

Gerichtsstand für Streitigkeiten aus dieser Vereinbarung ist - soweit gesetzlich zulässig – ausschließlich der Sitz der Auftraggeberin.

§ 19**Salvatorische Klausel**

- (1) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Geltung dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien sind vielmehr einander verpflichtet, die unwirksame/undurchführbare Bestimmung oder den unwirksamen/undurchführbaren Bestandteil durch eine gesetzlich zulässige Regelung so zu ersetzen, wie es Sinn und Zweck dieses Vertrages entspricht. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

Ort, Datum

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Ort, Datum

Leistungserbringer

Anlage 1
Vergütungsvereinbarung

AC/TK: 19 06 248

Monophasische Elektrotherapiegerät bei Hautfunktionsstörungen			
Versorgungspauschale sowie alle erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien (PG 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99.) und Dienst- und Serviceleistungen für 24 Monate			
Abrechnungsposition	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel	Besonderheiten
09.30.01.0 09.30.01.1	495,00 € 24 Monatspauschale	08 Vergütungspauschale	Beantragung per Kostenvoranschlag

Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung (TENS)			
Versorgungspauschale sowie alle erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien (PG 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99.) und Dienst- und Serviceleistungen			
Abrechnungsposition	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel	Besonderheiten
09.37.01.0 09.37.01.1	1. bis 6. Monat 45,00 €	08 Vergütungspauschale	Direktabrechnung
09.37.01.0 09.37.01.1	7. bis 12. Monat 45,00 € 13. bis 24. Monat 69,00 €	09 Folgepauschale	Direktabrechnung

Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation (EMS)			
Versorgungspauschale sowie alle erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien (PG 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99.) und Dienst- und Serviceleistungen			
Abrechnungsposition	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel	Besonderheiten
09.37.02.0 09.37.02.1	1. bis 6. Monat 52,00 €	08 Vergütungspauschale	Direktabrechnung
09.37.02.0 09.37.02.1	7. bis 12. Monat 52,00 € 13. bis 24. Monat 69,00 €	09 Folgepauschale	Direktabrechnung

Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation (EMG)			
Versorgungspauschale sowie alle erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien (PG 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99.) und Dienst- und Serviceleistungen			
Abrechnungsposition	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel	Besonderheiten
09.37.02.2	1. bis 3. Monat 375,00 €	08 Vergütungspauschale	Beantragung per Kostenvoranschlag
09.37.02.2	4. bis 6. Monat 195,00 €	09 Folgepauschale	Beantragung per Kostenvoranschlag

Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)			
Versorgungspauschale sowie alle erforderlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien (PG 09.99.01., 09.99.02 und 09.99.99.) und Dienst- und Serviceleistungen			
Abrechnungsposition	Vertragspreis netto	Kennzeichen Hilfsmittel	Besonderheiten
09.37.04.0 und 09.37.04.1 Ausgenommen sind Fußhebesysteme	1. bis 6. Monat 460,00 €	08 Vergütungspau- schale	Beantragung per Kostenvoranschlag
09.37.04.0 und 09.37.04.1 Ausgenommen sind Fußhebesysteme	7. bis 12 Monat 240,00 €	09 Folgepauschale	Beantragung per Kostenvoranschlag

**Beitrittsvereinbarung
zur Vereinbarung über die Lieferung von Elektrostimulationsgeräten
vom 01.12.2019**

zwischen der

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Straße 2
61352 Bad Homburg v. d. H.
(nachfolgend AOK Hessen genannt)
und

Stempel Leistungserbringer

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

Mit der Unterzeichnung erklärt der Leistungserbringer seinen Beitritt zur Vereinbarung über die Lieferung von Elektrostimulationsgeräten gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum _____.

Die vollumfängliche Anerkennung der Vereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung wird mit der Unterschrift bestätigt.

Eine gültige Präqualifizierungsbestätigung sowie vertragsbezogene Nachweise sind beigefügt.

Der Beitritt wird nach schriftlicher Bestätigung durch die AOK Hessen wirksam.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel AOK Hessen

Unterschrift und Firmenstempel Leistungserbringer

IK-Nummer _____

E-Mail _____

Anlage 3

AC/TK
19 06 248**Mehrkostenvereinbarung des Versicherten**(inkl. Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V)

Versorgender Leistungserbringer (Firmenstempel und IK-Nummer):

Versicherte/r (Name, Anschrift, Krankenversicherungsnummer)

Der o.g. Leistungserbringer hat mich vor Inanspruchnahme der Leistung darüber beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 SGB V für meine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Ich bestätige, dass der Leistungserbringer mich über die aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit informiert und diese angeboten hat.

Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden und bin bereit, die dadurch entstehenden Mehrkosten in Höhe von _____ EUR selbst zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8, 9 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit/ Abrechnung von (nicht benötigtes streichen) einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/hessen/datenschutzrechte.