

Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen

AC/TK 15/06/A18

AC/TK 19/06/A18

zwischen

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

und

Beitrittsvertrag

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit der Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt. Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung nach § 127 Abs. 2 SGB V ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Hessen mit Krankenfahrzeugen (Hilfsmittel der Produktgruppe 18 und der Hilfsmittelpositionsnummern 50.45.07.xxxx), einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen, Reparaturen, Wartungen sowie jeglichen Zubehörs.

§ 2 Versorgungsberechtigung

- (1) Versorgungsberechtigt sind Leistungserbringer, die die Präqualifizierungsvoraussetzungen entsprechend den Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V einschließlich des für die Produktgruppe 18 und 50.45.07. maßgeblichen Kriterienkatalogs erfüllen.
- (2) Die Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzungen gemäß Absatz 1 ist der AOK Hessen grundsätzlich durch Vorlage der entsprechenden Bestätigung einer anerkannten Präqualifizierungsstelle nachzuweisen. Kann eine solche Bescheinigung nicht vorgelegt werden, ist der Nachweis durch Vorlage sämtlicher im Präqualifizierungsverfahren vorzulegender Unterlagen bei der AOK Hessen zu führen.
- (3) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus folgende Mitteilungspflichten gegenüber der AOK Hessen:
 1. Unverzügliche Mitteilung über Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen in Bezug auf die in Absatz 1 geregelte Versorgungsberechtigung
 2. Unverzügliche Mitteilung über eine entsprechende Anzeige gegenüber der Präqualifizierungsstelle gemäß § 2 Absatz 8 der Vereinbarung gemäß § 126 Absatz 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern
 3. Unverzügliche Mitteilung über alle Entscheidungen der Präqualifizierungsstelle in Bezug auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen der Präqualifizierungsvoraussetzungen sowie insbesondere über eine Beschränkung, Aussetzung oder Zurückziehung von erteilten Bestätigungen.
- (4) Die Versorgungsberechtigung kann durch die AOK Hessen eingeschränkt werden, soweit die Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung (Absatz 1) nicht mehr vorliegen und der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Wenn der Leistungserbringer gem. Absatz 2 Satz 1 präqualifiziert wurde und es sich bei der fehlenden Voraussetzung um eine Präqualifizierungsvoraussetzung handelt, kann die Versorgungsberechtigung grundsätzlich nur nach einer entsprechenden Entscheidung der Präqualifizierungsstelle eingeschränkt werden, es sei denn, der Mangel ist offensichtlich und der Leistungserbringer erfüllt seine Mitteilungspflichten gemäß Absatz 3 Nr. 2 oder Nr. 3 nicht oder der Mangel ist offensichtlich, aber die Präqualifizierungsstelle trifft keine Entscheidung, weil sie ihre Tätigkeit eingestellt hat oder weil ihr die Benennung als Präqualifizierungsstelle entzogen wurde.

§ 3 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung (§ 12 SGB V i.V. mit § 70 SGB V) der Versicherten. Er stellt sicher, dass die Leistungen nach dieser Vereinbarung unter seiner fachlichen Leitung von qualifiziertem Personal erbracht werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Versorgung die Hilfsmittel-Richtlinien sowie das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zu beachten und die erforderliche Leistungsbereitschaft für eine ordnungsgemäße Versorgung in personeller, fachlicher sowie sachlicher Hinsicht sicherzustellen. Ebenso gelten die Verhaltensregeln des „Kodex Medizinprodukte“, der 1997 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und dem BVMed-Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e.V. vereinbart wurde.
- (3) Für neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommene Produkte einer Produktart gelten grundsätzlich die Regelungen der Produktart.
- (4) Für Leistungen, die nicht Bestandteil der Anlagen sind, ist der AOK Hessen vor Lieferung neben der vertragsärztlichen Verordnung ein Kostenvoranschlag zur Zustimmung einzureichen, der neben dem Preis eine Leistungsbeschreibung sowie die Angabe nachvollziehbarer Kalkulationsdetails – gilt nur für handwerklich gefertigte Hilfsmittel - (Art und Preis des Materials, Umfang und gegebenenfalls Begründung der Arbeitskosten und dergleichen, bei Fertigartikeln die Bestellnummer des Lieferanten, gegebenenfalls die Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V) enthält. Ein Anspruch auf Zustimmung kann hiervon jedoch nicht abgeleitet werden. Die Leistung, die abgegeben wird, hat dem genehmigten Kostenvoranschlag zu entsprechen. Versicherten der AOK Hessen bleibt es unbenommen, sich nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot bei mehreren Leistungserbringern nach den Kosten für die ärztlich verordnete Leistung zu erkundigen.
- (5) Der Abschluss von Wartungsverträgen mit Fremdbetrieben für im Eigentum der AOK Hessen befindliche Hilfsmittel bedarf der Zustimmung durch die AOK Hessen. Davon unberührt bleiben Reparaturen oder Wartungen, wenn diese durch den Hersteller selbst erbracht werden müssen.
- (6) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur in dem Umfang angenommen und erbracht werden, der der erteilten Versorgungsberechtigung entspricht. Die Leistungen sind in den Anlagen beschrieben.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistung sind nur gestattet, wenn sich die Versorgungsberechtigung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine Weitergabe von Verordnungen, für die keine Versorgungsberechtigung besteht, an andere Stellen, ist nicht gestattet. In diesem Fall ist die Verordnung wieder an den Versicherten zurück zu geben. Die zu erbringende Versorgungsleistung ist eine persönliche Leistung des dafür jeweils erforderlichen Fachpersonals. Sie ist nicht delegierbar. Ein Versand von Hilfsmitteln ist nicht gestattet.

schale bzw. mit dem Vertragspreis für die jeweilige 7-stellige Produktuntergruppe abgegolten. Liegt keine medizinische Begründung für ein konkretes Produkt vor, so hat die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Produktuntergruppe zu erfolgen.

- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die vertragsärztliche Verordnung alle erforderlichen Angaben, wie z.B. auch die genaue Angabe der Diagnose, nach den Hilfsmittel-Richtlinien enthält. Ist dies nicht möglich, ist vor der Abgabe der Leistung die Zustimmung durch die AOK Hessen einzuholen. Siehe hierzu auch § 15 Abs. 6.
- (4) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer nicht abgewertet werden. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer schriftlich, dass
- die Lieferung des Aufzahlungsartikels auf seinen Wunsch erfolgte,
 - er über die Vertragsleistung und die aufzahlungsfreie Versorgung unterrichtet wurde,
 - ihm die Höhe des von der AOK Hessen übernommenen Betrages mitgeteilt wurde.

Verlangt der Versicherte ausdrücklich ein Produkt, welches einen höheren Preis hat, so hat er folgende Erklärung abzugeben und zu unterschreiben:

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden. Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.“

Mit dem/den von mir ausgewählten Hilfsmittel(n) und den dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten, auch für Reparaturen, bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegenüber der AOK Hessen habe.“

Die Versichertenerklärung ist 12 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung, zu archivieren und auf Verlangen der AOK Hessen kurzfristig elektronisch zukommen zu lassen.

- (5) Es dürfen nur Materialien und Artikel einwandfreier Qualität (Qualitätsstandards nach dem Hilfsmittelverzeichnis) verwendet und abgegeben werden. Der Leistungserbringer haftet für die einwandfreie Beschaffenheit der verwendeten Materialien, soweit Mängel nicht durch die Herstellergarantie abgedeckt sind. Mängel, die sich innerhalb der gesetzlichen Gewährleistungsfristen oder innerhalb der Herstellergarantie herausstellen, sind durch Instandsetzung, Umänderung oder Neuanfertigung ohne besondere Vergütung zu beheben, es sei denn, die Mängel sind nicht vom Leistungserbringer, sondern vom Versicherten zu vertreten. In diesem Fall ist die AOK Hessen zunächst zu informieren und das weitere Verfahren abzustimmen. Sind die Mängel vom Versicherten zu vertreten, ist der AOK Hessen ein Kostenvoranschlag einzureichen.
- (6) Der Leistungserbringer darf grundsätzlich keine Versorgung gemäß dieser Vereinbarung ablehnen, auch die nicht, die ihm von der AOK Hessen zugewiesen werden. Die Ablehnung der Versorgung eines Versicherten im Einzelfall ist auf Anfrage gegenüber der AOK Hessen zu begründen.

- (7) Der Erhalt jeder Leistung ist durch den Anspruchsberechtigten oder dessen gesetzlichen Vertreter auf dem Ordnungsblatt oder dem Lieferschein/der Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums des Empfangs einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig. Der Leistungserbringer hat für jeden Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise eine Dokumentation zu führen, aus der alle Leistungsdaten ersichtlich sind. Die Unterlagen über die Versorgung der Versicherten sind entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren (z.B. MPG, MedBetrVo, usw.).

§ 6 Vergütungspauschalen

- (1) Mit dieser Vereinbarung werden Vergütungspauschalen für in der Preisliste festgeschriebene (Vergütungs-)Zeiträume vereinbart. Mit der Pauschale sind alle damit verbundenen Leistungen abgegolten. Im Vergütungszeitraum dürfen Reparaturen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben, nicht abgerechnet werden. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels während des gesamten Vergütungszeitraums.
- (2) Die Vergütungspauschale umfasst die Ausstattung mit dem erforderlichen Hilfsmittel sowie den für die Funktion notwendigen Zubehörteilen entsprechend den einzelnen Produktbeschreibungen im Hilfsmittelverzeichnis und Anlage 8. Eine in Ausnahmefällen notwendig werdende Zurüstung, die nicht bereits mit der Vergütungspauschale abgegolten ist, ist ausführlich zu begründen und mittels elektronischem Kostenvorschlag einzureichen. Der Leistungserbringer bleibt während des Vergütungszeitraumes Eigentümer des Hilfsmittels.
- (3) Die Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel ist kostenfrei durchzuführen. Bei einer Umversorgung mit einem Hilfsmittel, das höherwertig ist oder für das ein höherer Preis vereinbart ist, ist die bereits vergütete Pauschale anzurechnen (Umversorgungen innerhalb der ersten vier Monate der Laufzeit der Vergütungspauschale: voller Abzug der Pauschale bei Neukauf, kein Abzug bei Wiedereinsatz; bei Umversorgungen ab dem 5. Monat: kein Abzug).
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Vorschriften und Bestimmungen und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten. Die Vergütungspauschalen-Hilfsmittel müssen im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgeführt oder beantragt sein.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten, soweit erforderlich, und gegebenenfalls auch deren Pflegepersonen über die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels, auch in deren Wohnung, kostenlos zu beraten und zu informieren. Die erforderliche Nachbetreuung sowie die nach dem MPG vorgeschriebene Wartung während der medizinisch notwendigen Nutzungsdauer sind kostenlos durchzuführen und zu dokumentieren.
- (6) Der Leistungserbringer erhält bei Tod des Versicherten eine Mitteilung der AOK Hessen. Die Rückholung des Vergütungspauschalen-Hilfsmittels ist dann unverzüglich kostenfrei vorzunehmen.
- (7) Die Versorgung mit einem Vergütungspauschalen-Hilfsmittel kann nur gegen Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen. Vom Versicherten ist zu erklären, dass er in den letzten fünf Jahren keine vergleichbare Versorgung erhalten hat (Anlage 6).

- (8) Der Leistungserbringer hat jedes nach diesem Vertrag ausgelieferte Vergütungspauschal-Hilfsmittel individuell eindeutig zu kennzeichnen. Der Name des Leistungserbringers ist auf dem Vergütungspauschal-Hilfsmittel anzugeben.
- (9) Der Leistungserbringer hat im Einzelfall eine hessenweite Versorgung sicherzustellen. Kann der Leistungserbringer die weitere Versorgung – eventuell bei Umzug des Versicherten – nicht sicherstellen, sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung nach Rücksprache mit der AOK Hessen durch einen kompetenten Leistungserbringer.
- (10) Bei Betriebsveräußerung sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung unter Beachtung des Datenschutzes und nach Rücksprache mit der AOK Hessen durch einen kompetenten Leistungserbringer. Im Fall der Insolvenz ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Insolvenzverwalter umgehend an die AOK Hessen zu verweisen.
- (11) Endet diese Vereinbarung durch Kündigung, hat der Leistungserbringer die Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende des Vergütungszeitraumes sicherzustellen.
- (12) Bestehen nach Ablauf des Zeitraums, für den eine Vergütungspauschale gezahlt wurde und innerhalb der Vertragslaufzeit weiterhin die medizinischen, versicherungsrechtlichen und vertragsrechtlichen Voraussetzungen für die Versorgung, so kann eine Folgevergütungspauschale gemäß Anlage 6 abgerechnet werden. Fällt das Ende des Vergütungszeitraums nicht mehr in die Laufzeit dieses Vertrages, so kann eine Folgevergütungspauschale auch nicht nach Anlage 6 abgerechnet werden. In diesem Fall gelten die Bedingungen des neuen Vertrages, sofern der Leistungserbringer Vertragspartner des neuen Vertrages ist.
- (13) Werden Elektrorollstühle der Produktbereiche 18.50.04.0, 18.50.04.1, 18.50.04.2 sowie 18.51.02.0, die bereits im Einsatz bei Versicherten sind und sich im Eigentum der AOK Hessen befinden, vom jeweiligen Versicherten nicht mehr benötigt, so sind diese von dem Leistungserbringer, der die Versorgung vorgenommen hat, abzuholen, sofern er dieser Vereinbarung beigetreten ist. Die zurückgeholten Hilfsmittel gehen kostenfrei in das Eigentum des Leistungserbringers über. Der Leistungserbringer erhält von der AOK Hessen einen Rückholauftrag. Die AOK Hessen geht davon aus, dass der wirtschaftliche Wert der zurückzuholenden Hilfsmittel die entstehenden Kosten für die Rückholung und Aufbereitung/Entsorgung mindestens abdeckt und im Regelfall überschreitet. Eine gesonderte Vergütung erfolgt nicht.

§ 7

Bestandsverwaltung/Lagerhaltung

- (1) Für die AOK Hessen gibt es eine zentrale Bestandsverwaltung. Sie wird allein durch die AOK Hessen geführt und vom Hilfsmittel-Logistik-Center (Reha-LSC GmbH) verwaltet. Das Abholen und Einlagern von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln, die sich im Eigentum der AOK Hessen befinden, wird immer durch das Hilfsmittel-Logistik-Center ausgeführt. Das gilt auch für Umversorgungen.
- (2) Wird ein Hilfsmittel, das Eigentum der AOK Hessen ist, vom Versicherten nicht mehr benötigt, wird es vom Hilfsmittel-Logistik-Center nach Auftrag durch die AOK Hessen vom Versicherten zurückgeholt.

- (3) Erfährt ein Leistungserbringer, dass ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird, so hat er die AOK Hessen umgehend darüber zu informieren.
- (4) Hat ein Leistungserbringer eine Umversorgung durchgeführt, so hat er umgehend das Hilfsmittel-Logistik-Center zu informieren, damit die Rückholung des nicht mehr benötigten Hilfsmittels erfolgen kann.

§ 8 Wiedereinsatz

- (1) Die Lieferung eines im Kauf-/Wiedereinsatzverfahren geregelten Hilfsmittels darf nur bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung sowie der Zustimmung durch die AOK Hessen oder auf deren Anweisung hin erfolgen. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel aus dem Lagerbestand hat immer Vorrang vor einer Versorgung mit einem neu zu kaufenden Hilfsmittel.
- (2) Ist ein geeignetes gebrauchtes Hilfsmittel im Bestand der AOK Hessen vorhanden, so wird das Hilfsmittel innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Erteilung der Zustimmung dem Leistungserbringer für den Wiedereinsatz zur Verfügung gestellt. Bei Warenübergabe wird ein Übergabeprotokoll/Wareneingangsprotokoll unterzeichnet. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, das Hilfsmittel an den Versicherten auszuliefern.
- (3) Ist das Hilfsmittel reparaturbedürftig, so erhält der Leistungserbringer einen Reparaturauftrag vom Hilfsmittel-Logistik-Center. Die Reparaturen sind umgehend auszuführen. Gegebenenfalls können zusätzlich zur Wiedereinsatzpauschale Reparaturleistungen nach Anlage 12 abgerechnet werden. Der Reparaturauftrag ist der Abrechnung beizufügen. Sollten die Feststellungen des Leistungserbringers nicht mit dem Reparaturauftrag des Hilfsmittel-Logistik-Center übereinstimmen, so ist die AOK Hessen umgehend zu informieren. Näheres ist in Anlage 3 zum Vertrag geregelt.
- (4) Vor der Auslieferung des Hilfsmittels ist die vom Hilfsmittel-Logistik-Center angebrachte Registriernummer zu überprüfen beziehungsweise mittels Klebefolie neu anzubringen. Die Registriernummer muss deutlich erkennbar sein. Eine Auslieferung ohne Registriernummer ist nicht zulässig.
- (5) Die Wiedereinsatzpauschale beinhaltet eine Funktionsgarantie für 12 Monate.

§ 9 Neukauf

- (1) Sofern die AOK Hessen kein geeignetes gebrauchtes Hilfsmittel in ihrem Bestand hat und ein vorhandenes Hilfsmittel nicht zugerichtet werden kann, erfolgt eine Versorgung mit einem neuen Hilfsmittel.
- (2) Vor der Lieferung des neuen Hilfsmittels muss ein elektronischer Kostenvoranschlag mit mindestens folgenden Angaben vorliegen:
 - ärztliche Verordnung
 - Hersteller
 - Modellbezeichnung
 - Hilfsmittelnummer aus dem Hilfsmittelverzeichnis

- Ausstattung des Hilfsmittels (Zubehör)
 - Auflistung aller Maße und Zurichtungen etc. sowie Produktgruppenbogen
 - Preis zuzüglich Mehrwertsteuer.
- (3) Die AOK Hessen vergibt für jedes von ihr gekaufte Hilfsmittel eine Registriernummer. Die Registriernummer kennzeichnet das Hilfsmittel vom Tage der Erfassung bis zur Aussonderung. Die Registriernummer ist auf einem von der AOK Hessen zur Verfügung gestellten Aufkleber mit wasserfestem Filzstift einzutragen und an gut sichtbarer aber geschützter Stelle an dem Hilfsmittel anzubringen.

§ 10

Leihvertrag/Empfangsbestätigung

Bei Auslieferung eines im Kauf-/Wiedereinsatzverfahren geregelten Hilfsmittels schließt der Leistungserbringer im Namen der AOK Hessen mit dem Versicherten oder dessen gesetzlichem Vertreter einen Leihvertrag nach Anlage 4 ab. Das Datum der Auslieferung, die Seriennummer, die Registriernummer sowie die Servicetelefonnummer des Leistungserbringers sind anzugeben. Ein Exemplar ist dem Versicherten oder dessen gesetzlichem Vertreter zu übergeben.

§ 11

Reparaturen/Wartung

- (1) Reparaturen von Hilfsmitteln, die nicht mit einer Vergütungspauschale abgegolten werden, können nach vorheriger Beauftragung durch den Versicherten ohne ärztliche Verordnung durchgeführt werden und sind auf das Maß des Notwendigen zu beschränken.
- (2) Reparaturen und Wartungen sollten immer in der eigenen Werkstatt bzw. beim Versicherten zu Hause durchgeführt werden. Es sei denn, das betreffende Hilfsmittel darf nur durch den Hersteller repariert oder gewartet werden.
- (3) Reparaturkosten können nur dann abgerechnet werden, wenn sie 70 v. H. des Wertes des Hilfsmittels nicht überschreiten. Reparatur- und Wartungskosten bis zu 200,- € netto bzw. bei elektrisch angetriebenen Hilfsmitteln bis zu 440,- € netto, können direkt abgerechnet werden. In allen anderen Fällen ist der AOK Hessen ein elektronischer Kostenvoranschlag einzureichen. Die Vergütung erfolgt entsprechend der Reparaturpreisliste (Anlage 13).
- (4) Für die Dauer der Reparatur/Wartung ist ein in der Funktion ausreichendes Ersatzhilfsmittel aus dem Bestand des Leistungserbringers kostenlos zur Verfügung zu stellen.
- (5) Kann die Reparatur nicht in eigener Werkstatt durchgeführt werden, ist dies zu begründen und eine Kopie der Rechnung des Herstellers der Abrechnung beizufügen.
- (6) Für Reparaturen und Wartungen ist keine Zuzahlung zu leisten.
- (7) Bei der Reparatur von im Gebrauch befindlichen Hilfsmitteln ist jedes Mal zu prüfen, ob die Registriernummer angebracht und noch lesbar ist. Sie ist gegebenenfalls neu anzubringen und kann bei der AOK Hessen erfragt werden.

§ 12 Leihgeräte/Leihgebühr

- (1) Kann der Leistungserbringer nicht rechtzeitig versorgen, so hat er dem Versicherten kostenlos ein Ersatzgerät/Leihgerät zur Verfügung zu stellen. Das gilt auch, wenn von der Versorgung eine Krankenhausentlassung abhängig gemacht wird und die AOK Hessen der Versorgung bereits zugestimmt hat.
- (2) Ist bei einer Verordnung für einen Rollstuhl absehbar, dass dieser auf Grund der Erkrankung höchstens bis zur Dauer von drei Monaten benötigt wird, so kann eine Leihgebühr für einen Rollstuhl aus dem Bestand des Leistungserbringers (Leihgebühr für Kurzzeitnutzung) abgerechnet werden. Die Leihgebühr darf nicht für die Zeit eines Klinikaufenthaltes berechnet werden.

§ 13 Kostenvoranschläge

- (1) Für Hilfsmittel, die im Kauf-/Wiedereinsatz-Verfahren geregelt sind, ist dem elektronischen Kostenvoranschlag der entsprechende Produktgruppenbogen (Anlage 7) beizufügen.
- (2) Ist ein Kostenvoranschlag erforderlich, so ist dieser auf elektronischem Weg einzureichen.
- (3) Der AOK Hessen bleibt es unbenommen, bei Hilfsmitteln, für die kein Preis vereinbart ist, weitere Vergleichskostenvoranschläge einzuholen.
- (4) Die AOK Hessen ist berechtigt, eingereichte Kostenvoranschläge zu prüfen oder prüfen zu lassen. Ebenso ist sie berechtigt, Hilfsmittel im Allgemeinen nach folgenden Kriterien zu prüfen und zu begutachten:
 - Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels oder seiner Instandsetzung in medizinischer Hinsicht (Verordnungsprüfung)
 - Ansatz und Höhe der vom Leistungserbringer veranschlagten Kosten einschließlich der rechnerischen Prüfung des Kostenvoranschlages (sachlich-rechnerische Prüfung)
 - auftragsgemäße Ausführung des Hilfsmittels oder der Instandsetzung nach Fertigstellung hinsichtlich Funktionsfähigkeit, Sitz und Verarbeitung (Abnahmeprüfung). Eine Teilnahmepflicht des Leistungserbringers an der Abnahmeprüfung besteht nicht.
- (5) Die AOK Hessen verpflichtet sich, den Inhalt eines Kostenvoranschlages einem unberechtigten Dritten – z.B. beim Einholen eines Vergleichskostenvoranschlages – nicht zur Kenntnis zu geben.

§ 14 Vergütung

- (1) Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag richtet sich nach den entsprechenden Anlagen sowie den genehmigten Kostenvoranschlägen. Die Preise in den Anlagen sind Nettopreise. Die Vergütung umfasst auch die Mehrwertsteuer, welche sich aus dem jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuersatz errechnet. Es werden nur

Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst oder sein Fachpersonal erbracht wurden. Für Leistungen, die auf eine Zuweisung oder auf eine unzulässige Form der Zusammenarbeit im Sinne des § 128 Abs. 2 SGB V zurückzuführen sind, besteht kein Vergütungsanspruch.

(2) Mit der Vergütung sind:

- Beratung, auch in der Wohnung des Versicherten
- Anpassung des Hilfsmittels
- Auslieferung in gebrauchsfähigem Zustand und Montage
- Anleitung im Gebrauch des Hilfsmittels
- Portokosten, Telefon- oder Faxgebühren, Internetgebühren, Beschaffungs-, Verpackungs- und Frachtkosten, Gebühren an Dritte, Versicherungen usw.

abgegolten. Besondere, bautechnisch unvermeidbare Montagekosten, werden separat vergütet. Diese sind dann besonders zu begründen. Bei Fremdleistungen sind die Rechnungskopien der Abrechnung beizufügen.

(3) Die vereinbarten Vergütungen sind Vertragspreise/Höchstpreise im Sinne des § 127 Abs. 2 SGB V.

(4) Neben der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V darf nur dann vom Versicherten eine Aufzahlung gefordert beziehungsweise angenommen werden, wenn die AOK Hessen die Kostenübernahmeerklärung in Form einer Kostenbeteiligung ausgesprochen hat. In diesem Fall darf vom Versicherten nur der Differenzbetrag als Aufzahlung gefordert werden. Die Zahlung einer Rückvergütung oder eines Abschlages an den Versicherten ist nicht zulässig.

(5) Sofern der Versicherte nicht von einer Zuzahlung befreit ist, gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen. Für Reparaturen, Wartungen und Folgepauschalen ist keine Zuzahlung zu leisten.

(6) Der Leistungserbringer hat sich durch Vorlage des Befreiungsausweises davon zu überzeugen, dass die Befreiung noch gültig ist. Nur auf Grundlage des Befreiungsausweises ist ggf. eine Änderung der vertragsärztlichen Verordnung durch den Leistungserbringer möglich.

(7) Sofern vom Leistungserbringer ein ärztlich verordneter Artikel abgegeben und gegenüber der AOK Hessen abgerechnet wird, für den auf Grund seiner leistungsrechtlichen Bewertung keine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die AOK Hessen berechtigt, den vom Leistungserbringer für diesen Artikel berechneten Betrag von der Rechnung abzusetzen.

§ 15 Abrechnung der Leistungen

(1) Die Abrechnung erfolgt zentral über die von der AOK Hessen benannte Abrechnungsstelle.

(2) Jede versorgungsberechtigte Betriebsstätte des Leistungserbringers muss über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, das bei der Abrechnung verwendet werden muss. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt,

kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog eines externen Rechenzentrums). In diesem Fall ist jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.

- (3) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten, einschließlich der aktuellen Bankverbindung, sind ausschließlich der SVI (Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen – SVI -, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin) zu melden. Mitteilungen an die AOK Hessen oder ihren mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (4) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende zukünftige Vereinbarungen oder Verträge. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des Leistungserbringers beziehungsweise der Filiale/der Betriebsstätte einzureichen. Soweit die Zuzahlung nach § 33 SGB V zu entrichten ist, zieht der Leistungserbringer diese vom Versicherten ein.
- (5) Die Rechnung muss mindestens, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, Folgendes erhalten:
 - Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer)
 - 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 Leistungserbringern")
 - Name und Vorname sowie das Geburtsdatum des Versicherten
 - Versichertenstatus
 - Vertragsarztnummer (LANR und BSNR)
 - Ausstellungsdatum der Verordnung
 - ärztliche Verordnung mit Empfangsbestätigung
 - gegebenenfalls Kostenvoranschlag mit Genehmigung der AOK Hessen
 - alle Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM-Code) und/oder Diagnoseklartext
 - Versichertenerklärung für Vergütungspauschalen
 - Leihvertrag für Hilfsmittel aus dem Kauf-/Wiedereinsatz-Verfahren
 - Rechnungsnummer oder Genehmigungsnummer der AOK Hessen
 - Kennzeichnung „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Sonstige“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Begr.-Pflicht“.
 - Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
 - Art der abgegebenen Leistung
 - Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor)
 - gegebenenfalls Reparaturauftrag des Hilfsmittel-Logistik-Centers
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - Datum der Leistungserbringung
 - gegebenenfalls Vergütungszeitraum
 - Einzelbetrag der Leistung
 - Gesamtsumme netto
 - Gesamtsumme brutto je Verordnungsblatt
 - Abrechnungscode/Tariffkennzeichen (AC/TK).

Desweiteren sind nachfolgend genannte Abrechnungskennzeichen (Leistungskennziffern) bei der Abrechnung zu verwenden:

- 00 Neulieferung
- 01 Reparaturen
- 02 Wiedereinsatz
- 03 Miete
- 04 Nachlieferung
- 06 Abgabe eines höherwertigen Hilfsmittels
- 08 Vergütungspauschale (Erstpauschale)
- 09 Folgepauschale
- 12 Zubehör
- 14 Wartungen.

Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Die Unterlagen werden dann vollständig dem Leistungserbringer zurückgegeben. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

- (6) Der Abrechnung ist immer die vertragsärztliche Verordnung mit der Diagnose, die der Verordnung zu Grunde liegt, im Original beizufügen. Bei Abrechnung von Reparaturen ist der Reparaturschein beizufügen. Fehlt auf der Verordnung die Diagnose oder ist diese offensichtlich falsch, so ist der Leistungserbringer dabei behilflich, die korrekte Diagnose zu beschaffen. Ist dies nicht möglich, so ist vor der Abgabe der Leistung die Zustimmung der AOK Hessen einzuholen. Im Einzelfall kann die Diagnose nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt auf der Rückseite der Verordnung aufgetragen werden.
- (7) Die Registriernummer des Hilfsmittels ist sowohl auf der Eigentumsvorbehaltserklärung als auch auf der Rechnung anzugeben.
- (8) Alle zur Abrechnung erforderlichen Unterlagen sind im Original einzureichen.
- (9) Die AOK Hessen überweist den Rechnungsbetrag gemäß § 302 SGB V innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Als Eingangstag gilt bei persönlicher Übergabe oder bei Datenfernübertragung der Tag der Ablieferung, bei Übersendung durch die Post der Eingangsstempel der von der AOK Hessen benannten Stelle. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (10) Soweit der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt die AOK Hessen mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihr ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vorliegt. Schädigt die Abrechnungsstelle oder der Leistungserbringer anlässlich der Abrechnung die AOK Hessen, so haften Abrechnungsstelle und Leistungserbringer nach den gesetzlichen Bestimmungen, gegebenenfalls auch als Gesamtschuldner.
- (11) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit. Differenzen aus vorhergehenden Abrechnungen können verrechnet werden. Bei Unstimmigkeiten im Rahmen der Abrechnung hat die AOK Hessen das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern oder ist verpflichtet, Beträge nachzuzahlen.

- (12) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden bzw. im Falle der Vergütungspauschale nach erstmaliger Lieferung des Hilfsmittels, nicht mehr geltend gemacht werden. Beanstandungen müssen binnen 12 Monaten nach Rechnungsstellung schriftlich geltend gemacht werden.
- (13) Tritt der Vertragspartner Forderungen aus Vertragsleistungen an Dritte ab oder verpfändet sie, so bleiben seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber der AOK Hessen davon unberührt.

§ 16 Datenschutz

- (1) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach § 35 Abs. 1 SGB I, §§ 67 bis 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Der Vertragspartner stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und eine entsprechende Schweigepflichterklärung unterzeichnet wird. Der Vertragspartner überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle sowie Kooperationspartnern/Subunternehmern.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet.
- (3) Der Leistungserbringer, seine Mitarbeiter, sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der AOK Hessen, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOK Hessen erforderlich sind, nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherten.

§ 17 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Hessen beziehen.
- (2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Vertragspartner von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen.
- (3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur einen Hersteller beziehen.
- (4) Es gelten hier die Verhaltensregeln des „Kodex Medizinprodukte“, der 1997 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und dem BVMed-Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e.V. vereinbart wurde.

§ 18**Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den Leistungserbringern**

- (1) Hilfsmitteldepots von Leistungserbringern in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht und abgegeben haben.
- (2) Nicht zulässig sind regelmäßige Sprechstunden sowie das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten in Arztpraxen beziehungsweise in ärztlich geleiteten Einrichtungen.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen.
- (4) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich einzig und allein an der Versorgungsnotwendigkeit des Patienten auszurichten. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Es gilt § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung – „Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ - sowie die dazu ergangenen Richtlinien.

§ 19**Haftung/Gewährleistung**

- (1) Der Leistungserbringer haftet für sich und seine Mitarbeiter gegenüber den Versicherten und der AOK Hessen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Dies gilt auch für an Hilfsmitteln durchgeführte Reparaturen.
- (2) Jeder versorgungsberechtigte Betrieb ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit der Versorgungsberechtigung, mindestens aber bis zum Ablauf der Gewährleistungspflicht, aufrecht zu erhalten. Angemessene Deckungssummen sind mindestens 2.000.000 € pauschal für Personenschäden, 1.000.000 € pauschal für Sachschäden sowie 100.000 € für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall. Auf Verlangen ist der AOK Hessen ein entsprechender Nachweis über die Versicherung unverzüglich vorzulegen.
- (3) Bei Beschwerden über die Anpassung, Qualität beziehungsweise über die ausgeführte Leistung kann in beiderseitigem Einvernehmen zur Prüfung ein bestellter Sachverständiger beauftragt werden. Die Kosten trägt derjenige, zu dessen Lasten die Entscheidung geht.

§ 20**Vertragserfüllung/Vertragsverstöße**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieser Vereinbarung Sorge zu tragen. Der Leis-

tungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.

- (2) Grobe Pflichtverletzungen durch den Leistungserbringer stellen Vertragsverstöße dar, welche die AOK Hessen zu einer außerordentlichen Kündigung des Vertrages berechtigen. Als grobe Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:
- Abrechnung einer Leistung, die auf einer bewussten Fehlinformation des Leistungserbringers an den verordnenden Arzt über den Versicherten beruht; dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft
 - Nichtbeachtung von § 15 Abs. 2 dieser Vereinbarung
 - Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen; hierzu zählt unter anderem auch die Nichtmeldung einer Änderung der Rechtsform des Leistungserbringers
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, insbesondere, wenn diese eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können, soweit diese vom Leistungserbringer zu vertreten sind
 - Forderung beziehungsweise Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen
 - Wiederholte verspätete Erbringung von Leistungen durch den Leistungserbringer, so dass die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird.
 - Werbung in unzulässiger Weise nach § 17 dieser Vereinbarung
 - Maßnahmen nach innen oder außen, die geeignet sind, den Ruf der am Vertrag beteiligten Vertragspartner in unsachlicher Art und Weise in Misskredit zu bringen.
- (3) Ungeachtet der Möglichkeit des Ausspruchs einer Verwarnung entsteht für eine Leistung, bei deren Erbringung es zu einem der nachfolgend aufgezählten Vertragsverstöße gekommen ist, kein Vergütungsanspruch, auch wenn die Versorgungsleistung bereits abgegeben und abgerechnet wurde:
- Depothaltungen bei Ärzten, gemäß § 128 Abs. 1 SGB V; Verstöße hiergegen können zum sofortigen Verlust der Versorgungsberechtigung führen.
 - Unzulässige Zusammenarbeit im Rahmen des § 128 Abs. 2 SGB V
 - Abrechnungsmanipulationen, die wesentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden; dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder Leistungen, die nicht erbracht wurden, beziehungsweise die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen oder Gewährung sonstiger geldwerter Vorteile an Ärzte oder Dritte für die Zuweisung beziehungsweise Vermittlung von Aufträgen i. S. einer Vorteilsnahme ohne Leistung

- Anmieten von Räumlichkeiten zur Abhaltung von Sprechstunden in Arztpraxen oder in Räumlichkeiten außerhalb der versorgungsberechtigten Betriebsstätte
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte, insbesondere gegen Entgelt oder für das Erlangen geldwerter Vorteile
 - Vordatierung oder Vorquittierung (Globalbestätigung) nicht erbrachter Leistungen
 - Missachtung der Voraussetzungen des § 126 SGB V, insbesondere bezüglich der Präqualifizierung.
- (4) Bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, dazu gehören auch die Meldepflichten, kann die AOK Hessen Maßnahmen beschließen. Der Betroffene kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, seinen Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen. Als Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:
- Verwarnung
 - Vertragsstrafe in Höhe von 1.000 €
 - bei Erstverstoß gegen die vertraglichen Melde- und Mitwirkungspflichten; dazu zählen das Nichtmelden, sofern der fachliche Leiter länger als sechs Wochen nicht zur Verfügung steht, eines Umzugs oder der Schließung einer Betriebsstätte
 - bei vertragswidrigen Werbemaßnahmen (§ 17)
 - bei fehlender Aufklärung zu Aufzahlungen (3 x auffällig)
 - Vertragsstrafe in anderen Fällen in angemessener Höhe
 - Vertragsausschluss von bis zu 2 Jahren bei wiederholtem Verstoß gegen § 128 Abs. 1 oder 2 SGB V (§ 128 Abs. 3 SGB V).
 - fristlose Kündigung.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 4 sind die durch die Vertragsverletzung entstandenen Rückzahlungsansprüche zu begleichen.
- (6) Eine Kündigung nach Absatz 4 hat schriftlich mit entsprechender Begründung per Einschreiben mit Rückschein zu erfolgen. Eine Vorabübermittlung per Fax ist möglich und gilt als Fristwahrung.
- (7) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die AOK Hessen bleiben unberührt.

§ 21 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.02.2016 in Kraft, wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und ersetzt alle bisher bestehenden Vereinbarungen bezüglich der Versorgung mit Krankenfahrzeugen.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle Verordnungen, die ab diesem Tag ausgestellt werden und für alle Folgevergütungspauschalen aus bereits bestehenden Versorgungsungen, die ab diesem Tag zur Vergütung kommen.
- (3) Diese Vereinbarung kann in ihrer Gesamtheit und mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende von jedem Vertragspartner mittels eingeschriebenem Brief gekündigt werden.
- (4) Einzelne Produkte oder Produktuntergruppen betreffend kann diese Vereinbarung durch die AOK Hessen, abweichend von Absatz 3, mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, wobei, soweit diese gemäß § 127 Abs. 1 SGB V neu ausgeschrieben werden, sich die Parteien einig sind, dass der Vertrag in Gänze solange fort gilt, bis das entsprechende Vergabeverfahren einschließlich eines möglichen Nachprüfungsverfahrens erfolgreich abgeschlossen ist, längstens aber für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Kündigung.
- (5) Bis zum Inkrafttreten einer neuen vertraglichen Regelung gelten die bisherigen Bestimmungen weiter. Diese Zeit ist auf sechs Monate nach Vertragsende begrenzt, es sei denn, die Vertragspartner treffen eine anderweitige Regelung.
- (6) Die Kündigung der Vereinbarung berührt nicht die Weitergeltung der Leistungsbeschreibungen.
- (7) Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem nach § 127 Abs. 2 a beigetretenen Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für bzw. gegen diesen Leistungserbringer.
- (8) Ein Beitritt zum Vertrag ist grundsätzlich nicht rückwirkend möglich.
- (9) Die nachfolgend genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung:

Anlage 1	Teilnahmevoraussetzungen
Anlage 2	Beitrittsvereinbarung
Anlage 3	Wiedereinsatz
Anlage 4	Leihvertrag
Anlage 5	Reparaturauftrag
Anlage 6	Versichertenerklärung
Anlage 7	Produktgruppenbögen
Anlage 8	Leistungsspezifikationen
Anlage 9	Statuserhebungsbogen
Anlage 10	Erprobung Treppensteighilfen
Anlage 11	Preisliste
Anlage 12	Reparaturpreisliste

§ 22
Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung der vorstehenden Vereinbarung ganz oder teilweise nichtig / rechtswidrig sein oder werden – insbesondere durch die Rechtsprechung –, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Vereinbarung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.