

Vertrag

**über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten zur
Schmerzbehandlung und zur Muskelstimulation nach § 127
Abs. 1 SGB V**

– Vertragsnummer: 15 07 347 –

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda**

(im Folgenden AOKN genannt)

und

**xxx
xxx
xxx**

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages	3
§ 2	Geltungsbereich	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge	5
§ 6	Versorgungspauschale	6
§ 7	Haftung und Verzug	7
§ 8	Insolvenz	7
§ 9	Vergütung	8
§ 10	Abrechnung	8
§ 11	Datenschutz und Schweigepflicht	11
§ 12	Werbung	12
§ 13	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	12
§ 14	Übergangsregelung	13
§ 15	Inkrafttreten und Kündigung	13
§ 16	Salvatorische Klausel	14
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	15
Anlage 2	Leistungsbeschreibung	18
Anhang 1 zur Anlage 2	: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung	21
Anlage 3	Vergütung	22
Anlage 4	Versicherteninformation	23
Anlage 5	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V	24
	Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln ...	
	
Anlage 6	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des	
	Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln	25
Anlage 7	Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels .	
	
		26
Anlage 8	Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel	27
Anlage 9	Erklärung nach § 10 Abs. (2)	28

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOKN mit Elektrostimulationsgeräten zur Schmerzbehandlung und zur Muskelstimulation.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlage 4 bis Anlage 8 stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOKN und für die Mitglieder des Verbandes (nachfolgend: Leistungserbringer), sofern sie die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen und dem Vertrag beigetreten sind.
- (2) Der Beitritt ist gegenüber dem Verband zu erklären. Der Verband stellt der AOKN jeweils bei Veränderungen eine Teilnehmerliste bzw. eine Liste der Leistungserbringer, die eine geforderte Qualifizierung nach diesem Vertrag nachgewiesen haben, zur Verfügung. Die Übersicht muss mindestens folgende Inhalte haben: Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, Name, Anschrift und Kennzeichnung, ob es sich um einen Hauptbetrieb oder eine Filiale (bitte dazu den Hauptbetrieb angeben) handelt. Die bloße Mitgliedschaft bei dem Verband führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Über die Berechtigung oder Nichtberechtigung zur Versorgung und Abrechnung sowie Art und Umfang der Belieferung entscheidet die AOKN.
- (3) Der Vertrag gilt für die AOKN und für den Leistungserbringer. Er umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3

Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOKN. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer bestätigt durch Vertragsabschluss, dass er diese Voraussetzungen erfüllt. Die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien ist spätestens mit Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Nachweis ist regelmäßig mit der Präqualifizierungsbestätigung erbracht.

- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.
- (4) Die Abführung der Mehrwertsteuer obliegt dem Leistungserbringer und ist nicht durch die AOKN sicherzustellen.
- (5) Die AOKN ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4

Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Einweisung der Versicherten und/oder der in Abs. (3) genannten Personen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher und gewährleistet während der gesamten Versorgungsdauer eine umfassende und sachgerechte Beratung und Anpassung. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der in Abs. (3) genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung durch den Versicherten und nachfolgender Terminabsprache ist der Versicherte durch den Leistungserbringer in seinem häuslichen Wohnumfeld aufzusuchen.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.
- (4) Zur Sicherstellung der Versorgung gewährleistet der Leistungserbringer eine zeitnahe Versorgung vor Ort. Die Telefonnummer, Name und Anschrift des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Versorgung bekannt zu geben.
- (5) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOKN auf Verlangen zu erbringen.
- (6) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOKN kann nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Der Leistungserbringer hat - soweit erforderlich - nach Eingang der ärztlichen Verordnung unverzüglich aus seinem Bestand ein übergangsweise ausreichendes und geeignetes Hilfsmittel (Interimsversorgung) zur Verfügung zu stellen,
 - soweit hierfür eine Eilbedürftigkeit medizinisch gegeben ist oder
 - um eine Verschlechterung oder Gefährdung des Gesundheitszustandes zu verhindern oder

- wenn das einzusetzende Hilfsmittel nicht rechtzeitig an den Versicherten abgegeben werden kann oder
- wenn notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden können für die Dauer der Reparatur- oder Wartungszeit.

Hilfsmittel, die sich im Eigentum der AOKN befinden, dürfen für die genannten Zwecke nicht eingesetzt werden.

- (9) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOKN ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (10) Soweit eine Versorgung nach Abs. (8) noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOKN unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang bei der Übergabe bestätigt. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten das Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer.
- (11) Der Leistungserbringer händigt dem Versicherten die Versicherteninformation nach Anlage 4 aus und stellt sicher, dass der Versicherte durch Unterschrift auf dem Dokument bestätigt, die Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben. Ein Exemplar der Versicherteninformation verbleibt beim Versicherten. Sofern ein Versicherter die Erklärung gegenüber mehreren Leistungserbringern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten entstehen, geht dies nicht zu Lasten der AOKN. In diesem Falle vergütet die AOKN die Leistung ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer, welcher zuerst die Abrechnung eingereicht hat. Die Versicherteninformation ist der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- (12) Es ist unzulässig, mit Ausnahme der Regelung nach Abs. (8), ein anderes als das erforderliche und von der AOKN genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (13) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (14) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass nicht mehr vom Versicherten benötigte Hilfsmittel unverzüglich zurück geholt werden. Der Leistungserbringer hat das Hilfsmittel auf Verlangen der AOKN oder des Versicherten innerhalb von 10 Arbeitstagen abzuholen. Der Leistungserbringer bestätigt dem Versicherten die Abholung des Hilfsmittels.
- (15) Holt der Leistungserbringer das Hilfsmittel vor Ablauf des Versorgungszeitraums zurück oder erhält er davon Kenntnis, dass die Voraussetzungen für die Versorgung des Versicherten während des Versorgungszeitraums nicht mehr vorliegen, ist die von der AOKN benannte Stelle unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (16) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.

§ 5

Kostenvoranschläge

- (1) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:

- Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
 - Ärztliche Verordnung
 - Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer nach den Richtlinien zum Datenträgeraustausch; die Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben.
 - Netto- und Bruttopreis
 - Versorgungszeitraum
- (2) Die AOKN ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V für nicht in der Anlage 3 preislich geregelte Hilfsmittel weitere Kostenvorschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungserbringer erfolgt nicht.
- (3) Kostenvorschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvorschläge werden von der AOKN unbearbeitet an den Leistungserbringer zurück gesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvorschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. (1) genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 3 nicht eingehalten worden sind.

§ 6

Versorgungspauschale

- (1) Art und Umfang der Leistungen werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen bestimmt. Der Leistungserbringer hat die lückenlose Versorgung während des gesamten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob der Versicherte mit einem neuen oder aufbereiteten Hilfsmittel versorgt wird.
- (3) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOKN sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
- (4) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach dieser Vereinbarung abgegebenen Hilfsmittel, es sei denn, der Leistungserbringer trifft mit dem Versicherten im Sinne des § 9 Abs. (4) eine abweichende Vereinbarung. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOKN keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der aus den Versorgungspauschalen entstandenen Verpflichtungen auch sicherzustellen, wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Bei Insolvenz, Betriebsaufgabe oder -veräußerung sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgung durch einen kompetenten, nach § 126 SGB V zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer, der die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt. In diesem Fall hat der Leistungserbringer mit dem anderen Leistungserbringer einen schriftlichen Vertrag über die Sicherstellung der Versorgung bis zum Ende der Versorgungsdauer zu schließen und der AOKN einschließlich der Nachweise zur Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 unaufgefordert vorzulegen. Anfallende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

- (6) Der Verband kann durch Nachweis einer Kollektivhaftung durch andere Verbandsmitglieder, die über dem Verband am vorliegenden Vertrag teilnehmen, die Fortführung der laufenden Versorgungen im Sinne § 6 Abs. 5 nachweisen. Der Nachweis der Kollektivhaftung ist der AOKN bei Vertragsbeitritt vorzulegen. Der Verband trägt gegenüber der AOKN etwaige durch die anderweitige Fortführung nach diesem Vertrag nachweislich entstandenen Mehrkosten bis zur Höhe der von der AOKN ursprünglich an das insolvente Mitglied dafür gezahlten Vergütung. Die AOKN erstellt dem Verband darüber eine nachprüfbare Rechnung.

§ 7

Haftung und Verzug

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOKN oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOKN für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine schuldhafte Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. (1) schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOKN das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z. B. § 4 Abs. (8) und (10) sowie Anlage 1 Nr. 3.6) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z. B. durch die Versorgungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOKN behält sich eine Aufrechnung nach § 10 Abs. (13) vor.
- (4) Der Leistungserbringer stellt die AOKN von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Bußgelder und Schadensersatzforderungen aufgrund Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultieren, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

§ 8

Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN die Beantragung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOKN unverzüglich zu informieren.
- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOKN alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 9

Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 3. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen. Es handelt sich um Nettopreise, es sei denn in Anlage 3 ist etwas anderes geregelt.
- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (4) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V wählt. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten für solche Leistungen nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und höhere Folgekosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 5 zu dokumentieren und der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 10

Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOKN schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 9). Die Abrechnung mit einem anderen IK ist nur nach schriftlicher Zustimmung durch die AOKN möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN Änderungen seines IK oder seiner Anschrift unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (3) Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummer nach Anlage 3 maßgebend. Die Abrechnung mit einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer ist nicht möglich. Der Versorgungszeitraum und die Genehmigungsnummer sind anzugeben. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer nicht. Bei Folgeversorgungen ist die Genehmigungsnummer der Erstversorgung mit anzugeben.
- (4) Zur Abrechnung der Folgepauschale ist durch den Leistungserbringer zwingend ein Nutzungsnachweis gemäß Anlage 8 der Abrechnung beizufügen. Der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter bestätigt mit Unterschrift und Datum die regelmäßige Nutzung des überlassenen Hilfsmittels und dessen funktionsfähigen Zustand.

- (5) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOKN bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOKN innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOKN scheidet allerdings aus, soweit die AOKN berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. (12) oder eine Aufrechnungslage nach Abs. (13) oder (14) gegeben war.
- (6) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach § 302 SGB V abzurechnen.
- (7) Die Rechnung darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (8) Für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte Leistung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind nach den Regelungen dieses Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen. Darüber hinaus sind Empfangsbestätigungen für erbrachte Leistungen nach Satz 1, welche nicht nach Satz 2 der Abrechnung beizufügen sind, der AOKN auf Verlangen vorzulegen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer in der Abrechnung ausreichend. Die Paketverfolgungsnummer ist jeweils versichertenbezogen in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment anzugeben. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 6 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOKN vorgelegt werden können. Die AOKN ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Empfangsbestätigungen für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.
- (9) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung im Einzelnen als Text ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können unbezahlt zurückgewiesen werden. Es gilt der in der Anlage 3 aufgeführte Leistungserbringergruppenschlüssel. Werden die Daten der AOKN vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOKN nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (10) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen in der Abrechnung oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer sowohl die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben als auch die Abrechnung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (11) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei

der AOKN eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOKN ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOKN auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.

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

- die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
- die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
- kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOKN bestand (z. B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
- die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOKN nicht vorgelegt wurden,
- die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
- ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
- andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
- der Leistungserbringer neben der vertraglich vereinbarten Pauschale Produkte abgerechnet hat, die mit der vereinbarten Pauschale abgegolten waren,
- der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
- Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,
- Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen gemäß § 13 vorliegen,
- bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

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

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 2 Monaten schriftlich oder kann der Beanstandung nicht innerhalb von 2 Monaten abhelfen, so gilt diese als anerkannt. Diese Frist gilt ebenfalls für die Neueinreichung einer Rechnung.

(13) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOKN mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.

- (14) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnung der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOKN ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOKN nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOKN oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOKN ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOKN auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 11

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB V, 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 des Versicherten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der AOKN, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOKN erforderlich sind, vgl. §§ 294 ff. SGB V.
- (7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.

- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 12

Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 13).
- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOKN oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 13

Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen

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

- Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.
 - Wiederholte Beanstandungen bei nicht vertragskonform erstellten Kostenvoranschlägen nach § 5 Abs. (3).
 - Verstöße gegen die ordnungsgemäße Erbringung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gemäß § 128 Abs. 1 SGB V,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. (1) und (2) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOKN zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 10 Abs. (12) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOKN kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 13 vorliegt.
- (8) Schwerwiegende Verstöße gegen die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach dem SGB V werden der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V erteilt hat (Präqualifizierungsstelle), mitgeteilt.

§ 14

Übergangsregelung

- (1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOKN auf Basis anderer Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln im Rahmen einer pauschalierten Vergütung versorgt, werden diese Fälle in die pauschalierte Vergütung nach Anlage 3 überführt. Einzelheiten sind in der Anlage 2 geregelt. Dies gilt auch, wenn die Versorgung über einen Vertrag nach § 140a SGB V erfolgte und die Versorgung im Rahmen des Vertrages nach § 140a SGB V endet.

§ 15 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.11.2020 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.08.2021 schriftlich gekündigt werden.

- (2) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums nach dieser Vereinbarung zu Ende geführt.
- (3) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOKN, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 16

Salvatorische Klausel

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

Hannover,

Ort,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Leistungserbringer

Anlage 1 Qualitäts- und Versorgungsstandards

1 Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (Abgabe, Wartung und Reparatur) vom Hersteller oder seinem autorisierten inländischen Vertreter durch Schulung und Ausstattung berechtigt sein, diese zu erbringen. Die notwendigen Zertifikate und Bescheinigungen sind - soweit nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen - der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der Versorgungsdauer Überprüfungen nach Herstellervorgaben und der MPBetreibV sowie dem MPG mit entsprechendem Fachpersonal nach den geltenden Bestimmungen durchzuführen und zu dokumentieren. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über seinen Sicherheitsbeauftragten etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden.
- 1.3 Die AOKN hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen insbesondere die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV) und Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV) sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der Messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV und das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV.
- 1.4 Die Einhaltung der vorgenannten Aufgaben (z.B. die Dokumentation der Einweisung) ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.5 Die AOKN ist verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach dem SGB V zu überwachen. Gem. § 127 Abs. 7 SGB V führt die AOKN zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der AOKN auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V vorzulegen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, kann die AOKN von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.
- 1.6 Für die vorsorgliche, geplante, rechtzeitige, fristgerechte, vertrags- und ordnungsgemäße Durchführung der vorgenannten Aufgaben trägt der Leistungserbringer die Verantwortung. Ist der Versicherte oder die vertretungsberechtigte Person weder telefonisch noch in elektronischer Form (z. B. per E-Mail) zu erreichen, hat der Leistungserbringer zur Durchführung der Maßnahmen der vorgenannten Aufgaben den Versicherten anzuschreiben und auf die Notwendigkeit

der Durchführung ausdrücklich hinzuweisen und in angemessener Frist zu erinnern. Reagiert der Versicherte oder dessen Angehörige bzw. eine andere Person, die mit der Betreuung oder Pflege des Versicherten betraut bzw. beauftragt ist, nicht, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die AOK Niedersachsen. Die AOK Niedersachsen wirkt in diesen Fällen im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf den Versicherten ein und weist ihn auf seine Mitwirkungspflicht hin.

2 Personelle Anforderungen

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

3 Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung mit dem Versicherten und/oder den in § 4 Abs. (3) genannten Personen ein persönliches Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung des Elektrostimulationsgeräts.
 - 3.1.1 Die Beratung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. (3) genannten Personen in die Lage zu versetzen, das Elektrostimulationsgerät im alltäglichen Gebrauch in seiner Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:
 - Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
 - Umfassende Einweisung in den Gebrauch und Anleitung zur eigenständigen Hilfsmittelversorgung
 - Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel
 - Art und Menge der zum Einsatz kommenden Produkte unter Berücksichtigung des Maß des medizinisch Notwendigen
 - Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen

- 3.1.2 Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung. Vom Leistungserbringer werden Vorführ- und Testmuster verschiedener Hersteller in ausreichender Anzahl vorgehalten.
- 3.1.3 Im Zuge des Beratungs- und Informationsgesprächs nach Nr. 3.1 lässt der Leistungserbringer den Empfang der Versicherteninformation (Anlage 4) vom Versicherten durch Unterschrift bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten.
- 3.1.4 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel zur Verfügung.
- 3.2 Weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.
- 3.3 Die Beratungsgespräche nach Nr. 3.1 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 11 grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen (Anlage 6). Die Dokumentation in elektronischer Form ist unter Beachtung der Anforderungen gem. § 126a BGB möglich. Die Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation gemäß Anlage 6 unverzüglich vorzulegen.

Weitere Beratungsgespräche nach Nr. 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 11 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOKN auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOKN das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 3.1.1 übermittelt.
- 3.4 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus.
- 3.5 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 3.6 Die Lieferung ist innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Verordnungseingang sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.

4 Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

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

5 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

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

Anlage 2 Leistungsbeschreibung

1 Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen, die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - Bereitstellung des Hilfsmittels einschließlich Funktionsprüfung am Betriebsort
 - das notwendige Zubehör und Verbrauchsmaterial der Untergruppen 09.99.01, 09.99.02 und 09.99.99 des Hilfsmittelverzeichnisses nach §139 SGB V
 - bei der Erstversorgung die für die Inbetriebnahme erforderlichen Bestandteile (z.B. Batterien, Akkus, Netzteile). Die Entscheidung, ob entweder Batterien oder Akkus mitgeliefert werden, trifft der Leistungserbringer.
- Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel frei Haus und Montage
- Übernahme aller mit der Lieferung und Rücksendung des Hilfsmittels verbundenen Kosten, z. B. für den Versand, die Verpackung, Arbeitszeiten und Versicherungen
- Die Bereitstellung des Hilfsmittels während des gesamten Versorgungszeitraums umfasst auch:
 - Medizinisch notwendige Um- bzw. Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Gerätetyp
 - Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallgeräten
 - Interimsversorgungen nach § 4 Abs. (8)
 - Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 6 Abs. (3)

1.2 Einweisung, Beratung und Schulung

- Einweisung und Schulung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) einschließlich individueller Bedarfsermittlung, Anpassung und Erprobung gemäß § 4 Abs. (2) und (3) sowie Anlage 1
- Überlassung einer Gebrauchsanweisung
- Beratung gemäß Anlage 1

1.3 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- Erbringung aller mit der Versorgung im Einzelfall zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z. B.
 - Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1

- Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
 - Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1
 - Sach- und fachgerechte Reinigung, Desinfektion und Aufbereitung (Anlage 1)
 - Rückholung, Einlagerung, Aussonderung und Verschrottung
 - Erstellung von Kostenvoranschlägen
 - Dokumentation nach diesem Vertrag
- Versicherungen gemäß § 7
 - Bereitstellung einer Service-Nummer für telefonische Anfragen von Versicherten bzw. betreuenden Personen, Ärzten und der AOKN mindestens von Montag bis Freitag (außer an Feiertagen) in der Zeit von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Die Nutzung darf im Vergleich zu normalen Ortsgesprächen keine Mehrkosten verursachen.

2 Genehmigung- und Abrechnungsverfahren

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

3 Versorgungszeitraum

Die Versorgungspauschale der Erstversorgung gilt für einen Versorgungszeitraum von sechs Monaten (Pauschalzeitraum) und beginnt mit dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels. Für die evtl. weitere notwendige Versorgung über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus, gilt die 1. Folgepauschale für einen Versorgungszeitraum von weiteren sechs Monaten. Sollten weitere Folgeversorgungen notwendig sein, gelten diese für einen Versorgungszeitraum von zwölf Monaten.

4 Gewährleistung und Garantie

- 4.1 Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei Auslieferung. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Für die Gewährleistungsansprüche gelten die gesetzlichen Bestimmungen. In den ersten sechs Monaten nach Auslieferung/Reparatur/Austausch trägt der Leistungserbringer die Beweislast für die Sachmängelfreiheit.
- 4.2 Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung und Garantie nach Herstellervorgaben, soweit diese über die gesetzlich vorgeschriebene Gewährleistung hinausgeht.
- 4.3 Die Gewährleistungs- und Garantieansprüche sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Hersteller geltend zu machen. Dies gilt auch dann, wenn der mit der Leistung beauftragte Leistungserbringer (z. B. bei Reparaturen) die Neuversorgung nicht selbst vorgenommen hat.
- 4.4 Der Leistungserbringer informiert die AOKN unverzüglich schriftlich, sofern er an einem Hilfsmittel einen Schaden feststellt oder vermutet, der auf unsachgemäße Behandlung,

nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch oder auf Beschädigung durch Dritte zurück zu führen ist.

5 Übergangsregelung gemäß § 14

Bei Abschluss dieses Vertrages bereits laufende Versorgungsleistungen auf Basis einer pauschalierten Vergütung werden gemäß § 14 Abs. (1) wie folgt in die Pauschale für die Folgeversorgung nach Anlage 3 überführt:

- Versorgungsleistungen nach den bisherigen vertraglichen Regelungen der AOKN nach Ablauf des bei Abschluss dieses Vertrages laufenden jeweiligen Versorgungszeitraumes
- Versorgungsleistungen, die über einen Vertrag nach § 140a SGB V erfolgten, nachdem die Versorgung im Rahmen des Vertrages nach § 140a SGB V endet

Die Pauschale für die Folgeversorgung nach Anlage 3 kann erstmals ab dem Tag, der auf den letzten Tag des vorhergehenden Versorgungszeitraumes folgt, abgerechnet werden, sofern die Versorgung weiterhin medizinisch notwendig ist. Die Regelungen nach Nr. 3 gelten entsprechend.

6 Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach Anlage 3.

7 Reparaturen

7.1 Reparaturen sind mit der Vergütung der Versorgungspauschale für den Versorgungszeitraum abgegolten.

7.2 Für den Austausch des Hilfsmittels z.B. aufgrund eines Defektes oder der Wartung sowie für eine sicherheitstechnische Überprüfung kann keine weitere Versorgungspauschale in Rechnung gestellt werden. Für diesen Zeitraum wird dem Versicherten ein kostenloses Ersatzhilfsmittel zur Verfügung gestellt.

8 Rückholung und Entsorgung

Die Regelungen des § 4 Abs. (14) und (15) gelten entsprechend. Ausgesonderte Hilfsmittel dürfen vom Leistungserbringer nicht mehr eingesetzt werden. Die Rückholung, Aussonderung und Entsorgung erfolgt kostenfrei.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.08.2021, schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

Abrechnungs- -positions- nummer	Hilfsmittel- kennzeiche n	Bezeichnung	Art/ Zeitraum der Pauschale	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. (9) ¹	ärztliche Verordnung nach § 4 Abs. (7) ²	Der Abrechnung sind beizufügen:	
						Empfangsbestätigung (Anlage 7)	Nutzungsnachweis (Anlage 8) ³
Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung							
09.37.01	08	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	Erstpauschale: 6 Monate	nein	ja	ja	nein
09.37.01	09	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	1. Folgepauschale: 6 Monate	ja	ja	ja	ja
09.00.37.0010	09	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	2. Folgepauschale: 12 Monate	ja	ja	ja	ja
Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation							
09.37.02.0 09.37.02.1	08	Niederfrequente, nicht EMG-gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	Erstpauschale: 6 Monate	nein	ja	ja	nein
09.37.02.0 09.37.02.1	09	Niederfrequente, nicht EMG-gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	1. Folgepauschale: 6 Monate	ja	ja	ja	ja
09.00.37.0020	09	Niederfrequente, nicht EMG-gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	2. Folgepauschale: 12 Monate	ja	ja	ja	ja

¹ Dem Kostenvoranschlag sind beizufügen: Kopie der ärztlichen Verordnung.

² Die Original-Verordnung ist der Abrechnung beizufügen.

³ Bei nachweislich mehrfach versuchter, mind. 2-maliger, dokumentierter und erfolgloser Rücksendungsaufforderung des Nutzungsnachweises gegenüber dem Versicherten entstehen dem Leistungserbringer keinerlei Nachteile, wie z.B. eine Retaxierung der erbrachten Leistung.

Anlage 3 Vergütung

AC/TK: 15 07 347

Versorgungspauschalen

Abrechnungs- positions- nummer	Hilfsmittelk ennzeichen	Versorgungsz eitraum	Bezeichnung	Höchstpre is zzgl. MwSt.
09.37.01	08	6 Monate	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	45,00 EUR
09.37.01	09	6 Monate	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	45,00 EUR
09.00.37.0010	09	12 Monate	Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung	69,00 EUR
09.37.02.0 09.37.02.1	08	6 Monate	Niederfrequente, nicht EMG- gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	52,00 EUR
09.37.02.0 09.37.02.1	09	6 Monate	Niederfrequente, nicht EMG- gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	52,00 EUR
09.00.37.0020	09	12 Monate	Niederfrequente, nicht EMG- gesteuerte Muskelstimulationsgeräte	69,00 EUR

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.08.2021, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 4 Versicherteninformation

Daten des/der Versicherten:	
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
PLZ und Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____ KV-Nummer: _____
Daten des Hilfsmittels:	
Hilfsmittel:	_____
Modell:	_____ Hersteller: _____
Seriennummer:	_____

Die Firma _____ stellt die Versorgung mit dem o. g. Hilfsmittel einschließlich aller Dienst- und Nebenleistungen sicher. Hierzu zählt auch die Durchführung von Reparaturen, Wartungen sowie die Belieferung mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien. Hierfür erhält die o. g. Firma von der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen eine **Vergütung in Form einer Pauschale**.

Der Leistungserbringer bleibt **Eigentümer** des Hilfsmittels und überlässt mir dieses leihweise.

Ich verpflichte mich,

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

Wird eine andere Firma von mir mit der Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterialien beauftragt, sind die hierdurch entstehenden **Mehrkosten** von mir zu tragen.

Ein **Wechsel des Leistungserbringers** ist jeweils nur zum Beginn eines neuen Versorgungszeitraums möglich. Hierbei sind sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich von dem Wechsel zu informieren.

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

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

ja nein

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 5 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkosten- erklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

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

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Der o.g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels umfassend beraten.

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

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Datenschutzhinweis:

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

Anlage 6 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

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

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

	Datum der Beratung

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

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

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

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

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Datenschutzhinweis

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

**Anlage 7 Empfangsbestätigung des Versicherten
über den Erhalt des Hilfsmittels**
(auch nach Reparatur)

(bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (AOKN) stellt

Frau/Herr _____ Geburtsdatum: _____

folgendes Hilfsmittel _____

Modell: _____ Hersteller _____

Registernummer: _____ Seriennummer: _____

- o als Sachleistung leihweise zur Verfügung.
- o als Sachleistung weiterhin leihweise zur Verfügung.

Ich habe das o. g. Hilfsmittel heute in gebrauchsfähigem Zustand erhalten und wurde in den Gebrauch eingewiesen. Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des Leistungserbringers.

Ich verpflichte mich,

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

Einen Durchschlag dieser Empfangsbestätigung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Hilfsmittel ausgeliefert am

Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 8 Nutzungsnachweis des Versicherten über das Hilfsmittel

Die Firma _____ stellt
Frau/Herrn _____ Geburtsdatum _____
folgendes Hilfsmittel _____
Modell _____ Hersteller _____
Seriennummer _____ Nutzungs-/Gewährleistungszeitraum *] _____
als Sachleistung leihweise zur Verfügung und die AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen übernimmt die Kosten für diese Versorgung.

<input type="checkbox"/> Ich nutze das mir am _____ überlassene o. g. Hilfsmittel weiterhin. Das Hilfsmittel befindet sich heute in einem funktionsfähigen Zustand – (Folgepauschale) .
<u>Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des hier genannten Leistungserbringers.</u>
Ich verpflichte mich,
<ul style="list-style-type: none">• für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen, insbesondere nicht in der Nähe des Hilfsmittels zu rauchen oder zuzulassen, dass geraucht wird,• Schäden an dem Hilfsmittel, die durch Verschulden meiner Person oder meiner Hilfspersonen entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen,• für verschuldete Schäden aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels zu haften,• das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern,• das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden,• das Hilfsmittel dem Leistungserbringer unverzüglich zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,• ausschließlich den genannten Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Zubehör- und Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,• den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel unverzüglich zu informieren.• den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere Prüfung des Gerätes) zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 9 Erklärung nach § 10 Abs. (2)

Hiermit erkläre/n ich/wir i. S. d. § 10 Abs. (2), dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten zur Schmerzbehandlung und zur Muskelstimulation nach § 127 Abs. 1 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

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

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

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

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

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers