
Vertrag

**über die Versorgung mit Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie
Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung
nach § 127 Abs. 1 SGB V**

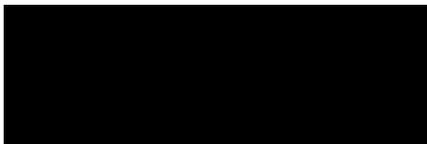
- Vertragsnummer: 1x 07 C91 -

zwischen der

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

(im Folgenden: AOKN)

und



(im Folgenden: Leistungserbringer)

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	7
§ 10	Bestimmungen zur Rechnungslegung	8
§ 11	Bestimmungen zur Rechnungsabgleichung	10
§ 12	Rechnungs- und Taxberichtigung	10
§ 13	Datenschutz und Schweigepflicht	11
§ 14	Werbung	12
§ 15	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen	12
§ 16	Übergangsregelung	13
§ 17	Inkrafttreten und Kündigung	14
§ 18	Salvatorische Klausel	14
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	15
Anlage 2	Leistungsbeschreibung	18
Anhang 1 zur Anlage 2	Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung	22
Anlage 3	Vergütung	23
Anlage 4	Versicherteninformation	24
Anlage 5	Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten	25
Anlage 6	Erklärung nach § 10 Abs. 2	26

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOKN mit Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie Sonden- und Trinknahrung (§ 31 Abs. 5 SGB V) bei enteraler Ernährung.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlagen 4 - 5 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 den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt. Er umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten.
- (2) Von der Geltung ausgenommen sind AOKN-Versicherte sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten in Behinderteneinrichtungen mit denen gültige Verträge für integrierte Versorgungsleistungen bestehen.

§ 3

Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der 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) Für die Umsetzung und Prüfung der Eignung der Leistungserbringer nach § 126 Abs. 1a Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 SGB V, die über eine entsprechende Präqualifizierungsstelle nachgewiesen werden kann, gilt eine Umsetzungsfrist. Der Nachweis der Antragsstellung zur Präqualifizierung ist spätestens bis zum 01.03.2015 erforderlich, andernfalls entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Sofern der Leistungserbringer nicht bis zum 01.06.2015 den Präqualifizierungsnachweis übersendet, kann er als ungeeignet i.S.v. § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V angesehen werden und kann bis zur Vorlage des Präqualifizierungsnachweises von der Versorgung der Versicherten der AOKN ausgeschlossen werden.

- (4) 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.
- (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, der Verbandstoffe sowie Sonden- und Trinknahrung 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 Versorgten und/oder der in Abs. 3 genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung des 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 auch einen medizinisch-technischen Notdienst, der täglich 24 Stunden für AOKN-Versicherte erreichbar ist. Die Telefonnummer, Name und Anschrift des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Versorgung bekannt zu geben.
- (5) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOKN auf Verlangen zu erbringen.
- (6) Es werden nur solche Produkte zur enteralen Ernährung abgegeben, die in die Leistungspflicht der GKV fallen. Sollen anderweitige Produkte abgegeben werden, so ist zuvor ein Kostenvoranschlag einzureichen.
- (7) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOKN kann nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (9) Die Versorgung des Versicherten ist unverzüglich nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer zu beginnen.
- (10) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels und Produkten nach § 31 SGB V an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbrin-

ger wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOKN ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.

- (11) Ärztliche Verordnungen, die die gemeinsame Verordnung von Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V enthalten, werden unbearbeitet zurückgewiesen.
- (12) Soweit eine Versorgung noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel und die verordneten Produkte nach § 31 SGB V 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. Das Eigentum an den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V geht mit der Abgabe an den Versicherten über.
- (13) 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.
- (14) Es ist unzulässig, andere als die erforderlichen und von der AOKN genehmigten Hilfsmittel und Produkte nach § 31 SGB V und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel und die Produkte nach § 31 SGB V zu liefern.
- (15) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (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 und PZN; die Abrechnungspositionsnummer und PZN ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben. Die Angabe der PZN ist nicht notwendig bei Verbandstoffen.
 - Menge (ggf. Stück)
 - Netto- und Bruttopreis je Abrechnungspositionsnummer
 - Versorgungszeitraum

- Lieferdatum sofern eine Lieferung vorab erfolgt ist
- (2) Die AOKN ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V für nicht in der Anlage 3 preislich geregelte Hilfsmittel und Produkte nach § 31 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungserbringer erfolgt nicht.
 - (3) Kostenvoranschläge können ebenfalls in elektronischer Form an die AOKN übermittelt werden.
 - (4) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOKN unbearbeitet an den Leistungserbringer zurück gesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. 1 genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 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 hat eine Versorgung aller Versicherten der AOKN sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
- (3) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der nach dieser Vereinbarung abgegebenen nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel, es sei denn, der Leistungserbringer trifft mit dem Versicherten im Sinne des § 9 Abs. 5 eine abweichende Vereinbarung. Bei Verlust oder Schäden des Hilfsmittels übernimmt die AOKN keine Haftung gegenüber dem Leistungserbringer.
- (4) 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 Versorgungsleistungen 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.

§ 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 und Produkte nach § 31 SGB V 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 schuldhaftige 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. 12 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 § 12 Abs. 1 vor.

§ 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) Ein Vergütungsanspruch, nach der in Anlage 3 geregelten Positionen mit der Vergütungsform Monatspauschale, des Leistungserbringers entsteht erstmalig ab dem Kalendermonat, in dem die Belieferung mit Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung beim Versicherten eingeht und die Versorgung sichergestellt ist. Der Anspruch auf Vergütung besteht nicht, sofern sich ein zu versorgender AOKN-Versicherter, bzw. durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigter, einen vollständigen Kalendermonat in stationärer Behandlung befindet. Wird der AOKN dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung des Pauschalbetrages für den betreffenden Kalendermonat erfolgen.
- (4) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß §§ 31 Abs. 3 und 31 Abs. 5 und § 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.
- (5) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 5 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 Versi-

cherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels und Produkte nach § 31 SGB V 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

Bestimmungen zur Rechnungslegung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet die aufgrund von ärztlichen Verordnungen erbrachten Leistungen mit dem von der AOKN benannten Abrechnungsstandort ab.
- (2) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOKN schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 6). 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) Die Abrechnung ist mit einer ärztlichen Verordnung bis auf Widerruf für längstens drei Monate möglich. Der Verordnungszeitraum ist vom verordnenden Arzt auf der Verordnung anzugeben. Werden für einen Verordnungszeitraum mehrere Abrechnungen vorgenommen, ist im ersten Abrechnungszeitraum die Verordnung im Original beizufügen. In den Folgemonaten ist der Abrechnung eine Kopie der ärztlichen Verordnung für den laufenden Verordnungszeitraum beizufügen.
- (4) Die Rechnungslegung sowie die Weiterleitung der Original-Verordnungsblätter erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 300 SGB V bis spätestens zum Ende des auf den Monat der Lieferung folgenden Quartals, an die von der AOK Niedersachsen benannte Stelle. Anderenfalls entfällt der Anspruch auf Bezahlung. Die Prüfung durch die AOK Niedersachsen kann auch im Nachgang erfolgen und in Folgemonaten beanstandet und verrechnet werden.
- (5) Der Leistungserbringer bzw. das von ihm beauftragte Rechenzentrum erstellt eine einheitliche Rechnung. Sammelrechnungen sind grundsätzlich erwünscht. Maßgeblich für die Rechnungslegung ist die von der AOK Niedersachsen benannte Stelle gemäß Kostenträgerstammdatei.
- (6) Die Original-Verordnungsblätter sind aufsteigend nach Belegnummern sortiert zur Verfügung zu stellen.
- (7) Die Rechnung eines Leistungserbringers enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben, bezogen auf die Summe der von dem Leistungserbringer insgesamt abgerechneten Verordnungsblätter:
 - a) Rechnungsnummer
 - b) Gesamtbetrag Brutto
 - c) Gesamtbetrag Zuzahlung
 - d) Gesamtbetrag Netto (Hilfsmittel sind separat auszuweisen)
 - e) Zahlbetrag
 - f) Gesamtanzahl Verordnungsblätter

- (8) Die Rechnung darf erst nach Leistungserbringung zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (9) Ein beauftragtes Rechenzentrum erstellt zusätzlich zur Rechnung nach Absatz 3 eine Sammelrechnung, welche die Gesamtzahl der abrechnenden Leistungserbringer und das Institutionskennzeichen des Rechenzentrums enthält, sowie eine Einzelrechnung je Leistungserbringer, die dessen Institutionskennzeichen enthält.
- (10) Der Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Ordnungsblattes entsteht, geht zu Lasten des Leistungserbringers. Abrechnungszentren sind darauf vor erstmaliger Abrechnung hinzuweisen.

Die Bestimmung gilt für folgende Felder des Ordnungsblattes:

- Apotheken-Nummer / IK
 - Zuzahlung
 - Gesamt-Brutto
 - Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nummer
 - Faktor
 - Taxe
 - Stempel der Apotheke / des Lieferanten
- (11) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 300 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistung entfällt.
 - (12) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung unabhängig von der erfolgten Genehmigung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

§ 11

Bestimmungen zur Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei den von der AOK Niedersachsen benannten Annahmestellen zu begleichen. Eingangstag der Rechnung, bis zum Entfallen der Übermittlung der Rechnungsunterlagen in Papierform, ist beginnend mit dem Vorliegen der Rechnungsunterlagen in Papierform bei
 - a) persönlicher Übergabe der Tag der Ablieferung,
 - b) Übersendung durch die Post der durch den Eingangsstempel des Empfängers ausgewiesene Tag.
- (2) Zu einem von den Vertragspartnern dieser Vereinbarung noch zu bestimmenden Zeitpunkt entfällt die Übermittlung der Rechnungsunterlagen in Papierform gemäß Absatz 1. Die Vertragspartner regeln in diesem Fall die organisatorischen Einzelheiten der Abrechnung auf Grundlage der RECP-Daten.

Die Zahlungsfrist beginnt erst nach Eingang der vollständigen Datensätze nach § 300 SGB V bei den von der AOK Niedersachsen benannten Annahmestellen.

- (3) Zahlungsbegründende Unterlagen sind parallel an die von der AOK Niedersachsen benannten Lagerungsstelle zu übersenden.
- (4) Die Rechnungen gelten als beglichen
 - a) bei Übergabe oder Übersendung von Zahlungsmitteln an den Empfänger mit dem Tage
 - b) der Übergabe oder der Absendung, im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit dem Tage der Hingabe des Auftrages an das Geldinstitut oder an die Post.
- (5) Zahlungen an die durch den Leistungserbringer mit der Rezeptabrechnung beauftragte Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer haftet für Fehlverhalten der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle im gleichen Umfang wie für einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Forderungen des Leistungserbringers an die AOK Niedersachsen dürfen nur an eine Abrechnungsstelle abgetreten werden.
- (6) Alle Zahlungen an ein Rechenzentrum erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen bzw. Beanstandungen des Kostenträgers aus der bisherigen Abrechnung werden mit dem Rechenzentrum bei der nächsten Abrechnung verrechnet.

§ 12

Rechnungs- und Taxberichtigung

- (1) Sachliche und rechnerische Berichtigungen der Rechnungen, Taxbeanstandungen aufgrund der Datenlieferungen nach § 300 SGB V sowie sonstige Beanstandungen sind innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter möglich. Taxbeanstandungen sind gegenüber dem Abrechner (zur Weiterleitung an den Leistungserbringer) geltend zu machen, es sei denn der Fehler ist eindeutig einem Abrechnungszentrum zuzuordnen. Geeignete Beweismittel (z. B. Verordnungsblätter, Fotokopien, Print-Images) sind beizufügen. Die Geltendmachung erfolgt im Regelfall durch sofortige Verrechnung mit der nächstfolgenden Rechnung des Leistungserbringers oder seiner Abrechnungserstelle. Ist dies nicht möglich, ergeht ein Forderungsschreiben direkt an den Leistungserbringer.
- (2) Einwendungen der Abrechnungserstelle bzw. des Leistungserbringers gegen Beanstandungen der AOK Niedersachsen sind unter Angabe der Gründe schriftlich innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der Abrechnungsstelle (Rechnungssteller) gegenüber der AOK Niedersachsen zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt. Die Beanstandung gilt spätestens drei Tage nach Versand als zugestellt.
- (3) Die Prüfung des Einspruches hat innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK Niedersachsen zu erfolgen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme der AOK Niedersachsen gegenüber dem Leistungserbringer gilt der Einspruch als anerkannt. Bei Einspruchsanerkennung erfolgt eine Gutschrift bei der nächsten Abrechnung.

§ 13

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 AOKN unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 14

Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V 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. § 15).

- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung und Produkte nach § 31 SGB V sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOKN oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 15

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 und Produkten nach § 31 SGB V 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 und Produkten nach § 31 SGB V, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V, 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 und Produkten nach § 31 SGB V, 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. 4.
 - Verstöße gegen die ordnungsgemäße Erbringung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

- die Abgabe von Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen entgegen § 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 und Produkten nach § 31 SGB V beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V gewähren,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V 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 § 12 bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOKN kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 15 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.

§ 16

Übergangsregelung

Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOKN auf Basis anderer Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel, Verbandstoffe sowie Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung versorgt, werden diese Fälle vollständig in die neu vereinbarte Vergütung nach Anlage 3 überführt ab dem der Vertrag in Kraft tritt. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer vor der Abgabe des Hilfsmittels und Produkten nach § 31 SGB V an den Versicherten keinen neuen Kostenvoranschlag bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen.

§ 17

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2019 in Kraft und gilt für alle Versorgungen ab diesem Zeitpunkt. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.09.2020, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (3) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (4) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (5) Sollte die AOKN zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung in diesem Vertrag vereinbarte Hilfsmittel und Produkte nach § 31 SGB V

im Sinne § 127 Abs. 1 SGB V (in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung) ausschreiben, gelten dieser Vertrag als auch die vereinbarten Konditionen hinsichtlich der ausgeschriebenen Produktbereiche als aufgehoben, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Aufhebung wirkt mit dem Tag, an dem der Ausschreibungsschreibungsgewinner zur Versorgung beauftragt ist. Mit gleichem Tag endet für den nach diesem Vertrag lieferberechtigten Leistungserbringer die Lieferberechtigung.

- (6) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOKN, die die Versorgung mit Hilfsmitteln und Produkten nach § 31 SGB V der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 18

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,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über seinen Sicherheitsbeauftragten etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden.
- 1.2 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.
- 1.3 Die Einhaltung der vorgenannten Aufgaben (z.B. die Dokumentation der Einweisung) ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.4 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 (Anlage 1, 3.3) 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.

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 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, z.B. 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 unverzüglich 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 der Hilfsmittel, Verbandstoffe sowie Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung durch.

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, die in diesem Vertrag geregelten Produkte 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
- Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen
- Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben

3.1.2 Die hilfsmittelbezogene Beratung im Sinne dieses Vertrages durch den Leistungserbringer kann auch prä- und/oder postoperativ und/oder im Rahmen des Überleitmanagements und/oder am Tag der Entlassung des Versicherten in den ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich (Heim) erfolgen. Sofern der Versicherte keine Beratung wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

3.1.3 Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung.

3.1.4 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel und Produkte nach § 31 SGB V 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 und 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 13 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 und Produkten nach § 31 SGB V ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel und Produk-

te nach § 31 SGB V erfolgt frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel und Produkte nach § 31 SGB V gewährleistet.

- 3.5 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 3.6 Die Versorgung im Rahmen der Nachlieferung ist grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden, spätestens innerhalb von 48 Stunden, nach Auftragserteilung sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.
- 3.7 Der Leistungserbringer gewährleistet die Bereitstellung einer Service-Nummer für telefonische Anfragen von Versicherten bzw. betreuenden Personen, Ärzten und der AOKN mindestens von Montag bis Freitag (außer an niedersächsischen Feiertagen) in der Zeit von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Die Nutzung darf im Vergleich zu normalen Ortsgesprächen keine Mehrkosten verursachen.

4. Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

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

Leistungsbeschreibung

1. Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör und Verbrauchsmaterial, und Produkten nach § 31 SGB V die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind.
- Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel frei Haus und Montage
- Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Verbrauchsmaterialien frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür
- Übernahme aller mit der Lieferung des Hilfsmittels und Produkten nach § 31 SGB V verbundenen Kosten, z.B. für den Versand, die Verpackung, Arbeitszeiten und Versicherungen
- Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie Sonden- und Trinknahrung, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf, ärztliche Sachkosten) durch die AOKN zu vergüten sind.
- Die Bereitstellung des Hilfsmittels während des gesamten Versorgungszeitraums umfasst auch:
 - Medizinisch notwendige Um- bzw. Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Produkttyp
 - Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallprodukten
- Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 6 Abs. 2

1.1 Enterale Nahrung

1.1.1 Sondennahrung

Für sämtliche Produkte der enteralen Ernährung, die über die Sonde zugeführt werden, unabhängig davon ob diese als Standard- oder Spezialnahrung gelten, gilt der nach Anlage 3 pauschalierte Betrag als festgelegt. Hiermit sind sämtliche im Zusammenhang stehenden Dienst- und Sachleistungen wie z. B. Lieferung, Beratung und Einweisung abgegolten.

1.1.2 Sondennahrung für Kinder und Jugendliche

Für sämtliche Produkte der enteralen Ernährung für Kinder und Jugendliche, die über die Sonde zugeführt werden, unabhängig davon ob diese als Standard- oder Spezialnahrung gelten, gilt der nach Anlage 3 pauschalierte Betrag als festgelegt. Hiermit sind sämtliche im Zusammenhang stehenden Dienst- und Sachleistungen wie z. B. Lieferung, Beratung und Einweisung abgegolten. Als Kind bzw. Jugendlicher gelten Versicherte der AOK Niedersachsen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

1.1.3 Trinknahrung

Für sämtliche Produkte der enteralen Ernährung, die oral zugeführt werden, unabhängig davon ob diese als Standard- oder Spezialnahrung gelten, erhält der Leistungserbringer pro Verpackungseinheit die in Anlage 3 vereinbarte Vergütung.

1.2 Verbandstoffpauschale

Sämtliche benötigten Verbandstoffe/Verband-Sets sind mit der in Anlage 3 vereinbarten Verbandstoffpauschale abgegolten.

1.3 Hilfsmittelbezogene Versorgung

1.3.1 Technikpauschale

Mit der in Anlage 3 vereinbarten pauschalierten Vergütung der Technikpauschale sind sämtliche notwendigen Hilfsmittel inkl. Zubehör abgegolten. Hierzu zählen unter anderem:

- Überleitsysteme für Schwkraftsystem und Pumpe,
- Applikationshilfen,
- Reparatursets,
- Pumpe für enterale Ernährung,
- Infusionsständer

Sofern eine Versorgung ohne Überleitsysteme (Bolusgaben) erfolgt, ist die Abrechnung der Technikpauschale nicht zulässig. Die für eine solche Versorgung notwendigen Produkte (insbesondere Spritzen und Adapter) können unter Angabe der Pharmazentralnummer und der gültigen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer zum Apothekeneinkaufspreis zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer ggü. der AOK Niedersachsen abgerechnet werden.

Im Ausnahmefall und soweit medizinisch indiziert und ärztlich verordnet, können Ernährungssonden und Sicherheitsverbinder nach Punkt 1.3.3 außerhalb der Pauschale zu den in Anlage 3 vereinbarten Konditionen abgerechnet werden.

1.3.2 Technikpauschale für Kinder und Jugendliche

Mit der in Anlage 3 vereinbarten Technikpauschale für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gilt ebenfalls der unter Punkt 1.3.1 genannte Leistungsumfang. Als Kind bzw. Jugendlicher gelten Versicherte der AOK Niedersachsen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Sofern eine Versorgung ausschließlich über Spritzen (Bolusgaben) erfolgt, ist die Abrechnung der Technikpauschale nicht zulässig. Die für eine solche Versorgung notwendigen Produkte können unter Angabe der Pharmazentralnummer und der gültigen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer zum Apothekeneinkaufspreis zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer ggü. der AOK Niedersachsen abgerechnet werden.

1.3.3 Ernährungssonden

Im Ausnahmefall und soweit medizinisch indiziert und ärztlich verordnet, können Ernährungssonden und Sicherheitsverbinder außerhalb der Pauschale zu den in Anlage 3 vereinbarten Konditionen abgerechnet werden.

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

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
 - Medizinisch-technischer Notdienst
 - Versicherungen gemäß § 7
 - Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1

4. Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren

- Der Anhang 1 dieser Anlage 2 beinhaltet Hinweise zu notwendigen Angaben und Anlagen zum Kostenvoranschlag bzw. zur Abrechnung.
- Die AOKN verzichtet bei Versorgungsleistungen, abweichend von § 4 Abs. 10, bis auf Widerruf auf eine Genehmigung.

5. Versorgungszeitraum

Die Versorgung erfolgt jeweils in Versorgungszeiträumen von einem Kalendermonat. Der Leistungserbringer stellt der AOKN die gelieferte Leistung einmal monatlich in Rechnung.

6. Hinweise zur Abrechnung der erbrachten Leistungen

Im Rahmen der Abrechnung sind folgende Regelungen zu beachten:

- Es liegt eine ärztliche Verordnung vor. Die ärztliche Verordnung umfasst den Versorgungszeitraum. In diesem Zeitraum ist der Leistungserbringer befugt, auf Grundlage der ärztlichen Verordnung mit der AOKN abzurechnen. Eine Abrechnung der erbrachten Leistung kann mit einer Verordnung längstens für 3 Monate erfolgen.
- Die medizinische Notwendigkeit für mindestens eine Lieferung im jeweiligen Versorgungszeitraum ist gegeben.
- 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 des Vertrages (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 Leis-

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung nach § 127 Abs. 1 SGB V

Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer ausreichend. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 6 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOKN vorgelegt werden können.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2020, schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

PZN / Pseudo PZN	Bezeichnung	Art / Zeitraum der Pauschale	Genehmigungspflicht nach § 4 Abs. 9	Gültigkeit der ärztlichen Verordnung	Der Abrechnung sind beizufügen:	
					Ärztliche Verordnung	Empfangsbestätigung ¹
PZN lt. Anbieter	Monatspauschale Sondennahrung	1 Kalendermonat	nein	3 Monate	ja	nein
PZN lt. Anbieter	Monatspauschale Sondennahrung für Kinder und Jugendliche	1 Kalendermonat	nein	3 Monate	ja	nein
PZN lt. Anbieter	Trinknahrung	Je Einzelversorgung	nein	3 Monate	ja	nein
02566852	Monatspauschale Verbandstoffe	1 Kalendermonat	nein	3 Monate	ja	nein
02566846	Monatspauschale Technik	1 Kalendermonat	nein	3 Monate	ja	nein
02566846	Monatspauschale Technik für Kinder und Jugendliche	1 Kalendermonat	nein	3 Monate	ja	nein
PZN lt. Anbieter	Ernährungs sonden, Sicherheitsverbinder	Je Einzelverordnung	nein	Einmalig	ja	nein
PZN lt. Anbieter	Produkte für Bolusgaben	Erstversorgung / Je Einzelverordnung	nein	3 Monate	ja	nein
		Folgeversorgung / Je Einzelverordnung	nein			

¹Empfangsbestätigungen sind gemäß Anlage 2 Nr. 6 der AOKN nur auf Verlangen vorzulegen.

Anlage 3: Vergütung

AC/TK 1x 07 C91

PZN / Pseudo PZN	Bezeichnung	Höchstpreis in EUR (netto)
PZN lt. Anbieter	Monatspauschale Sondennahrung	189,00
PZN lt. Anbieter	Monatspauschale Sondennahrung für Kinder und Jugendliche	210,00
PZN lt. Anbieter	Trinknahrung	AEP - 10 %
02566852	Monatspauschale Verbandstoffe	15,00
02566846	Monatspauschale Technik	120,00
02566846	Monatspauschale Technik für Kinder und Jugendliche	125,00
PZN lt. Anbieter	Ernährungs sonden und Sicherheitsverbinder	AEP - 5 %
PZN lt. Anbieter	Produkte für Bolusgaben	AEP

Die in dieser Anlage geregelten Höchstpreise verstehen sich zzgl. des zum Leistungszeitpunkt gültigen Mehrwertsteuersatzes.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2020, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 4: Versicherteninformation bei Technikpauschale

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 zählen 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,
- den Leistungserbringer bei der Durchführung seiner Aufgaben zu unterstützen.

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 §§ 31 Abs. 3 und 31 Abs. 5 und § 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: Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

1. Vom Leistungserbringer wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten angeboten, welche dem medizinisch Notwendigen entspricht.
2. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht.

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

(Bezeichnung, Modell/Artikel/Charge, Hersteller)

3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____, _____ EUR trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können (z.B. Ersatzbeschaffung).
4. Die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel ergeben sich aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

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: 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 Hilfsmitteln, Verbandstoffen sowie Sonden- und Trinknahrung bei enteraler Ernährung 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 Versorgungsleistungen 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 und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers