

Anlage 5

**zum Rahmenvertrag zur Hilfsmittelversorgung
nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V
in Verbindung mit § 78 Abs. 1 SGB XI**

Produktgruppe 50 (Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege)

- Anlage 5.50.1 Leistungsbeschreibung
 - Anhang 1 Versichertenerklärung
 - Anhang 2 Rückholmeldung
 - Anhang 3 detaillierte Produktbeschreibung
 - Anhang 4 Beitritts-/Anerkennungserklärung
 - Anhang 5 Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung
 - Anhang 6 Erklärung zur Anwendbarkeit des Hilfsmittelvertrages

- Anlage 5.50.2 Preisvereinbarung

Anlage 5.50.1

– Leistungsbeschreibung für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege –

**zum Rahmenvertrag zur Hilfsmittelversorgung
gemäß § 127 Abs. 1 und 2 SGB V in Verbindung mit § 78 SGB XI**

zwischen

Vertragspartner

(nachfolgend „Vertragspartner“ genannt)

und

der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
in Düsseldorf
- vertreten durch den Vorstand -

(nachfolgend „AOK“ genannt)

Leistungserbringergruppenschlüssel - AC/TK: 15 20 W50

Inhaltsverzeichnis

	Seite
 I. Grundsätze der Leistungserbringung	
<u>§ 1</u> Gegenstand, Leistungsstandards, Versorgungsgrundsätze	4
<u>§ 2</u> Qualitätsanforderungen und Leistungsmerkmale	5
<u>§ 3</u> Anforderungen an das Personal	6
<u>§ 4</u> Produkthanforderungen	7
<u>§ 5</u> Versorgungsart	7
<u>§ 6</u> Anforderungen an die Dokumentation	7
<u>§ 7</u> Anforderungen an die Anpassung und Lieferung	8
<u>§ 8</u> Rückholung von Hilfsmitteln	9
 II. Produktgruppenspezifische Regelungen zur Leistungserbringung	
<u>§ 9</u> Verfahren bei Kauf/Wiedereinsatz und Rückholung	10
<u>§ 10</u> Verfahren bei Versorgungspauschalen/Miete und Rückholung	13
<u>§ 11</u> Beratungsintervalle und Inhalte	16
<u>§ 12</u> Ergänzende Angaben zur Qualitätssicherung	16
 III. Abrechnungs- und Verfahrensgrundsätze/Salvatorische Klausel	
<u>§ 13</u> Zahlungsbegründende Unterlagen/Abrechnung	16
<u>§ 14</u> Garantie, Gewährleistung, Haftung, Ersatzvornahme, Schadensersatz	18
<u>§ 15</u> Sicherungssysteme	19
<u>§ 16</u> Laufzeit/Kündigung	20
<u>§ 17</u> Salvatorische Klausel	21
Begleitdokumente (Anhänge)	

I. Grundsätze der Leistungserbringung

§ 1

Gegenstand, Leistungsstandards, Versorgungsgrundsätze

(1) Gegenstand

Gegenstand dieser Leistungsbeschreibung ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten während der Mitgliedschaft bei der AOK mit den in Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung aufgeführten Pflegehilfsmitteln. § 10 des Rahmenvertrages gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die gesetzlichen Vorschriften des SGB XI anzuwenden sind.

Sofern der GKV-Spitzenverband mit dem Leistungserbringer wirksame Vereinbarungen über Leistungen trifft, die Gegenstand auch dieser Leistungsbeschreibung sind, sind die Vereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband vorrangig mit Inkrafttreten von den Partnern dieses Vertrages anzuwenden.

(2) Versicherte/betreuende Personen

Sofern der Versicherte zu einer Selbstversorgung nicht in der Lage ist, ist die betreuende Person ersatzweise in den Versorgungsablauf nach näherer Bestimmung der nachfolgenden Regelungen einzubeziehen. Zu den Personengruppen nach Satz 1 zählen insbesondere Ehegatten, gesetzliche Vertreter und bestellte Betreuer sowie bevollmächtigte Personen (nachfolgend nur Versicherter genannt).

(3) Verordnung

Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Versorgung der Versicherten mit den in Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung ausgeführten Pflegehilfsmitteln nicht erforderlich.

(4) Leistungsstandards

Für die Erbringung und Abrechnung der hier geregelten Versorgung sind zwingend die Präqualifizierungsnachweise für die einzusetzende(n) Produktgruppe(n) (siehe Abs. 1) und die zusätzlich geforderten Qualitätsmerkmale (siehe produktspezifische Preisvereinbarung) durchgängig erforderlich und nachzuweisen.

Zur fachgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung des Versicherten gehören auch die damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Anpassung sowie eine umfassende Einweisung und Nachbetreuung der Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch der Pflegehilfsmittel. Im Rahmen der fachgerechten Versorgung wird sich der Leistungserbringer an bestehenden Versorgungsleitlinien anerkannter Fachgesellschaften (wie z. B. der AWMF) orientieren.

(5) Versorgungsgrundsätze

- a) Bei der Versorgung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittelrichtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V stets anzuwenden.
- b) Der Leistungserbringer hat die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Anpassung und Abgabe gemäß §§ 126 Abs. 1 Satz 2, 126 Abs. 1 a SGB V der in Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung ausgeführten Pflegehilfsmitteln zu erfüllen. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V einzuhalten.
- c) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, einen Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung der Versorgung nach dem Muster des Anhangs 5 dieser Leistungsbeschreibung mit der Auslieferung des Pflegehilfsmittels an den Versicherten oder eine von ihm beauftragte Person auszuhändigen. Die AOK ist jederzeit berechtigt, die Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- d) Die Versorgung erfolgt auf Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der §§ 29, 40, 78 SGB XI in Verbindung mit §§ 70, 135 a und 139 SGB V.
- e) Soweit nicht anders bestimmt, hat der Leistungserbringer die Voraussetzungen und Leistungsmerkmale nach näherer Bestimmung dieser Anlage während der gesamten Vertragslaufzeit zu erfüllen.
- f) Die Zuzahlung der Versicherten für Produkte entsprechend Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung richtet sich nach den jeweils geltenden Bestimmungen des SGB XI in Verbindung mit SGB V (§ 40 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 5 SGB XI und §§ 33, 61 und 62 SGB V).
- g) Versicherte, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für Pflegehilfsmittel. Daher leistet die AOK einen Betrag in Höhe der Hälfte der jeweils vertraglich vereinbarten Preise entsprechend Anlage 5.50.2. Die andere Hälfte des Preises ist bei Leistungserbringung vom Versicherten zu entrichten. Der Leistungserbringer weist den Versicherten in diesem Zusammenhang auf seine Ansprüche gegenüber der Beihilfestelle hin.

§ 2

Qualitätsanforderungen und Leistungsmerkmale

(1) Telefonische/persönliche Erreichbarkeit und Notdienst

Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass an mindestens fünf Tagen (Werktagen) in der Woche die persönliche und telefonische Auskunft und Beratung der Versicherten

durch fachkompetentes Personal gewährleistet ist. Außerhalb der vorgenannten Erreichbarkeit wird durch einen Notdienst an 365 Tagen (24 Stunden) über eine Service-rufnummer zum ortsüblichen Tarif die notfallmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln nach dieser Anlage fachkompetent und aus Kundensicht (den medizinischen Anforderungen entsprechend) bedarfsgerecht sichergestellt.

(2) Personal

Das Personal verfügt über die in § 3 genannten Qualifikationen und Fortbildungen.

(3) Örtliche Beratung

Die Beratung durch den Leistungserbringer hat bei Bedarf des Versicherten auch in seinem Wohnumfeld bzw. an dem Ort, an dem das Pflegehilfsmittel üblicherweise eingesetzt oder genutzt wird, kostenfrei und zeitnah zu erfolgen.

(4) Geschlechterspezifische Beratung

Die Beratung hat auf Wunsch des Versicherten geschlechterspezifisch stattzufinden.

(5) Beratungsgrundsätze zur Auswahl des Pflegehilfsmittels

In die Beratung zur Auswahl des Pflegehilfsmittels sind insbesondere die nachfolgenden Aspekte patientenindividuell einzubeziehen:

- a) Ganzheitliche Betrachtung der aktuellen Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung und deren Interaktion mit weiteren bestehenden oder absehbar erforderlichen Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgungen,
- b) Möglichkeit der eigenständigen Handhabung des Pflegehilfsmittels unter Berücksichtigung eventueller körperlicher oder geistiger Einschränkungen, besonders bezogen auf die Indikation und die individuellen Voraussetzungen des Versicherten,
- c) Einweisung des Versicherten in Handhabung, Gebrauch und gegebenenfalls Instandhaltung des Pflegehilfsmittels,
- d) Hinweise an den Versicherten zum Service, zur Garantie und zu den Eigentumsverhältnissen am Pflegehilfsmittel.

§ 3

Anforderungen an das Personal

Der Leistungserbringer hat stets zu gewährleisten, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z. B. die pflegehilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung etc., ausschließlich Mitarbeiter eingesetzt werden, die insbesondere für diese Versorgung jeweils ausreichende Kenntnisse in den Bereichen Medizinproduktegesetz (MPG), Hilfsmittelrichtlinien, Leitlinien, Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP-Standard) und Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand besitzen.

§ 4 Produktanforderungen

(1) Anforderungen an die Pflegehilfsmittel

Der Leistungserbringer liefert vorrangig Pflegehilfsmittel, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 Abs. 2 SGB XI in Verbindung mit § 139 SGB V gelistet sind. Im Übrigen gilt § 1 Abs. 5 Buchst. c) entsprechend. Nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben in Qualität und Ausführung den Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) zu entsprechen sowie die im Pflegehilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards mindestens zu erfüllen. Nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte sind generell genehmigungspflichtig und können ausschließlich im Rahmen eines Kostenvoranschlagsverfahrens beantragt werden.

(2) Herstellerunabhängigkeit

Sofern dies zur Gewährleistung der individuell erforderlichen Versorgung des Versicherten notwendig ist, muss ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz sichergestellt sein.

(3) Versandlieferung

Die Belieferung von Pflegehilfsmitteln der Produktgruppe 50 durch Versand ist grundsätzlich nicht zulässig. Ein Versand ist nur möglich, wenn keine Beratung, Einweisung oder Anpassung erforderlich ist.

(4) Unzulässigkeit von Kinderarbeit

Produkte, die durch Kinderarbeit gefertigt wurden, dürfen zur Versorgung von Versicherten der AOK generell nicht eingesetzt werden (Gemeinsamer Runderlass MWEBWV, MGEPA Übergangsregelungen TVgG NRW, BGBl. 2001 II S. 1291). Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen darüber, dass die Herstellerangaben hierzu bei der Produktauswahl zu berücksichtigen sind.

§ 5 Versorgungsart

Die AOK entscheidet über die Art (Kauf, Miete, Pauschale oder Wiedereinsatz) der Versorgung nach dieser Anlage.

§ 6 Anforderungen an die Dokumentation

Bei der Abgabe und Versorgung mit Pflegehilfsmitteln hat der Leistungserbringer eigenverantwortlich für jede Versorgung eines Versicherten eine Dokumentation zu führen, die den Anforderungen des MPG, der Hilfsmittelrichtlinien und den gesetzlichen Grundlagen entspricht.

Im Übrigen sind der Inhalt und die Form der Dokumentation durch den Leistungserbringer frei gestaltbar. Der Leistungserbringer stellt jedoch sicher, dass aus der Dokumentation alle Leistungsdaten transparent und nachvollziehbar ersichtlich sind und sich inhaltlich an allgemein anerkannten Versorgungsschecklisten orientieren.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die vorgenannten Dokumentationen lückenlos und prüffähig pro Versorgungsfall vorzuhalten und der AOK auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Der Leistungserbringer hat diese Dokumentation nach Ablauf der Versorgung mindestens zwei Jahre aufzubewahren. Hiervon abweichende Fristen können im produktspezifischen Teil II dieser Leistungsbeschreibung vereinbart werden. Die Digitalisierung zur Speicherung der Dokumentation ist zulässig.

§ 7

Anforderungen an die Anpassung und Lieferung

(1) Lieferung/Frist

Die Auslieferung der Pflegehilfsmittel ist grundsätzlich ohne Verzögerung am Tag der Auftragserteilung durch die AOK auszuführen, soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Ist die Auslieferung am gleichen Tag jedoch nicht zwingend notwendig, kann in Abstimmung mit dem Pflegebedürftigen die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen.

Sollte der Leistungserbringer dies nicht sicherstellen können, hat der Leistungserbringer den Versicherten unverzüglich über die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Leistungserbringer zu informieren (Wahlfreiheit des Versicherten). Alternativ kann der erstgewählte Leistungserbringer die begonnene Versorgung auch binnen weiterer 10 Werktagen zu Ende führen, wenn er bis zur abschließenden Versorgung sicherstellt, dass der Versicherte mit einer Übergangsversorgung im Sinne des Abs. 2 ausreichend versorgt ist. In beiden Fällen hat der erstgewählte Leistungserbringer etwaige Mehrkosten selbst zu tragen.

Abweichende Lieferfristen können sich aus dem produktspezifischen Teil II dieser Vereinbarung ergeben.

(2) Übergangsversorgung

Bei einer Übergangsversorgung hat der Leistungserbringer dem Versicherten ein für die Pflegesituation/das Krankheitsbild/die Behinderung geeignetes Interims-Pflegehilfsmittel (kein individuelles Pflegehilfsmittel/Sonderbau) kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Satz 1 gilt nur, wenn eine Auslieferung nach der Genehmigung nicht innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist möglich ist sowie während der Reparatur. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Versicherten, kann mit der AOK eine abweichende Regelung vereinbart werden. Kann der Leistungserbringer diese Interimsversorgung nicht in angemessener Art und Weise sicherstellen, so sind mit der AOK unverzüglich Absprachen zur weiteren Versorgung des Versicherten abzustimmen.

(3) Herstellervorgaben

Der Leistungserbringer hat die Herstellervorgaben, insbesondere bezogen auf die korrekte Handhabung des Pflegehilfsmittels, die Anwendungsbereiche und die fachgerechte Lagerung einzuhalten und diese dem Versicherten zu erläutern.

(4) Information und Terminabsprache

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über alle für ihn wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine zur Anpassung oder Auslieferung sind rechtzeitig im Vorfeld mit dem Versicherten abzustimmen. Hausbesuche werden ausschließlich nach vorheriger Anmeldung und im Einverständnis des Versicherten durchgeführt. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten seines Ansprechpartners in schriftlicher Form.

(5) Gebrauchsanweisung

Die Gebrauchsanweisungen für Pflegehilfsmittel sind grundsätzlich in deutscher Sprache beizufügen.

(6) Wohnortwechsel der Versicherten

Grundsätzlich hat der Leistungserbringer auch bei einem Wohnortwechsel die Versorgung des Versicherten sicherzustellen. Sofern der Leistungserbringer die Versorgung nach Satz 1 nicht selbst sicherstellen kann, informiert dieser die AOK unverzüglich und stimmt die weitere Versorgung des Versicherten mit der AOK und dem Versicherten ab. Kosten im Rahmen eines privaten Umzuges können nicht übernommen werden.

§ 8 Rückholung von Pflegehilfsmitteln

(1) Rückholauftrag

Der Leistungserbringer wird nach schriftlicher Auftragserteilung durch die AOK unverzüglich Kontakt mit dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen aufnehmen, um die zügige Rückholung der Pflegehilfsmittel zu vereinbaren.

Das Gleiche gilt, wenn der Versicherte einen Rückholauftrag erteilt, in diesem Falle ist die AOK durch den Leistungserbringer zu informieren.

Näheres regelt der produktspezifische Teil II dieser Leistungsbeschreibung.

(2) Kosten der Rückholung

Die Aufwendungen einer Rückholung sind mit den vertraglich vereinbarten Vergütungen (Pauschalen) abgegolten und dürfen dem Versicherten oder der AOK nicht gesondert in Rechnung gestellt werden. Bei Pflegehilfsmitteln, die sich im Kauf/Wiedereinsatz befinden, sind die anfallenden Kosten dem neu zu versorgenden Versicherten zuzuordnen.

II. Produktgruppenspezifische Regelungen zur Leistungserbringung

Die nachstehenden Bestimmungen regeln das Verfahren der Anschaffung, Einlagerung, des Wiedereinsatzes, der Pflege und der Instandsetzung von Pflegehilfsmitteln. Ein Wiedereinsatz ist immer vorrangig vor dem Kauf.

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in der Produktgruppe 50 hat die Bestätigung des Empfangs des Pflegehilfsmittels durch den Versicherten immer schriftlich zu erfolgen (siehe § 13 Abs. 2).

§ 9

Verfahren bei Kauf/Wiedereinsatz und Rückholung

(1) Versorgungsablauf allgemein

- a) Der Leistungserbringer erstellt für die geplante Pflegehilfsmittelversorgung des Versicherten einen Kostenvoranschlag. Der Kostenvoranschlag wird unverzüglich nach dem Kundenkontakt, der Erstellung des Versorgungskonzeptes und ggf.. notwendiger abgeschlossener Erprobung der AOK zur Genehmigung vorgelegt. Die Belieferung des Versicherten mit dem beantragten Pflegehilfsmittel kann grundsätzlich erst nach erfolgter Genehmigung durchgeführt werden, sofern die AOK nicht auf die Genehmigung verzichtet hat. Der Versicherte der AOK darf bei einer nicht erfolgten Genehmigung nicht mit den Kosten belastet werden. Dies gilt auch bei Lieferungen in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen oder vergleichbaren Einrichtungen. § 10 des Rahmenvertrages gilt entsprechend.
- b) Bei zum Wiedereinsatz geeigneten Pflegehilfsmitteln wird die AOK beim Kauf Eigentümer. Der Leistungserbringer hat das Eigentum der AOK durch die Vergabe einer Inventarisierungsnummer (Absatz 2) auf dem Hilfsmittel an einer unauffälligen Stelle zu dokumentieren. Bei allen anderen nicht zum Wiedereinsatz geeigneten Hilfsmitteln überträgt der Leistungserbringer das Eigentum an den Versicherten.
- c) Stellt der Leistungserbringer bei der Versorgung oder bei einem späteren Kontakt mit dem Versicherten fest, dass die vorgefundene Versorgungssituation mit Pflegehilfsmitteln nicht mehr dem Bedarf des Versicherten oder den gesetzlichen Vorgaben entspricht, hat er die AOK unverzüglich hierüber schriftlich zu informieren. Dies gilt insbesondere, wenn die bestehende Situation ein Risiko für den Versicherten darstellt.

(2) Versorgungsablauf bei Neuversorgung

- a) Alle gekauften und zum Wiedereinsatz geeigneten Pflegehilfsmittel werden im Poolsystem der AOK erfasst. Zu- und Abgänge sind von den Leistungserbringern unverzüglich der AOK per Fax-Vordruck (Rückholmeldung, siehe Anhang 2) zu melden.
- b) Die Auslieferung bzw. der Wiedereinsatz des Pflegehilfsmittels ohne Inventarisierungsnummer ist unzulässig. Das Pflegehilfsmittel trägt die Inventarisierungsnummer vom Tage der erstmaligen Erfassung bis zur Aussonderung.

Die Belieferung aus Beständen der AOK (Hilfsmittelpool) hat grundsätzlich Vorrang vor der Abgabe neuer Pflegehilfsmittel. Vor Beginn jeder Versorgung prüft die AOK, ob ein geeignetes gebrauchtes Pflegehilfsmittel eingelagert ist, das sofort oder nach Umrüstung abgegeben werden kann. Nur wenn eine Versorgung aus den Beständen der AOK nicht möglich ist, kann eine Neuversorgung durchgeführt werden.

- c) Die AOK ist berechtigt, jede Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form zu überprüfen oder durch Dritte prüfen zu lassen.
- d) Der Kostenvoranschlag muss neben dem IK des Leistungserbringers folgende Angaben enthalten:
 - Korrekte Pflegehilfsmittelverzeichnisnummer (10-stellig)
 - Artikelnummer oder Seriennummer des Herstellers (falls vorhanden)
 - genaue Produktbeschreibung
 - Zubehör
 - Preis für das Pflegehilfsmittel und das Zubehör getrennt
 - Inventarisierungsnummer (bei Wiedereinsatz)
- e) Kostenvoranschläge für Reparaturen, Wartungen oder Wiedereinsätze und Rechnungen ohne Inventarisierungsnummer werden von der AOK nicht bearbeitet und an den Leistungserbringer zurückgesandt.
- f) Der in der produktspezifischen Preisvereinbarung 5.50.2 vereinbarte Kaufpreis/Preis für den Wiedereinsatz schließt sämtliche Dienstleistungen (z. B. Information und Beratung, Einweisung, Reinigung, Desinfektion, Lieferung, Montage, Erprobung, Übergangsversorgung, Einlagerung) ein.
- g) Wünscht der Versicherte eine das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigende Versorgung, so trägt er die Mehrkosten. Dies gilt auch für den Reparaturkostenanteil an der höherwertigen Versorgung.

(3) Wiedereinsatz

- a) Hat die Prüfung der AOK ergeben, dass ein für den Wiedereinsatz geeignetes Pflegehilfsmittel vorhanden ist, wird dem Leistungserbringer die Inventarisierungsnummer und der Einlagerungsort des Pflegehilfsmittels schriftlich mitgeteilt.
- b) Das Pflegehilfsmittel ist vom Leistungserbringer kostenfrei am Einlagerungsort abzuholen. Bei Versand hat der einlagernde Leistungserbringer das Pflegehilfsmittel ohne Berechnung versandfähig zu verpacken. Die Kosten für den Versand trägt der anfordernde Leistungserbringer. Dieser bestimmt auch die Art und Weise des Versandweges.
- c) Der Versicherte ist nicht berechtigt vom Leistungserbringer die Abholung des Pflegehilfsmittels zu verlangen. Dies gilt nicht für den Fall des Todes des Versicherten. Wünscht der Versicherte die Abholung des Pflegehilfsmittels, informiert der Leistungserbringer die AOK unverzüglich über den Wunsch. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Abholung erst durchzuführen, wenn die AOK der Abholung zugestimmt hat.

- d) Die Auslagerung muss der abholende Leistungserbringer gegenüber dem einlagernden Leistungserbringer nach vorheriger Terminabsprache durch die Vorlage der Mitteilung nach Buchst. a) nachweisen. Der einlagernde Leistungserbringer hat die Herausgabe zu dokumentieren.
- e) Der Leistungserbringer hat einen Kostenvoranschlag zu erstellen. Dieser enthält auch die geplanten Zurüst-/Ersatzteile und Reparaturkosten. Im Übrigen sind mit denen in der produktspezifischen Preisvereinbarung 5.50.2 aufgeführten Wiedereinsatzpauschalen alle Kosten abgegolten, die bei der Versorgung mit einem dort genannten eingelagerten Pflegehilfsmittel entstehen. Neben der Wiedereinsatzpauschale kann eine Anfahrtspauschale nicht abgerechnet werden.
- f) Die Auslieferung des Pflegehilfsmittels an den Versicherten setzt zwingend eine Genehmigung durch die AOK voraus.
- g) Das Pflegehilfsmittel ist ggf. den pflegerischen individuellen Bedürfnissen anzupassen und danach unverzüglich an den Versicherten auszuliefern.
- h) Der Leistungserbringer gewährt für die reparierten und/oder ausgetauschten Teile eine umfassende Funktionsgarantie für die Dauer von zwei Monaten. Während dieses Zeitraumes sind keine verschleißbedingten Reparaturen zusätzlich mit der AOK abrechnungsfähig. Der Leistungserbringer prüft im Einzelfall die Verantwortlichkeit des Versicherten.
- i) Wenn aus der Sicht des Leistungserbringers gewichtige Gründe einem Wiedereinsatz im speziellen Einzelfall entgegenstehen, hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich darüber zu informieren. Ansonsten gelten die Regelungen des Abs. 2 entsprechend.

(4) Reparaturen

- a) Reparaturen können aufgrund eines genehmigten Kostenvoranschlages der AOK ausgeführt werden (Ausnahme: Notfallversorgungen).
- b) Können notwendige Reparaturen nicht unmittelbar ausgeführt werden, stellt der Leistungserbringer - soweit erforderlich - für die Dauer der Reparaturzeit ein in der Funktion ausreichendes Ersatzpflegehilfsmittel (kein individuelles Pflegehilfsmittel) aus seinem Bestand kostenfrei zur Verfügung. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Versicherten, kann mit der AOK eine abweichende Regelung vereinbart werden.
- c) Die Reparaturen müssen grundsätzlich in der eigenen Werkstatt durchgeführt werden. Entscheidet sich der Leistungserbringer aus Zweckmäßigkeitsgründen für eine Reparatur beim Hersteller oder einer Drittfirma, entstehen der AOK hierdurch keine zusätzlichen Kosten (z. B. Versandkosten). Eine Übernahme zusätzlicher Kosten (z. B. Versandkosten) durch die AOK ist nur möglich, soweit die Reparatur aufgrund von Produktbesonderheiten ausschließlich bei der Herstellerfirma durchgeführt werden kann. Hierfür ist der Leistungserbringer in jedem Einzelfall nachweispflichtig, wobei der Nachweis formlos in geeigneter Art und Weise zu erfolgen hat. Dies muss der Leistungserbringer im Rahmen eines Kostenvoranschlages beantragen.

(5) Rückholung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, nicht mehr benötigte Pflegehilfsmittel unverzüglich nach Beauftragung durch den Versicherten, der AOK oder ohne Auftrag bei Ersatzversorgung mit einem gleichartigen Pflegehilfsmittel kostenfrei abzuholen. Die AOK erteilt diesen Auftrag grundsätzlich demjenigen Leistungserbringer, der das Pflegehilfsmittel geliefert/wiedereingesetzt hat. In den Fällen der Versorgung durch mehrere Leistungserbringer erhält nur ein Leistungserbringer den gesamten Abholauftrag. Der Eigentümer des Pflegehilfsmittels wird von der AOK entsprechend benachrichtigt. Der Leistungserbringer vereinbart mit dem Versicherten einen Termin zur Rückholung. Erfährt der Leistungserbringer vom Versicherten oder einem Dritten, dass ein Pflegehilfsmittel nicht mehr erforderlich ist, so informiert der Leistungserbringer die AOK unverzüglich und holt das Pflegehilfsmittel nach deren Auftrag zurück. Eine Rückholung ist abweichend von Satz 6 auch ohne Auftragsbestätigung der AOK unverzüglich sicherzustellen, wenn der bisherige Nutzer verstorben ist. Die AOK klärt vorab gemeinsam mit dem Leistungserbringer, ob die Versorgung durch Rückholung beendet wird.

(6) Einlagerung

- a) Der Leistungserbringer lagert die gesäuberten und desinfizierten Pflegehilfsmittel, die sich im Eigentum der AOK befinden, kostenfrei ein und teilt der AOK die Einlagerung unverzüglich mit (Rückholmeldung, siehe Anhang 2).
- b) Notwendige Reparaturen an wiedereinzusetzenden Pflegehilfsmitteln werden bei der Einlagerung nicht durchgeführt. Sie sind auf der Rückholmeldung durch die Zustandsbeschreibung und die Angabe im Feld „Anmerkung“ zu beschreiben.

(7) Aussonderung

- a) Ist das Pflegehilfsmittel für eine Einlagerung nicht mehr geeignet, dokumentiert der Leistungserbringer dieses auf der Rückholmeldung und leitet diese unverzüglich an die AOK weiter. In jedem Fall schlägt der Leistungserbringer Pflegehilfsmittel, die seit 36 Monaten nicht wieder eingesetzt wurden, der AOK zur Aussonderung oder weiteren Verwendung vor.
- b) Die AOK teilt dem Leistungserbringer - ggf. nach gemeinsamer Prüfung des Pflegehilfsmittels - unverzüglich ihre Entscheidung über die weitere Verwendung des Pflegehilfsmittels mit. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, das Pflegehilfsmittel nach der Genehmigung der Aussonderung durch die AOK physisch zu verschrotten. Eine ggf. erforderliche Entsorgung wird vom Leistungserbringer kostenfrei durchgeführt.

§ 10

Verfahren bei Versorgungspauschalen/Miete und Rückholung

(1) Versorgungsablauf allgemein

- a) Der Leistungserbringer erstellt für die geplante Pflegehilfsmittelversorgung eines Versicherten einen Kostenvoranschlag. Der Kostenvoranschlag wird unverzüglich nach dem

Kundenkontakt, der Erstellung des Versorgungskonzeptes und ggf. notwendiger abgeschlossener Erprobung der AOK zur Genehmigung vorgelegt. Bei vereinbarten Versorgungspauschalen ist kein Wiedereinsatz nach § 9 Abs. 3 möglich. Der Kostenvorschlag muss neben dem IK des Leistungserbringers die korrekte Pflegehilfsmittelverzeichnisnummer (7-Steller) enthalten. Der korrekte 10-Steller ist bei der Rechnungslegung anzugeben.

- b) Die Belieferung des Versicherten mit dem beantragten Pflegehilfsmittel kann grundsätzlich erst nach erfolgter Genehmigung durchgeführt werden, sofern die AOK nicht auf die Genehmigungspflicht verzichtet hat. Der Versicherte der AOK darf bei einer nicht erfolgten Genehmigung nicht mit den Kosten belastet werden. Dies gilt auch bei Lieferungen in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen oder ähnlichen Einrichtungen. § 10 des Rahmenvertrages gilt entsprechend.
- c) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, das Eigentum an allen pauschal vergüteten oder vermieteten Pflegehilfsmitteln zu erwerben und während der gesamten Dauer aufrecht zu erhalten. Er verpflichtet sich auch, den Versicherten über sein Eigentum an dem jeweiligen Pflegehilfsmittel sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten zu informieren.
- d) Stellt der Leistungserbringer bei der Versorgung oder bei einem späteren Kontakt mit dem Versicherten fest, dass die vorgefundene Versorgungssituation nicht mehr dem Bedarf des Versicherten oder den gesetzlichen Vorgaben entspricht, hat er die AOK unverzüglich hierüber schriftlich zu informieren. Dies gilt insbesondere, wenn die bestehende Situation ein Risiko für den Versicherten darstellt.

(2) Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit

Der Leistungserbringer sichert die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Pflegehilfsmittel zu.

(3) Umfang der Leistungen

Die Versorgungspauschalen und Mieten beinhalten für den gesamten Versorgungszeitraum folgende Leistungen:

- a) Die Beratung des Versicherten und die Anpassung des Pflegehilfsmittels.
- b) Die Auslieferung in einem technischen, optischen und hygienisch einwandfreien Zustand sowie die Anleitung im Gebrauch.
- c) Wartungen, Funktionsprüfungen und sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach dem MPG und entsprechend der Herstellerangaben inkl. notwendiger Austausch- und Ersatzteile. Fällt eine vorzeitige STK auf Grund von Umständen (Umzug) die der Versicherte selbst zu vertreten hat an, so ist der Versicherte durch den Leistungserbringer im Vorfeld darüber zu informieren, dass diese Kosten nicht von der AOK übernommen werden. Kosten für Transport, Ab- und Aufbau des Hilfsmittels werden ebenfalls nicht von der AOK oder dem Leistungserbringer übernommen.

- d) Notdienste, Reparaturen, inkl. der Versorgung mit notwendigen Ersatzteilen. Sofern eine notwendige Reparatur eines Pflegehilfsmittels nicht unmittelbar durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer unverzüglich ein vergleichbares Ersatzpflegehilfsmittel kostenfrei zur Verfügung. Dies gilt auch für den Fall, dass die Verzögerung nicht von dem Leistungserbringer selbst zu vertreten ist. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Versicherten, kann mit der AOK eine abweichende Regelung vereinbart werden.
- e) Jegliche Kosten der Arbeitszeit, An- und Abfahrt sowie Fracht- und Verpackungskosten etc.
- f) Alle funktionsnotwendigen Zubehör- und Zurüstteile gemäß Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung einschließlich deren Montage.
- g) Notwendige Neuversorgungen innerhalb der gleichen Produktart während der Laufzeit der Pauschale.
- h) Der in der produktspezifischen Preisvereinbarung 5.50.2 vereinbarte Preis umfasst alle unter dem 7-Steller genannten Produkte. Die detaillierte Produktbeschreibung ist dem Anhang 3 dieser Leistungsbeschreibung zu entnehmen. Das gilt auch entsprechend für den Fall, dass diese Anlage durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen gemäß § 15 des Rahmenvertrages zur Hilfsmittelversorgung endet.

(4) Folgeversorgungspauschale

Im Anschluss an die Erstversorgung kann sich bei gleicher Versorgungsart eine Folgeversorgung anschließen. Zur Abrechnung der Folgeversorgungspauschale ist immer zwingend zu Beginn des neuen Versorgungszeitraumes die durch den Versicherten unterschriebene Erklärung gemäß Anhang 1 dieser Leistungsbeschreibung beizufügen. Bei bestehender Genehmigungspflicht kann der Kostenvoranschlag frühestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versorgungszeitraumes der AOK zur Genehmigung vorgelegt werden. Die AOK prüft dann, ob der Versicherte das Pflegehilfsmittel weiterhin benötigt. Ist die Verwendung des Pflegehilfsmittels weiterhin erforderlich, hat der Leistungserbringer für den folgenden vereinbarten Zeitraum Anspruch auf die in Anlage 5.50.2 dazu aufgeführte Vergütung. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen zu Beginn des Zeitraumes der Folgeversorgung vorliegen.

(5) Rückholung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, nicht mehr benötigte Pflegehilfsmittel unverzüglich nach Beauftragung durch den Versicherten, der AOK oder ohne Auftrag bei Ersatzversorgung mit einem gleichartigen Pflegehilfsmittel kostenfrei abzuholen. Die AOK erteilt diesen Auftrag grundsätzlich demjenigen Leistungserbringer, der das Pflegehilfsmittel geliefert/wiedereingesetzt hat. In den Fällen der Versorgung durch mehrere Leistungserbringer erhält nur ein Leistungserbringer den gesamten Abholauftrag. Der Eigentümer des Pflegehilfsmittels wird von der AOK entsprechend benachrichtigt. Der Leistungserbringer vereinbart mit dem Versicherten einen Termin zur Rückholung. Erfährt der Vertragspartner vom Versicherten oder einem Dritten, dass ein Pflegehilfsmittel nicht mehr erforderlich ist, so informiert der Leistungserbringer die AOK unverzüglich und holt

das Pflegehilfsmittel nach deren Auftrag zurück. Eine Rückholung ist abweichend von Satz 6 auch ohne Auftragsbestätigung der AOK unverzüglich sicherzustellen, wenn der bisherige Nutzer verstorben ist.

(6) Verlust eines Pflegehilfsmittels

Für den Verlust eines Pflegehilfsmittels haftet der Leistungserbringer bei Pauschalvergütungen, selbst dann, wenn sich das Pflegehilfsmittel beim Versicherten befindet. Im Übrigen gilt § 14 (vgl. unten). Der Leistungserbringer prüft im Einzelfall die Verantwortlichkeit des Versicherten.

(7) Kinderversorgungen

Versorgungen von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres sind von den Versorgungspauschalen ausgenommen, es sei denn, eine adäquate Versorgung mit einem Erwachsenenpflegehilfsmittel ist im Einzelfall bereits möglich.

§ 11

Beratungsintervalle und Inhalte

Die erforderlichen Beratungsintervalle und Inhalte richten sich nach dem MPG und § 6 dieser Anlage.

§ 12

Ergänzende Angaben zur Qualitätssicherung

- zur Zeit nicht belegt

III. Abrechnungs- und Verfahrensgrundsätze/Salvatorische Klausel

§ 13

Zahlungsbegründende Unterlagen/Abrechnung

(1) Grundsätze

Sofern die Leistungen im Rahmen der Pflegehilfsmittelversorgung in pauschaler Form vergütet werden, kann die Versorgungspauschale nur einmalig pro Versicherten und definierten Leistungszeitraum abgerechnet werden. Im Übrigen richten sich die Vergütungen nach den in der produktgruppenspezifischen Preisvereinbarung getroffenen Regelungen. § 10 Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Empfangsbestätigung

- a) Der Leistungserbringer hat sich die Inhalte gemäß § 11 Abs. 1 des Rahmenvertrages zur Hilfsmittelversorgung, insbesondere den Empfang und die Einweisung in den Gebrauch und Pflege des Pflegehilfsmittels sowie den Empfang der Bedienungsanleitung mit dem Empfangsdatum und der Unterschrift in geeigneter Form unter Wahrung des Schutzes der Sozialdaten und Datenschutzbestimmungen vom Versicherten bestätigen zu lassen.
- b) Sofern produktgruppenspezifisch vereinbart wurde, dass das betreffende Pflegehilfsmittel zum Versand geeignet ist, ist neben den erforderlichen Inhalten auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, Post, UPS, etc.) zulässig. Beim Versand von Pflegehilfsmitteln ist die Entgegennahme beim Versandunternehmen nachprüfbar zu quittieren.
- c) Im Einzelfall ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Empfangsbestätigung in Form der elektronischen Unterschrift beim Lieferunternehmen anzufordern und der AOK vorzulegen. Sofern der Leistungserbringer die Empfangsbestätigung grundsätzlich elektronisch durch den Versicherten unterschreiben lassen möchte, bedarf es jedenfalls der vorherigen ausdrücklichen Zustimmung der AOK. Hierbei ist der AOK durch den Leistungserbringer insbesondere nachzuweisen, dass die Unterschrift des Versicherten ausschließlich nur einmalig verwendet werden kann.
- d) Sofern eine gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 berechnete Person oder eine andere durch den Versicherten im Einzelfall beauftragte Person die Pflegehilfsmittellieferung quittiert, ist der Status der Person nachvollziehbar zu dokumentieren (Name, Verhältnis zum Versicherten). Eine Empfangsbestätigung durch den Leistungserbringer, sei es durch ihn selbst, seine Mitarbeiter oder Lieferanten sowie andere Personen (z. B. Pflegedienste), die an der Versorgung des Versicherten beteiligt sind, ist ausgeschlossen.

(3) Zahlungsbegründende Unterlagen

Zusätzlich zu den in der Anlage 2 des Rahmenvertrages zur Hilfsmittelversorgung genannten Rechnungsbestandteilen sind folgende Unterlagen der Abrechnung beizufügen:

- Empfangsbestätigung (nur Erstpauschale)
- Versichertenerklärung (bei Folgepauschalen)

(4) Besonderheiten bei Beendigung der Mitgliedschaft

- a) Wenn im Einzelfall eine Empfangsbestätigung nicht eingeholt werden kann, weil der Versicherte vor Auslieferung des Pflegehilfsmittels verstorben ist, kann der handwerkliche Aufwand an dem Pflegehilfsmittel auch ohne Empfangsbestätigung nach erfolgter Genehmigung durch die AOK abgerechnet werden. Bereits genehmigte Pflegehilfsmittel ohne handwerklichen Aufwand können nur abgerechnet werden, wenn das Pflegehilfsmittel nicht an den Hersteller zurückgegeben oder einem anderen Versicherten zugeführt werden kann.
- b) Versorgungspauschalen enden zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft.

(5) Genehmigung

Vor Beginn der Versorgung ist die Genehmigung der AOK einzuholen, es sei denn, dem Leistungserbringer liegt ein konkreter Auftrag der AOK vor. Der Leistungserbringer hat keinen Anspruch auf eine Auftragsvergabe. Satz 1 gilt nicht, soweit und solange die AOK auf die vorherige Genehmigung verzichtet hat. In Einzelfällen regelt die produkt-spezifische Preisvereinbarung die abweichende Genehmigungspflicht.

§ 14

Garantie, Gewährleistung, Haftung, Ersatzvornahme, Schadensersatz

(1) Garantie und Gewährleistung

Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Funktionsfähigkeit der Pflegehilfsmittel ab dem Tag der Auslieferung im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer gewährt, gelten bei Pflegehilfsmitteln im Kauf in gleicher Weise gegenüber der AOK und den Versicherten.

Bei Versorgungspauschalen hat der Leistungserbringer daneben für den gesamten Lieferzeitraum (LZ = Laufzeit in Monaten) eine umfassende Gewährleistung zu übernehmen.

(2) Haftung

Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch ausgelieferte Pflegehilfsmittel entstehen.

Schadensersatzansprüche bleiben durch diese Regelung unberührt. Der Leistungserbringer haftet anteilig in Höhe des durch sein Verschulden oder das Verschulden eines von ihm beauftragten Unterauftragnehmers sowie ggf. deren Unterauftragnehmer entstandenen Schadens.

Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen zu vertretenden Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verpflichtungen Verbindlichkeiten entstehen. Davon ausgenommen sind solche Schäden, die vom Versicherten grob fahrlässig oder vorsätzlich verursacht werden.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten.

(3) Ersatzvornahme, Schadensersatz

Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK - nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf dieser Frist - berechtigt, die begonnene Versorgung anderweitig zu

organisieren und durch einen anderen Leistungserbringer durchführen zu lassen. In diesem Fall verliert der erstversorgende Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch und hat überdies die daraus ggf. resultierenden Mehrkosten sowie mögliche Schäden auszugleichen. § 15 des Rahmenvertrages zur Hilfsmittelversorgung bleibt davon unberührt.

(4) Haftung bei Datenschutzverletzungen

Der Leistungserbringer haftet im Rahmen der maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) für Schäden, die infolge schuldhaften Verhaltens gegen die Datenschutzbestimmungen und gegen diese Datenschutzvereinbarung entstehen. Schadensersatzansprüche bleiben durch diese Regelung unberührt. Im Rahmen der Haftung der AOK auf Schadensersatz nach § 82 SGB X i. V. m. § 7 BDSG haftet der Leistungserbringer analog anteilig in Höhe des durch sein Verschulden oder das Verschulden eines von ihm beauftragten Unterauftragnehmers sowie ggf. deren Unterauftragnehmer entstandenen Schadens.

Der Leistungserbringer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben.

§ 15 Sicherungssysteme

(1) Versicherung

Zur Sicherung der Pflegehilfsmittel, die sich im Eigentum der AOK befinden und sich in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers befinden, schließt der Leistungserbringer eine Gebäudeinhaltsversicherung in angemessener Höhe ab. Die Versicherung ist vom Vertragspartner während der gesamten Laufzeit des Vertrages vollumfänglich aufrecht zu erhalten.

(2) Selbstschuldnerische Bürgschaft

Für die Sicherstellung der Dienst- und Serviceleistungen für den gesamten Versorgungspauschalenz Zeitraum ist durch den Leistungserbringer eine selbstschuldnerische Bürgschaft, in der die Einrede der Vorausklage und auf die Einrede der Anfechtbarkeit verzichtet wird, innerhalb von vier Wochen nach Unterzeichnung des Vertrages bei der AOK einzureichen. Legt der Leistungserbringer innerhalb einer weiteren von der AOK zu setzenden Frist die Bürgschaft nicht vor, ist die AOK berechtigt, den Vertrag außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemäß § 16 Abs. 2 zu kündigen.

In diesem Fall müssen alle bereits begonnenen Versorgungen bis zum Ende des nach diesem Vertrag für das jeweilige Pflegehilfsmittel vorgesehenen Leistungszeitraums wie vertraglich vereinbart erbracht werden.

Grundsätzlich soll der Höchstbetrag der Bürgschaft dem jeweiligen Leistungsumfang der einzelnen Leistungserbringer - bezogen auf den Versorgungsumfang der Versorgungspauschalen-Pflegehilfsmittel - im abgelaufenen Kalenderjahr entsprechen. Für den Fall, dass noch keine entsprechenden Daten vorliegen, verständigen sich die Beteiligten auf eine angemessene Bürgschaftssumme, die sich am vermutlichen Leistungsumfang orientiert.

Der im Rahmen des Vertrages durch die AOK zu ermittelnde Leistungsumfang kann sich gegenüber dem Vorjahr ändern. Verändert sich dieser durch die Bürgschaft abgesicherte Leistungsumsatz und Umfang der Verpflichtungen des Leistungserbringers um mehr als 10 v. H. nach oben oder unten gegenüber dem letzten Kalenderjahr, ist die Höchstbetragssumme der durch den Leistungserbringer zu überreichenden Bürgschaft entsprechend anzupassen, d. h. zu erhöhen oder herabzusetzen. Eine Anpassung der Höchstbetragssumme hat dann erstmals ein Jahr nach Abschluss des Vertragsverhältnisses zu erfolgen. Die AOK ist nicht verpflichtet, den Bürgen über den jeweiligen Stand der Hauptschuld zu unterrichten.

(3) Ausfallbürgschaft durch Verband

Für den Fall, dass ein Mitgliedsbetrieb eines Leistungserbringer-Verbandes bzw. seine Rechtsnachfolger, die ebenfalls Mitglied des Verbandes sind, wegen Geschäftsaufgabe, Insolvenz oder aus anderen Gründen und Leistungshindernissen seinen Verpflichtungen aus dem Vertrag nicht mehr nachkommen kann, verpflichtet sich der Verband gegenüber der AOK, für die mit der Auszahlung der Versorgungspauschale bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Mitgliedsbetriebes einzustehen.

Der Verband erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass eine oder mehrere ihrer Mitgliedsbetriebe die Versorgungsfälle des vom Leistungshindernis betroffenen Mitgliedsbetriebes übernimmt und diese bis zum Ende des Versorgungspauschalenzeitraumes ohne erneute Berechnung der Pauschale weiterführt. Die hier geregelte Ausfallhaftung ersetzt die Verpflichtung der Mitglieder zur selbstschuldnerischen Bürgschaft des Betriebsinhabers.

§ 16 Laufzeit/Kündigung

- (1) Die Anlage tritt am 01.04.2024 in Kraft.
- (2) Die Anlage kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Vertrages.
- (3) Mit Inkrafttreten dieser Anlage werden bisher bestehende Vertragsregelungen gegenstandslos.

- (4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Anlage bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.
- (5) Sofern sich aufgrund von Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 6 SGB V Änderungen ergeben, verständigen sich die Vertragspartner über die sich daraus auf diese Anlage ergebenden Auswirkungen und setzen diese schnellstmöglich um.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Anlage unwirksam, undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Abschluss unwirksam, undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der Anlage im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen, undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung beziehungsweise dem Sinn und Zweck der unwirksamen oder nichtigen oder undurchführbaren Bestimmungen möglichst nahekommt, die die Vertragspartner mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Vertragspartner

Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse -

Ort/Datum/Stempel/Unterschrift

Datum/Unterschrift

Begleitdokumente (Anhänge):

- Anhang 1 Versichertenerklärung
- Anhang 2 Rückholmeldung
- Anhang 3 Detaillierte Produktbeschreibung
- Anhang 4 Beitritts-/Anerkennungserklärung
- Anhang 5 Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung
- Anhang 6 Erklärung zur Anwendbarkeit des Hilfsmittelvertrages