

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 14 (Inhalations- und Atemtherapiegeräte) und 21 (Überwachungsgeräte)

zwischen der

**BKK vor Ort
Universitätsstraße 43
44789 Bochum
vertreten durch den Vorstand**

- im folgenden BKK vor Ort genannt –

und der

„Vertragspartner“

vertreten durch den Geschäftsführer

- im folgenden Vertragspartner genannt -

Vertragsnummer: 4000

Inhalt

<u>§ 1 Gegenstand und Ziel des Vertrages</u>	<u>4</u>
<u>§ 2 Teilnahmevoraussetzungen</u>	<u>4</u>
<u>§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung</u>	<u>5</u>
<u>§ 4 Art und Umfang der Leistungen</u>	<u>9</u>
<u>§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung</u>	<u>10</u>
<u>§ 6 Vergütungsregelungen</u>	<u>11</u>
<u>§ 7 Zuzahlungen / Mehrkosten</u>	<u>12</u>
<u>§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung</u>	<u>12</u>
<u>§ 9 Stellung von Sicherheiten bei Versorgungspauschalen</u>	<u>15</u>
<u>§ 10 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße</u>	<u>15</u>
<u>§ 11 Datenschutz</u>	<u>16</u>
<u>§ 12 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages</u>	<u>16</u>
<u>§ 13 Gerichtsstand</u>	<u>17</u>
<u>§ 14 Salvatorische Klausel</u>	<u>17</u>

Anlagen

Anlage 1	IK – Übersicht
Anlage 2	Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V
Anlage 3	Vereinbarungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln über Versorgungspauschalen
Anlage 4	Leihvertrag für Versorgungspauschalen
Anlage 5	Stellung von Sicherheiten bei Versorgungspauschalen
Anlage 6	Compliance- und Betriebsstundenermittlung bei Folgeversorgungspauschalen
Anlage 7a	Preisvereinbarung für Systeme zur Schlafapnoebehandlung
Anlage 7b	Preisvereinbarung für Beatmungsgeräte
Anlage 7c	Preisvereinbarung Inhaliergeräte für untere Atemwege
Anlage 7d	Preisvereinbarung für Sauerstofftherapiegeräte
Anlage 7e	Preisvereinbarung für Überwachungsgeräte

§ 1 Gegenstand und Ziel des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung, Beatmungsgeräten, Inhaliergeräten, Sauerstofftherapiegeräten und Überwachungsgeräten sowie die Beratung und Einweisung der Versicherten in den Gebrauch der Hilfsmittel auf der Grundlage einer Versorgungspauschale oder in den benannten Fällen auch über einen Kaufvertrag.
- (2) Ziel des Vertrages ist es durch eine koordinierte und optimierte Zusammenarbeit der am Versorgungsprozess Beteiligten - insbesondere von Versicherten / Betreuer, BKK vor Ort, Leistungserbringer und Pflegefachkräften - eine wirtschaftliche und zugleich qualitätsorientierte Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Die Optimierung und Anpassung von logistischen Abläufen, der Behandlungsplanung und der Versorgungsabläufe sollen neben den an der individuellen Versichertenversorgung ausgerichtete Dienstleistungen zur Zielerreichung beitragen.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V sowie nach § 127 Abs. 2 SGB V erfüllt haben und hierüber eine Bestätigung der BKK vor Ort über die Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen zu diesem Vertrag erhalten haben.
- (2) Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle nachzuweisen.
- (3) Die Hilfsmittelversorgung ist ausschließlich durch qualifiziertes Personal sicherzustellen. Die Qualifikationsnachweise des Fachpersonals sind mittels Kopien auf Anforderung der BKK vor Ort zu übermitteln (Zeugnisse, Arbeitszeugnisse, Weiterbildungsnachweise Medizinprodukteberater, usw.).

Der Vertragspartner ist verpflichtet entsprechend sicherzustellen, dass sich die Mitarbeiter durch regelmäßige Teilnahmen an Fortbildungsveranstaltungen den jeweils

neuesten Stand in der Hilfsmittelversorgung aneignen. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und auf Anforderung der BKK vor Ort nachzuweisen.

- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten grundsätzlich papierlos auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen.
- (5) Der Vertragspartner verfügt zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System. Die Zertifizierung kann nach den Normen DIN EN ISO 13485 oder DIN EN ISO 13488 i.V.m. DIN EN ISO 9000 und/oder DIN EN ISO 9001 erfolgen. Hierüber erfolgt bereits mit der Prüfung zur Erfüllung der Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme ein schriftlicher Nachweis. Der Vertragspartner reicht unaufgefordert die Nachweise über erfolgreiche Audits der BKK vor Ort ein.
- (6) Der Vertragspartner hat das Vorliegen sämtlicher Leistungsvoraussetzungen dieses Vertrages während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht mehr erfüllt werden, so hat der Vertragspartner die BKK vor Ort unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (7) Der Vertragspartner verfügt über einen 24 Stunden-Notdienst mit separater Notrufnummer und separatem Notrufanrufbeantworter. Notdienstnummern sind deutlich sichtbar an den Hilfsmitteln anzubringen.
- (8) Liegen die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag nicht mehr vor, dürfen keine Versorgung mehr nach diesem Vertrag vorgenommen werden.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGB V, § 70 SGB V und § 135a SGB V. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt be-

rücksichtigen. Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

- (2) Der Vertragspartner verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind.
- (3) Bei allen Gewährleistungsregelungen bleibt die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz und anderen Vorschriften unberührt.
- (4) Der Versicherte hat das Recht auf die freie Wahl unter den Vertragspartnern. Die BKK vor Ort ist berechtigt ihre Versicherten über die Vertragspartner, deren Leistungsfähigkeit und der beruflichen Qualifikation des eingesetzten Personals sowie die Wahlrechte zu informieren. Übt der Versicherte sein Wahlrecht nicht aus, wird der Versorgungsauftrag an einen der Vertragspartner dieses Vertrages gegeben. Dabei wird dem Grundsatz der wohnortnahen Versorgung gefolgt. Ein Anspruch auf Versorgungsaufträge durch den Vertragspartner kann aus diesem Vertrag nicht abgeleitet werden.
- (5) Die BKK vor Ort ist aus wichtigem Grund berechtigt, regional und temporär die Genehmigungspflicht, auch für einzelne Produktgruppen oder auch Hilfsmittel, aufzuheben oder später wieder einzuführen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Monat vor Umsetzung anzuzeigen.
- (6) Der Vertragspartner verzichtet darauf sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK vor Ort den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet.
- (7) Zusätzliche Vergütungen (z. B. „wirtschaftliche Aufzahlungen“) werden vom Versicherten für die vertragsgegenständlichen Leistungen grundsätzlich nicht gefordert und nicht erhoben. Hiermit sind nicht die gesetzlich geregelten Zuzahlungen gemeint. Wenn dem Versicherten im Rahmen des § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V Mehrkosten in Rechnung gestellt werden sollen, dann ist mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bei der BKK vor Ort die detaillierte Mehrkostenerklärung (Anlage 2) mit Beratungsprotokoll bei Folgeversorgungspauschalen und Auflistung der vom Versicherten gewünschten Produkte einzureichen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet.

- (8) Der Kostenvoranschlag ist elektronisch durch den Vertragspartner unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung zu erstellen und bedarf der Genehmigung (Ausnahmen von der Genehmigungspflicht sind nur nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen möglich). Dies gilt für die Erstversorgung und für jede Folgeversorgung. Das Kostenvoranschlagsverfahren ist vor der Auslieferung der Hilfsmittel sowohl in der Erstversorgung als auch in der Folgeversorgung, vor Ablauf der Versorgungspauschale, vorzunehmen. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Bewilligung besteht nicht. Ein Vergütungsanspruch für Hilfsmittel, die ohne vorherige Genehmigung der BKK vor Ort ausgeliefert wurden, besteht weder gegen die BKK vor Ort noch gegen den Versicherten. Anderslautende Vereinbarungen zwischen Vertragspartner und den Versicherten sind nicht zulässig. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet. Lediglich im Fall der Krankenhausentlassung kann der Vertragspartner bereits vor dem Kostenvoranschlag liefern, jedoch erwirbt der Vertragspartner hiermit keinen Anspruch auf (Teil-)Vergütung bei einer Leistungsablehnung. In diesen Fällen greift der § 10 Abs. 4g dieses Vertrages nicht.
- (9) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung aufzufordern oder zu werben. Außerdem ist es unzulässig Versicherte ohne deren Aufforderung zur Wartungen oder anderen Dienstleistungen aufzusuchen oder sie hierzu in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Der Hinweis auf Wartungspflichten, sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach Herstellerangaben sowie weiteren Pflichten im Rahmen des MPG und der ISO/TÜV-Zertifizierungen bleiben davon unberührt. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet.
- (10) Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots in Artpraxen, Rettungsstellen und Krankenhäusern ist ausschließlich zulässig, wenn das Hilfsmittel zur Versorgung im Notfall erforderlich ist. (vergleiche auch § 128 Absatz 1 SGB V). Für Versorgungsungen im Notfall aus Depots sind grundsätzlich die „Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V zur Hilfsmittelabgabe über Depots“ vom 30.03.2009 zu Grunde zu legen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet.

- (11) Der Vertragspartner wird direkt übermittelte ärztliche Verordnungen ablehnen, soweit der Versicherte nicht nachweislich seine Zustimmung erteilt hat. Direkt übermittelte Verordnungen werden vom Vertragspartner an die BKK vor Ort direkt weitergeleitet. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet. Die BKK vor Ort ist berechtigt, die Versorgungswege in geeigneter Weise zu überprüfen.
- (12) Die Hilfsmittelverordnung soll den Angaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung mit Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Hat der Vertragsarzt ein bestimmtes Hilfsmittel unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelnummer verordnet, ist der Vertragspartner zur Lieferung berechtigt, wenn eine medizinische Begründung und eine Genehmigung der BKK vor Ort vorliegen.

Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V vorgenommen. Mit Produkten, die nicht zugelassen sind, wird nur nach individueller Genehmigung der BKK vor Ort unter Angabe einer gesonderten ausführlichen Begründung des Vertragspartners versorgt. Die eingesetzten Hilfsmittel verfügen über eine CE-Kennzeichnung.

Hilfsmittel, die nach § 33 SGB V i.V.m. § 34 Absatz 4 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, dürfen zu Lasten der BKK vor Ort nicht ausgeliefert werden.

Die kassenärztliche Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 4 Wochen nach Ausstellung durch den Vertragspartner angenommen wurde. Geht die kassenärztliche Verordnung innerhalb dieser 4 Wochen bei der BKK vor Ort ein, so gilt die Frist als erfüllt.

- (13) Ein Versorgungsauftrag, der von der BKK vor Ort an den Vertragspartner geht, gilt als genehmigt. Hierzu wird der Versorgungsauftrag an den Vertragspartner elektronisch übermittelt. Bei Erstversorgungen im Zusammenhang mit Klinikentlassungen sind sogenannte Klinikverordnungen zulässig.
- (14) Versorgungsaufträge, die durch die BKK vor Ort an den Vertragspartner gehen, dürfen nicht von diesem abgelehnt werden. Der Vertragspartner behandelt die Versicherten der BKK vor Ort nach gleichen Grundsätzen.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Für Art, Umfang und Erbringung der Leistungen gelten die entsprechenden Anlagen dieses Vertrages. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit dem Bedarf der Versicherten gerecht werden. Der Verwendungszweck und die Verwendungsdauer richten sich nach den Herstellerhinweisen. Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf des Versicherten erbracht werden. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.
- (2) Der Vertragspartner übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie Hilfsmittelrichtlinien und sonstige relevante Vorschriften in ihrer gültigen Fassung.
- (3) Die Auslieferung des Hilfsmittels, die Nachlieferung von Zubehör- und Verbrauchsmaterialien und die Reparatur von Hilfsmitteln haben innerhalb von 24 Stunden (Werktagen) nach Genehmigung der BKK vor Ort zu erfolgen. Bei Nichterfüllung der 24-Stunden-Lieferfrist, wird eine Vertragsstrafe in Höhe von 150,00 € netto fällig, soweit das Versäumnis durch den Vertragspartner zu vertreten ist. Wird wiederholt gegen die Einhaltung der Lieferfristen verstoßen, so kann dies als schwerwiegender Vertragsverstoß im Sinne des § 10 Abs. 4g dieses Vertrages gewertet werden.
- (4) Auf Wunsch des Versicherten muss bei Erstversorgungen und bei Änderungen der Folgeversorgung eine Beratung in der Häuslichkeit des Versicherten durchgeführt werden. Bei geringwertigen Hilfsmitteln (Inhaliergeräte für untere Atemwege) ist eine telefonische Beratung des Versicherten ausreichend. Der Versand dieser Hilfsmittel kann über Dienstleister (z.B. Post, UPS usw.) erfolgen. Folgende Themen werden bei der Complianceermittlung behandelt:
 - Kommt der Versicherte mit dem Hilfsmittel zurecht?
 - Wird das Hilfsmittel tatsächlich genutzt?
 - Gibt es Sachverhalte die im Zusammenhang mit der Lieferung und der Nutzung zu klären sind?
 - Information des Versicherten zum Produkt, insbesondere bei Produktänderung
 - Information über die Eigentümerschaft des Hilfsmittels
 - Information des Versicherten zur Erkennung von Komplikationen bei falscher Hilfsmittelnutzung

(5) Der elektronische Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:

- vollständige Versichertendaten
- Arztdaten
- Name, Anschrift, Telefon, Fax, Email-Anschrift und IK des Vertragspartners
- Bezeichnung des Hilfsmittels, Menge/Monatsbedarf, Zeitraum bei Verbrauchsmaterialien
- Schlüssel „Kennzeichen Hilfsmittel“ (LKZ) gemäß der Anlage 3 der Richtlinien nach § 302 SGB V
- 10-stellige Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis
- Vertragspreis mit und ohne Mehrwertsteuer
- Höhe der Zuzahlung, soweit möglich
- Höhe des Eigenanteils
- Menge und Verordnungszeitraum bei Verbrauchsmaterialien, Mieten, Pauschalen
- Anlage 2 bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen
- Anlage 6 bei Folgeversorgungspauschalen soweit Genehmigungspflicht besteht
- Ärztliche Verordnung
- Gegebenenfalls weitere Unterlagen entsprechend der Anlagen 7a – 7e

Kostenvoranschläge, die den o.g. Anforderungen nicht entsprechen werden zurückgewiesen.

(6) Der Vertragspartner informiert den Versicherten mit Auslieferung der Hilfsmittel über seinen Eigentumsvorbehalt bei leihweiser Überlassung von Hilfsmitteln und gewährleistet für die Dauer der Versorgung eine einwandfreie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.

§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung

(1) Der Vertragspartner unterrichtet den Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner, die kostenlose Rufbereitschaftsnummer und die Notrufnummer sowie über den gesamten Ablauf der Versorgung. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle, wie

z.B. Ausfall medizinischtechnischer Geräte (z.B. Beatmungsgeräte) und ist mit einer Reaktionszeit von 4 Stunden bis zur Notfallbehebung verbunden.

- (2) Die BKK vor Ort kann gemäß § 275 SGB V den jeweiligen zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder einen Gutachterdienst mit der Überprüfung der Notwendigkeit der geplanten oder durchgeführten Versichertenversorgung beauftragen. Ebenso kann die BKK vor Ort jederzeit und ohne vorherige Bekanntgabe die Qualitätsstandards nach diesem Vertrag überprüfen. Hierzu ist der Vertragspartner auf Anforderung verpflichtet, dem MDK oder der BKK vor Ort die entsprechenden Dokumentationen (insbesondere die Aufnahme- und Verlaufsdokumentation) unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Vergütungsregelungen

- (1) Bei den in den Anlagen vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise unter Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages. Die Höhe der Vergütung der Leistungen des Vertragspartners ist in den Anlagen geregelt. Der Vertragspartner darf nur vertraglich vereinbarte Leistungen abrechnen, die von ihm erbracht und vorab durch die BKK vor Ort genehmigt wurden. Mit den in den Anlagen vereinbarten Vergütungen sind alle nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen abgegolten.
- (2) Portokosten, Telefon- und Faxgebühren, Internetgebühren, Kosten im Zusammenhang mit dem elektronischen Kostenvoranschlag, Anfahrtspauschalen, Notdienstpauschalen, Kosten für Hausbesuche, Beschaffungskosten und Gebühren an Dritte sind mit den vereinbarten Preisen abgegolten.
- (3) Endet die Mitgliedschaft des Versicherten bei der BKK vor Ort, so haben sich die Vertragspartner hierüber gegenseitig zu informieren. Sollte die Mitgliedschaft durch Kassenwechsel während des Pauschalzeitraumes für Hilfsmittel nach diesem Vertrag enden, so erfolgt eine Rückvergütung durch den Vertragspartner. Die Pauschale ist in diesen Fällen nach den tatsächlichen Monaten (Pauschale multipliziert mit den genutzten Monaten dividiert durch den Pauschalzeitraum in Monaten) anzusetzen. Sofern bereits die volle Pauschale gezahlt wurde, ist der Differenzbetrag vom Vertragspartner an die BKK vor Ort innerhalb von 3 Wochen nach Mitteilung der BKK vor Ort bzw. wenn der Vertragspartner Kenntnis vom Ende der Mitgliedschaft erhält, zurück zu vergüten. Die BKK vor Ort erhält vorab eine schriftliche Information über die Erstattung mit allen relevanten Daten (vollständige Kontaktdaten des Versicherten, Art der Leistung, Höhe

der Rückvergütung usw.). Für Hilfsmittel, bei denen lediglich eine 1-Monatspauschale vereinbart wurde, gilt diese Regelung nicht.

- (4) Die Pauschale kann je Versorgungszeitraum nur einmal abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung der Pauschale während des Versorgungszeitraumes (z.B. bei einem Wohnortwechsel) ist nicht zulässig.
- (5) Bei einer Umversorgung (Höherversorgung) ist nur der Differenzbetrag für die Restlaufzeit zu vergüten. Im umgekehrten Fall sind die Differenzkosten der BKK vor Ort zu erstatten.

§ 7 Zuzahlungen / Mehrkosten

- (1) Zuzahlungen, Eigenanteile und Mehrkosten des Versicherten regeln sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von der Zuzahlung befreit sind, leisten für das Hilfsmittel eine gesetzliche Zuzahlung. Die Zuzahlung ist vom Vertragspartner einzuziehen. Der Preis für das Hilfsmittel reduziert sich um die Höhe der Zuzahlung. Ist für den Gebrauchswert eines Hilfsmittels ein Eigenanteil vorgesehen, ist der Vertragspartner für das Einziehen des Eigenanteils verantwortlich. Die Höhe des Eigenanteils richtet sich nach den Verlautbarungen des GKV Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung. Der Vertragspreis des Hilfsmittels reduziert sich um den Eigenanteil.

- (2) Wünscht der Versicherte eine über das notwendige Maß hinaus gehende Versorgung, so hat der Vertragspartner den Versicherten über entstehende Mehrkosten aufzuklären und dies gemäß Anlage 2 zu dokumentieren und der BKK vor Ort zu übermitteln.

§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach § 302 SGB V und den Richtlinien des GKV Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung der Daten und Urbelege sind an die Annahmestelle der BKK vor Ort zu übermitteln.

- (2) Der Vertragspartner rechnet die vertraglich vereinbarten Vergütungen nach Kalendermonaten, gilt nur bei Monatspauschalen, gemäß § 302 SGB V ab. Das Datum der Leistungserbringung ist bei allen Versorgungspauschalen immer anzugeben.
- (3) Bei der Abrechnung des ersten Versorgungszeitraumes ist mit der Rechnung der Lieferschein mit der Originalempfangsbestätigung des Versicherten oder eines von ihm Bevollmächtigten sowie die Originalverordnung und die Kostenübernahmeerklärung bzw. der Versorgungsauftrag der BKK vor Ort vorzulegen.
- (4) Im Falle der Abrechnung vorgenommener Wartungen oder Reparaturen, die nicht durch die Versorgungspauschale abgegolten sind, ist das Wartungsprotokoll bzw. Reparaturprotokoll der Abrechnung beizufügen.
- (5) Die Abrechnung nach diesem Vertrag ist mit folgendem Leistungserbringergruppenschlüssel zu versehen: X

Bei der Abrechnung ist jeweils das gültige Institutionskennzeichen anzugeben. Eine Übersicht der Institutionskennzeichen ist in der Anlage 1 enthalten.

Folgende Bestandteile hat die Abrechnung mindestens zu enthalten:

- Abrechnung Leistungserbringerdaten gemäß § 5 Absatz 1 der Richtlinie des GKV Spitzenverbandes
- Abrechnungspositionsnummern (10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer)
- Schlüssel „Kennzeichen Hilfsmittel“ (LKZ) gemäß der Anlage 3 der Richtlinien nach § 302 SGB V
- Urbelege (z.B. Verordnungsblatt, Berechtigungsschein, Reparaturschein, Kostenvoranschlag, Lieferschein, Kostenübernahmeerklärung der BKK vor Ort) jeweils im Original. Die Absätze 3 und 4 des § 8 dieses Vertrages sind zu berücksichtigen.
- Abliefernachweis mit Unterschrift oder Paketverfolgungsnummer (z.B. Barcode) beim Versand von Hilfsmitteln (z.B. DHL, UPS)
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung) nach § 6 der Richtlinie
- Begleitzettel für Urbelege nach Anlage 4 der Richtlinie
- Anlage 2 bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen

- Leihvertrag
- Hausbesuchsbericht bzw. den Beratungsbericht bei Folgeversorgungspauschalen
- Gegebenenfalls weitere Unterlagen entsprechend der Anlagen 7a – 7e
- Anlage 6 bei Folgeversorgungspauschalen

(6) Abrechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen.

(7) Der Vertragspartner kann eine Abrechnungsstelle zur Abrechnung und Einziehung seiner Forderungen beauftragen oder bevollmächtigen. Dazu ist der BKK vor Ort rechtzeitig vor der ersten Abrechnung eine Ermächtigungserklärung vorzulegen.

(8) Die jeweiligen Vergütungen können nach Erbringung der vollständigen Leistung gefordert werden. Die Vergütung wird 2 Wochen nach Eingang der Rechnung fällig.

Versorgungspauschale: Die Vergütung kann nach Auslieferung des Hilfsmittels gefordert werden. Sie wird 2 Wochen nach Eingang der Rechnung fällig.

Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

(9) Forderungen aus Vertragsleistungen muss der Vertragspartner bis zum Ablauf von zwölf Monaten erheben, gerechnet vom Ende des Monats in dem die Hilfsmittelabgabe erfolgte. Danach besteht kein Anspruch mehr auf Vergütung der Leistungen.

§ 9 Stellung von Sicherheiten bei Versorgungspauschalen

Die Stellung von Sicherheiten bei Versorgungspauschalen wird in der Anlage 5 geregelt. Der Vertragspartner wählt entweder den Nachweis einer Bürgschaft oder eine Sicherungsübereignung. Die BKK vor Ort hat das Recht bei berechtigtem Interesse die Wahl der Sicherungsform ohne weitere Begründung vorzuschreiben.

§ 10 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße

- (1) Dieser Vertrag hat zum Ziel eine dauerhafte vertrauenspartnerschaftliche Zusammenarbeit zu sichern. Die Vertragspartner sind sich einig, dass mit diesem Vertrag eine Mengenausweitung und/oder Ausgabensteigerung verhindert werden soll. Stellt die BKK vor Ort dennoch Mengenausweitung und/oder Ausgabensteigerung fest, so treten die Vertragspartner umgehend in die Ursachenforschung ein, mit dem Ziel geeignete Maßnahmen zu vereinbaren.
- (2) Der Vertragspartner hat die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag abgeschlossene Berufshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden der BKK vor Ort bei Vertragsbeginn vorzulegen und über die gesamte Vertragslaufzeit aufrecht zu erhalten. Die Deckungssummen betragen:
 - 2.000.000,00 Euro für Personenschäden
 - 1.000.000,00 Euro für Sachschäden
 - 500.000,00 Euro für Vermögensschäden
- (3) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Vertragspartner durch die BKK vor Ort angehört. Im Anhörungsverfahren legt die BKK vor Ort alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten wird nach Anhörung des Vertragspartners eine Verwarnung ausgesprochen.
- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen wird eine Vertragsstrafe fällig. Die Vertragsstrafe wird durch die BKK vor Ort festgesetzt und kann bis zu 5 % des jährlichen Gesamtumsatzes nach diesem Vertrag betragen. Das Recht auf Erfüllung des Vertrages wird durch die Geltendmachung der Vertragsstrafe nicht ausgeschlossen. Zudem wird die BKK vor Ort eine außerordentliche Kündigung aussprechen

und gemäß § 128 Abs. 3 SGB V den Vertragspartner für die Dauer von zwei Jahren von der Vertragsteilnahme ausschließen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - c) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung
 - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - e) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - f) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Qualitäts-, Versorgungsstandards und Dokumentationsstandards aus diesem Vertrag
 - g) Verstoß gegen den § 3 Abs. 6 bis 11 dieses Vertrages und den § 4 Abs. 3 dieses Vertrages
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 3 und/oder 4 dieses Vertrages ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Vertragspartner zu ersetzen.

§ 11 Datenschutz

Jeder Vertragspartner hat die für ihn geltenden datenschutzrechtlichen Regeln zu beachten.

§ 12 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2013 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende schriftlich gekündigt werden. Jede Anlage kann separat mit einer Frist von 1 Monat zum Monatsende gekündigt werden.
- (2) Kündigungen können von Mitarbeitern der BKK vor Ort ausgesprochen werden.
- (3) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 71 Abs. 4 SGB V. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.

- (4) Die BKK vor Ort ist berechtigt bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen nach § 10 Abs. 4 dieses Vertrages das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu beenden.

§ 13 Gerichtsstand

Die Parteien vereinbaren als Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag Bochum.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung oder eine künftig in ihn aufgenommene Bestimmung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam oder nicht durchführbar sein oder ihre Rechtswirksamkeit oder Durchführbarkeit später verlieren, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen der Vereinbarung nicht berührt werden. Das Gleiche gilt, soweit sich herausstellen sollte, dass die Vereinbarung eine Regelungslücke enthält. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung gelten, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommt, was die Parteien gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung gewollt hätten, sofern sie bei Abschluss dieser Vereinbarung oder bei der späteren Aufnahme einer Bestimmung den Punkt bedacht hätten. Dies gilt auch, wenn die Unwirksamkeit einer Bestimmung etwa auf einem in dem Vertrage vorgeschriebenen Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) beruht. Es soll dann ein dem Gewollten möglichst nahe kommendes rechtlich zulässiges Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) als vereinbart gelten.

Bochum, den _____ X, den _____

Vorstand

BKK vor Ort

Geschäftsführer

„Vertragspartner“

Anlage 1
(IK – Übersicht)

Bezeichnung	Anschrift	IK

Anlage 2

(Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V)

Im Rahmen dieses Vertrages wurde eine Vergütung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Maß des Notwendigen gemäß § 12 SGB V und § 70 SGB V für die Abgabe von Hilfsmitteln der Produktgruppen 14 (Inhalations- und Atemtherapiegeräte) und 21 (Überwachungsgeräte) zwischen der BKK vor Ort und dem Vertragspartner vereinbart.

Produktbezeichnung	HimiPosNr	Menge
Summe der wirtschaftlichen Aufzahlung:		€

- Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) im Rahmen dieses Vertrages ausführlich informiert worden.**
- Mit den vereinbarten Mehrkosten für die Versorgung mit obenstehend genannten Hilfsmitteln bin ich einverstanden.
- Ich bin darüber informiert worden, dass die aufgrund der aufpreispflichtigen Versorgung entstehenden Reparaturmehrkosten damit zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen.
- Die Versicherteninformation habe ich verstanden und ein Exemplar erhalten.

Name, Vorname des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters und Datum	
--	--

Anlage 3

(Vereinbarungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln über Versorgungspauschalen)

3.1 Grundsätze

Das Eigentum am Hilfsmittel verbleibt bei der Anwendung einer Versorgungspauschale beim Vertragspartner.

Der Vertragspartner stellt den Versicherten das Hilfsmittel leihweise zur Verfügung. Die Übergabe erfolgt gegen einen Leihvertrag, der von dem Berechtigten oder seinen gesetzlichen Vertretern zu unterschreiben ist.

Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien sowie des Medizinproduktgesetzes (MPG). Im Rahmen der Wiederaufbereitung und dem Wiedereinsatz von Hilfsmitteln über Versorgungspauschalen hat der Vertragspartner die RKI-Richtlinien des Robert-Koch-Instituts zur Wiederaufbereitung und die Empfehlungen zur hygienischen Wiederaufbereitung von Hilfsmitteln der respiratorischen Heimtherapie des Fachverbandes Spectaris Medizintechnik zu beachten. Der Vertragspartner verpflichtet sich, bei der Versorgung der Versicherten nur solche Hilfsmittel einzusetzen, die den jeweiligen Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V entsprechen.

Der Vertragspartner stellt der BKK vor Ort mit Vertragsbeginn ein Geräteportfolio zur Verfügung, in dem aufgeführt wird, welche Systeme zur Versorgung der Versicherten der BKK vor Ort herangezogen werden. Während des gesamten Versorgungszeitraumes sollen keine Gerätetypen an die Versicherten überreicht werden, deren aktive Vermarktung bzw. deren Verkauf von Seiten der Hersteller mehr als 24 Monate vor dem Datum der Geräteüberreichung an diesen Versicherten eingestellt wurde.

3.2 Versorgungszeitraum

Der mit der Versorgungspauschale vergütete Versorgungszeitraum beginnt mit dem Tag der Auslieferung des Hilfsmittels. Bei monatlichen Versorgungspauschalen nach diesem Vertrag ist der entsprechende Kalendermonat maßgeblich. Teilmonate (Beginn oder Ende der Versorgung im Kalendermonat) werden ebenfalls mit der vollen Monatspauschale vergütet.

Der Vertragspartner stellt die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel während der gesamten Laufzeit der Versorgungspauschale sicher. Der Ver-

tragspartner führt Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich nach den Herstellerangaben durch. Bei Reparaturen stellt der Vertragspartner kostenlos ein Hilfsmittel zur Verfügung, wenn der Versicherte für den Zeitraum der Reparatur unversorgt ist und eine Versorgung wünscht.

3.3 Neuversorgung während der Laufzeit der Pauschale

Neuversorgungen gleicher Produktarten (z.B. Modellwechsel) sind mit der Versorgungspauschale abgegolten und nicht erneut abrechenbar. Soweit ein Wechsel von einer in eine andere (z.B. höherpreisige) Versorgungspauschale anfällt (z.B. CPAP gegen Bilevel) so ist der Vertragspartner berechtigt die Differenz zwischen den Versorgungspauschalen für die restliche Laufzeit der ersten Versorgungspauschale zu berechnen.

3.4 Ende des Versorgungszeitraumes

Endet der Versorgungszeitraum, ist ca. vier Wochen vor Ablauf durch den Vertragspartner grundsätzlich ein Hausbesuch beim Versicherten mit deren Einwilligung durchzuführen. Hierbei ist festzustellen, ob das Hilfsmittel tatsächlich weiterhin erforderlich ist und der Versicherte dieses im Rahmen des ärztlich gewollten Therapieziels nutzt. Der Versorgungszeitraum und der Vergütungsanspruch für eine eventuell vereinbarte Folgeversorgung beginnen mit dem Ablauf des vorangegangenen Versorgungszeitraumes, wenn die BKK vor Ort die Versorgung bei Genehmigungspflicht bewilligt hat.

Insbesondere überzeugt sich der Vertragspartner durch Auslesen der Betriebsstunden mittels der Anlage 6 dieses Vertrages bei Systemen zur Schlafapnoebehandlung (unter anderem CPAP-Geräten und Bilevel-Geräten), allen Beatmungsgeräten und bei Sauerstoffkonzentratoren (stationär und mobil) davon.

Sind Masken im Zusammenhang mit dem Hilfsmittel erforderlich, ist der Sitz der Masken zu prüfen.

Ist die Compliance gegeben, besteht ein Anspruch auf die Folgeversorgungspauschale. Die Anlage 6 (Compliance- und Betriebsstundenermittlung) ist bei jeder Folgeversorgungspauschale mit dem Kostenvoranschlag elektronisch einzureichen. Für Hilfsmittel die in den Anlagen 7a – 7e als genehmigungsfrei gekennzeichnet sind, ist die Anlage 6 der Rechnung beizufügen. Ein Anspruch auf die Versorgungspauschale besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis bei der BKK vor Ort.

Auf den Hausbesuch kann verzichtet werden, wenn der Vertragspartner auf Grund regelmäßiger Beratung und Versorgung den Versorgungszustand des Versicherten einschätzen kann und die weitere Notwendigkeit der Versorgung bestätigt.

Die Beantragung der Versorgungspauschale ohne Prüfung des weiteren Versorgungsanspruches ist unzulässig.

Eine ärztliche Verordnung bei Folgeversorgungspauschalen ist nicht erforderlich. Der Hausbesuchsbericht bzw. der Beratungsbericht ist bei Folgeversorgungspauschalen mit dem Kostenvoranschlag elektronisch einzureichen, soweit Genehmigungspflicht nach den Anlagen 7a – 7e besteht. Ist ein Hausbesuch aus vorgenannten Gründen nicht erforderlich, so ist dieses mit dem Kostenvoranschlag entsprechend zu begründen.

Anlage 4

(Leihvertrag für Versorgungspauschalen)

Soweit der Vertrag bei Übergabe des Hilfsmittels den Abschluss eines Leihvertrages anordnet ist folgendes Muster zu verwenden:

Empfangsbestätigung / Leihvertrag

zwischen

der **BKK vor Ort, Bochum**

und

Versicherter

1) Der Versicherte erhält von der BKK vor Ort im Weg der Leihe folgendes Hilfsmittel:

Bezeichnung:	Hersteller:

Inventarnr (falls vorhanden).:	Seriennr.:

Zubehör:	

2) Mit der Leihe erfüllt die BKK vor Ort/BKK vor Ort Pflegeversicherung den Leistungsanspruch des Versicherten auf Versorgung mit einem Hilfsmittel. Das Hilfsmittel bleibt im Eigentum des Vertragspartners.

3) Der Versicherte verpflichtet sich,

- das Hilfsmittel schonend und pfleglich zu behandeln und nur seiner Gebrauchsbestimmung entsprechend zu verwenden und für eine entsprechende Behandlung zu sorgen, wenn Dritte das Hilfsmittel gebrauchen
- den Gebrauch durch Dritte nur zuzulassen, wenn dies zur Versorgung des Versicherten erforderlich ist
- für eine sichere, verschleißbare und trockene Unterbringung zu sorgen
- das Hilfsmittel vor Beschädigungen, Verlust und Diebstahl ausreichend zu sichern
- über das Hilfsmittel nicht zu verfügen (Übereignung, Verpfändung usw.)

-- Störungen unverzüglich anzuzeigen

4) Der Versicherte haftet im Fall

- der grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Beschädigung des Hilfsmittels durch ihn oder wenn die Beschädigung durch Dritte durch eine grob fahrlässige oder vorsätzliche Sorgfaltspflichtverletzung ermöglicht worden ist. Gleiches gilt für den Verlust der Hilfsmittel.
- mittelbarer Schäden Dritter, die sich aus dem Gebrauch oder Betrieb des Hilfsmittels ergeben

5) Der Versicherte stellt die BKK vor Ort von Haftpflichtansprüchen Dritter frei, sofern diese durch den Gebrauch einen Schaden erleiden und diesen unmittelbar gegen die BKK vor Ort geltend machen.

6) Der Versicherte zeigt das Ende der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit unverzüglich der BKK vor Ort an und stellt das Hilfsmittel dieser bzw. dem Vertragspartner wieder zur Verfügung. Die Rückgabe erfolgt durch Abholung, wobei Ort und Zeit zwischen den Parteien zu vereinbaren sind.

7) Der Leihvertrag gilt für die Dauer der Mitgliedschaft bei der BKK vor Ort. Im Fall eines Kasenswechsels des Versicherten kann das Hilfsmittel bei Beendigung der Mitgliedschaft zurückgenommen werden.

8) Mit der Unterschrift erklärt der Versicherte, das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und funktionsfähigem Zustand übernommen zu haben und in den Gebrauch des Hilfsmittels eingewiesen worden zu sein.

9) Die Kontaktdaten zur Anzeige von Verlust, Beschädigung, Störungen und Ende der Versorgungsnotwendigkeit lauten:

10) Übernahme am _____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter
bzw. gesetzlicher Vertreter

Anlage 5

(Stellung von Sicherheiten bei Versorgungspauschalen)

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass die BKK vor Ort mit den Versorgungspauschalen Leistungen vergütet, die nach der Zahlung sukzessive im Versorgungspauschalenz Zeitraum zu erbringen sind. Im Fall des Ausfalls der noch zu erbringenden Gegenleistungen entsteht ein Schaden in Höhe der Differenz zwischen der vorgeleisteten Vergütung und dem Wert der noch nicht erbrachten Gegenleistungen bzw. dem Wert für die ersatzweise Erfüllung der Gegenleistung durch Dritte. Zu sichern sind darüber hinaus alle bestehenden, künftigen und bedingten Ansprüche, die der BKK vor Ort gegen den Sicherungsgeber zustehen.

Die Forderungen sollen grundsätzlich nach Wahl des Leistungserbringers abgesichert werden durch (Ausnahme: Die BKK vor Ort macht von seinem berechtigtem Interesse Gebrauch und schreibt die Sicherungsform vor):

- Sicherheitsleistung in Form einer Bürgschaft (I) oder
- durch eine Sicherungsübereignung von ausgelieferten Hilfsmitteln (II)

I Bürgschaft

Der Leistungserbringer weist eine Sicherheitsleistung in Form einer Bankbürgschaft eines deutschen Kreditinstituts oder einer Bürgschaft eines in der Europäischen Union zugelassenen Kreditinstituts bei der BKK vor Ort nach.

Die Bürgschaftserklärung ist in der Form zu erbringen, dass auf die Einreden

- der Vorausklage (§ 771 BGB)
- der Anfechtbarkeit des Grundgeschäfts (§ 770 I BGB)
- der Aufrechenbarkeit (§ 770 II BGB)

verzichtet wird.

Die Sicherheitsleistung ist zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zu hinterlegen. Wird die Sicherheitsleistung nicht innerhalb von 4 Wochen nach Unterzeichnung des Vertrages bei der BKK vor Ort eingereicht, ist der Vertrag unwirksam. Die Bürgschaft ist jährlich anzupassen. Das aktualisierte Bürgschaftsdokument ist bis spätestens zum 01.07. des jeweiligen Kalenderjahres im Original unaufgefordert an die BKK vor Ort zu übermitteln. Die Sicherheitsleistung

wird erst dann von der BKK vor Ort zurückgegeben, wenn für die letzte nach diesem Vertrag getroffene Versorgung der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist.

Die Höhe der Sicherheitsleistung wird anhand des jeweiligen Vorjahresumsatzes der in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel ermittelt. Sie beträgt 100 v.H. dieses Betrages, mindestens jedoch 10.000,00 € und höchstens 100.000,00 €.

Bei Leistungserbringergemeinschaften oder ähnlichen Zusammenschlüssen muss jedes einzelne Mitgliedsunternehmen die Sicherheitsleistung erbringen.

II Sicherungsübereignung

§ 1 Gegenstand der Sicherungsübereignung

Zur Absicherung der Forderungen der BKK vor Ort gegenüber dem Vertragspartner überträgt dieser der BKK vor Ort zur Sicherheit das Eigentum an den ausgelieferten Hilfsmitteln für Versorgung der Versicherten der BKK vor Ort. Die Gesamtheit aller ausgelieferten Hilfsmittel bildet einen Sicherungsverbund. Die Parteien sind sich darüber einig, dass ausgelieferte Hilfsmittel mit der der Bezahlung der Versorgungspauschale in den Sicherungsverbund eintreten und mit der Abholung wieder aus dem Sicherungsverbund austreten. Die Sicherungsübereignung gilt entsprechend bei einem Austausch des Hilfsmittels.

§ 2 Übergabebesatz

Der Vertragspartner tritt seine bestehenden und künftigen Ansprüche auf Herausgabe der ausgelieferten Hilfsmittel gegen die Versicherten an die BKK vor Ort ab. Die BKK vor Ort nimmt die Abtretung an.

§ 3 Berechnung des Werts der vorfinanzierten aber nicht erbrachten Gegenleistungen

Der BKK vor Ort steht es frei, die Forderung wegen der ausgefallenen Leistungen konkret zu belegen. Als Mindestforderung steht ihr jedoch eine pauschalierte Forderung in einer Höhe zu, die sich bezogen auf den einzelnen Sicherungsgegenstand nach folgender Formel berechnet.

Beispiele:

Bei 36 Monaten: Forderung = Versorgungspauschale x (-0,01 x abgelaufene Monate + 0,51)

Bei 24 Monaten: Forderung = Versorgungspauschale x (-0,0152 x abgelaufene Monate + 0,5152)

Beispiel: Versorgungspauschale 500,00 € bei 36 Monaten und Insolvenz im 18. Monat:

$500,00 \text{ €} \times (-0,01 \times 18 + 0,51) = 165,00 \text{ €}$

§ 4 Deckungssumme, Wertsumme, Freigabe

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Summe aller Forderungen die pauschalierte Berechnung nach § 3 wesentlich übersteigen kann und vereinbaren 50% der Summe aller Versorgungspauschalen als angemessenen Betrag zur Deckung aller Forderungen der BKK vor Ort (Deckungssumme).

Im Hinblick auf die eingeschränkte Verwertbarkeit des Sicherungsgutes im Sicherungsfall und wegen des gemischten Bestands von Neu- und Gebrauchtgegenständen wird der Wert des Sicherungsverbundes ebenfalls mit 50 % der Summe aller Versorgungspauschalen angesetzt (Wertsumme).

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass nach den Gegebenheiten des einzelnen Vertragsverhältnisses Deckungssumme und Wertsumme anderweitig bestimmt werden können.

Die BKK vor Ort verpflichtet sich, auf Verlangen das ihr übertragene Sicherungsgut an den jeweiligen Sicherungsgeber ganz oder teilweise freizugeben, sofern der realisierbare Wert sämtlicher Sicherheiten 110 Prozent der gesicherten Ansprüche der Bank nicht nur vorübergehend überschreitet. Sofern die Bank bei der Verwertung mit der Umsatzsteuer belastet wird, erhöht sich dieser Prozentsatz um den gesetzlichen Umsatzsteuersatz.

Ein Anspruch auf Freigabe bezieht sich stets auf die ältesten Güter im Sicherungsverbund.

§ 5 Bestandslisten

Maßgeblich für die Berechnung der pauschalierten Deckungssumme und der Wertsumme des Sicherungsguts sind die Bestandslisten in HMM Deutschland GmbH.

Zum Nachweis der Forderung genügt die abgestimmte Liste *Hilfsmittel bei Lieferant / Gesamt-lagerbestandsabfrage* mit den Angaben über das Datum der Auslieferung und die Höhe der Versorgungspauschale.

§ 6 Rechte am Sicherungsgut und Verfügung

Der Vertragspartner verpflichtet sich, an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind und richtet seinen Geschäftsbetrieb darauf ein (keine Sicherungsübereignung der Hilfsmittel an Banken, Lieferanten usw.; keine Vereinbarung eines Eigentumsvorbehalts bei Kauf von Hilfsmitteln).

Ein etwaiger bestehender Eigentumsvorbehalt ist vom Sicherungsgeber durch Zahlung des Kaufpreises rechtzeitig zum Erlöschen zu bringen.

Der Sicherungsgeber ist nur mit Zustimmung der BKK vor Ort berechtigt, über das Sicherungsgut zu verfügen.

Wird die BKK vor Ort von einem Dritten in Anspruch genommen, stellt der Vertragspartner die BKK vor Ort von diesen Ansprüchen frei.

§ 7 Versicherung des Sicherungsgutes

Das Sicherungsgut ist für die Dauer der Übereignung auf Kosten des Sicherungsgebers vollumfänglich gegen die üblichen Gefahren vom Sicherungsgeber versichert zu halten. Der Sicherungsgeber tritt hiermit alle gegenwärtigen und künftigen Ansprüche gegen die Versicherungsgesellschaft an die Bank ab.

Der Sicherungsgeber wird umgehend auf Ersuchen der Bank dieser Originalausfertigungen, Kopien oder ausreichende Auszüge jeder Versicherungspolice zusammen mit den Prämienquittungen oder einem anderen Zahlungsnachweis vorlegen.

§ 8 Informationspflichten des Sicherungsgebers

Der Vertragspartner ist verpflichtet, der BKK vor Ort gegenüber der Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Gleiches gilt bei der Pfändung von Gegenständen des Sicherungsverbandes.

Bei Geschäftsaufgabe, Übertragung bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der BKK vor Ort unverzüglich anzuzeigen.

Der Vertragspartner hat in den vorgenannten Fällen der BKK vor Ort umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsfälle zu übermitteln.

§ 9 Sicherungsfall

Der Sicherungsfall im Ganzen tritt bei einem dauerhaften Ausfall der vorfinanzierten Gegenleistungen, insbesondere bei Insolvenzanmeldung/-eröffnung oder bei Geschäftsaufgaben ein.

Ein gegenständlich beschränkter Sicherungsfall tritt ein, wenn der Vertragspartner die vorfinanzierten Leistungen im Einzelfall trotz Mahnung nicht erbringt.

Im Sicherungsfall ist die BKK vor Ort zur Verwertung des Sicherungseigentums in dem Umfang berechtigt, wie dies zur Erfüllung der Forderungen erforderlich ist. Im Falle einer Verwertung wird der Sicherungsgeber der Bank unverzüglich sämtliche Unterlagen über das Sicherungsgut (sowie sonstige erforderliche Unterlagen) zur Verfügung stellen. Die BKK vor Ort wird dem Sicherungsgeber die Verwertung unter Fristsetzung von 3 Wochen schriftlich androhen

Die Veräußerung des Sicherungsguts durch die BKK vor Ort kann auch durch freihändigen Verkauf im eigenen Namen oder im Namen des Sicherungsgebers erfolgen. Die BKK vor Ort hat die berechtigten Belange des Sicherungsgebers zu berücksichtigen. Sie kann auch von dem Sicherungsgeber die bestmögliche Verwertung des Sicherungsguts nach ihren Weisungen oder seine Mitwirkung bei der Verwertung durch die Bank verlangen. Das bei der Verwertung des Sicherungsgutes Erlangte hat der Sicherungsgeber unverzüglich an die Bank herauszugeben.

Die BKK vor Ort wird nach Verwertung des Sicherungsgutes den ihr nach Abführung der Umsatzsteuer verbleibenden Erlös zur Abdeckung der gesicherten Ansprüche verwenden.

Anlage 6
(Compliance- und Betriebsstundenermittlung bei Folgeversorgungspauschalen)

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Anschrift:	

Angaben zum Hilfsmittel

Hersteller/Modell:		
Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig):		
Seriennummer:		
Betriebsstunden letzter Stand:	Datum	
	Zählerstand	
Betriebsstunden aktueller Stand:	Datum	
	Zählerstand	
Durchschnittliche Nutzungsdauer:		

Der Versicherte möchte die Therapie fortführen (zutreffendes bitte ankreuzen)

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Leistungserbringer

Anlage 7a
(Preisvereinbarung für Systeme zur Schlafapnoebehandlung)

Hilfsmittelposi- tionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmi- gungspflicht
14.24.20.0xxx	CPAP-Geräte (ein Druckniveau)	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	220,00 €	Nein
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	220,00 €	Nein
14.24.20.1xxx	CPAP-Geräte (ein Druckniveau) mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	220,00 €	Nein
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	220,00 €	Nein
14.24.21.0xxx	CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau)	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	220,00 €	Nein
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	220,00 €	Nein
14.24.21.1xxx	CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau) mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	220,00 €	Nein
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	220,00 €	Nein
14.24.22.0xxx	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (zwei Druckniveaus)	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	400,00 €	Ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.22.1xxx	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (zwei Druckniveaus) mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	400,00 €	Ja
14.24.23.0xxx	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau)	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	400,00 €	Ja
14.24.23.1xxx	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau) mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	400,00 €	Ja
14.24.24.0xxx	Zeitgesteuerte Bilevel-CPAP-Geräte (ST-Funktion, zwei Druckniveaus)	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	675,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	675,00 €	Ja
14.24.24.1xxx	Zeitgesteuerte Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (ST-Funktion, zwei Druckniveaus) mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	675,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	675,00 €	Ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht	
14.24.25.0xxx	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.200,00 €	Ja	
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	1.200,00 €	Ja	
14.24.25.1xxx	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen mit integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.200,00 €	Ja	
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	1.200,00 €	Ja	
14.00.20.9999	Bei Geräterückgabe innerhalb von 6 Monaten nach Therapieeinstellung	Pauschale	19	220,00 €	Ja	
14.00.21.9999		<u>Therapieabbruchpauschale</u>	Pauschale	19	220,00 €	Ja
14.00.22.9999		Pauschale	19	220,00 €	Ja	
14.00.23.9999		Pauschale	19	220,00 €	Ja	
14.00.24.9999		Pauschale	19	220,00 €	Ja	
14.00.25.9999		Pauschale	19	220,00 €	Ja	

Leistungsbeschreibung für Systeme zur Schlafapnoebehandlung (Versorgungspauschalen):

- Bereitstellung eines Hilfsmittels mit/ohne Warmluftbefeuchter, inkl. Tasche, Schlauchsystem, Netzkabel, Filterset, Bedienungsanleitung, konfektionierte Masken (Standard und Full-Face in allen Größen) sowie sonstiges Zubehör.

- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme der Hilfsmittel am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik durch Fachpersonal.
- Einweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung des Systems.
- Bereitstellung von weiterem Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - Ausatemventil(e)
 - Schlauchsystem(e)
 - Schlauchsystem(e) beheizbar nach ärztlicher Verordnung
 - Feinfilter
 - Grobfilter
 - Sterilwasser
- Wartung: Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.
- Complianceermittlung und Betriebsstundenablesung bei Folgeversorgungspauschalen und Information der BKK vor Ort mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung. Eine Compliance liegt grundsätzlich vor, wenn die durchschnittliche Therapiestundenzahl von vier Stunden am Tag erreicht wird. Unterschreitet der Versicherte im Rahmen der Therapie die durchschnittlichen Nutzungsstunden von vier Stunden am Tag, so hat der Vertragspartner die BKK vor Ort über die möglichen Gründe und das Therapieverhalten des Versicherten schriftlich zu informieren. Die BKK vor Ort wird gegebenenfalls unter Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die weitere medizinische Notwendigkeit der Therapie prüfen.
- Ausführliche Maskenberatung bis eine optimale Versorgung erfolgt ist.
- Instandsetzung oder Austausch der Hilfsmittel bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.

- Abholung bei Beendigung der Therapie inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.
- Kostenvoranschlagsverfahren über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform.
- Liefer- und Rückholbestätigung: Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.
- Therapieabbruchpauschale:
Diese wird als einmalige Aufwandspauschale bei Rücknahme eines Systems zur Schlafapnoebehandlung während der ersten sechs Monaten nach Versorgungsbeginn gezahlt, sofern sich während dieser Zeit herausstellt, dass das Hilfsmittel vom Versicherten nicht akzeptiert oder aus sonstigen Gründen nicht ausreichend genutzt wird. Unterschreitet der Versicherte im Rahmen der Therapie eine durchschnittliche Therapiestundenzahl von vier Stunden am Tag hat der Vertragspartner die BKK vor Ort über die Therapie und das Therapieverhalten des Versicherten schriftlich zu informieren. Dies wird 14 Tage vor Beendigung der ersten sechs Versorgungsmonate vom Vertragspartner dokumentiert und unmittelbar der BKK vor Ort elektronisch über die Plattform von ZHP-online oder einer kompatiblen Plattform zur Verfügung gestellt. Das Hilfsmittel ist vom Vertragspartner zurückzuholen, wenn die BKK vor Ort hierzu – spätestens vier Wochen nach Erhalt der Information – schriftlich den Auftrag erteilt hat (ggf. nach Rücksprache mit dem versorgenden Arzt) und der Versicherte der Rückholung zustimmt. Die Therapiestundenzahl ist bei jedem Abbruch mitzuteilen.

Sofern bereits die Erstversorgungspauschale gezahlt wurde, ist diese innerhalb von 3 Wochen in voller Höhe vom Vertragspartner zurück zu vergüten. Die BKK vor Ort erhält vorab eine schriftliche Information über die Rückvergütung mit allen relevanten Daten (vollständige Kontaktdaten des Versicherten, Art der Leistung, Höhe der Rückvergütung usw.).

Anlage 7b
(Preisvereinbarung für Beatmungsgeräte)

1. Beatmungsgeräte

Hilfsmittelposi- tionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Netto- preis	Genehmi- gungspflicht
14.24.10.0xxx Non invasive Be- atmung (NIV- Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem	Erstversorgungspau- schale 6 Monate	08	825,00 €	Ja
		Folgeversorgungspau- schale(n) 6 Monate	09	825,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	800,00 €	Ja
14.24.10.1xxx Non invasive Be- atmung (NIV- Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit geschlossenem Atemsystem	Erstversorgungspau- schale 6 Monate	08	825,00 €	Ja
		Folgeversorgungspau- schale(n) 6 Monate	09	825,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	800,00 €	Ja
14.24.10.2xxx Non invasive Be- atmung (NIV- Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offe- nem/geschlossenem Atemsystem	Erstversorgungspau- schale 6 Monate	08	825,00 €	Ja
		Folgeversorgungspau- schale(n) 6 Monate	09	825,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	800,00 €	Ja
14.24.10.3xxx Non invasive Be- atmung (NIV- Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem und integrierter Anfeuch- tung	Erstversorgungspau- schale 6 Monate	08	825,00 €	Ja
		Folgeversorgungspau- schale(n) 6 Monate	09	825,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	800,00 €	Ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.11.0xxx Non invasive Beatmung (NIV-Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offenem/geschlossenem Atemsystem und integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 6 Monate	08	925,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate	09	925,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	900,00 €	Ja
14.24.11.2xxx Invasive Beatmung (IV-Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offenem/geschlossenem Atemsystem und integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 1 Monat	08	460,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat	09	460,00 €	Ja
		Zweitgerät 1 Monat	04	275,00 €	Ja
14.24.11.2xxx Non invasive Beatmung (NIV-Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte mit offenem/geschlossenem Atemsystem und integrierter Anfeuchtung	Erstversorgungspauschale 6 Monate	08	1.600,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate	09	1.600,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	1.350,00 €	Ja
14.24.12.0xxx Invasive Beatmung (IV-Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte	Erstversorgungspauschale 1 Monat	08	460,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat	09	460,00 €	Ja
		Zweitgerät 1 Monat	04	275,00 €	Ja
14.24.12.0xxx Non invasive Beatmung (NIV-Pauschale)	Manuell anpassbare Beatmungsgeräte	Erstversorgungspauschale 6 Monate	08	1.700,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate	09	1.700,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	1.350,00 €	Ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.12.1xxx Invasive Beatmung (IV-Pauschale)	Automatisch anpassbare Beatmungsgeräte	Erstversorgungspauschale 1 Monat	08	460,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat	09	460,00 €	Ja
		Zweitgerät 1 Monat	04	275,00 €	Ja
14.24.12.1xxx Non invasive Beatmung (NIV-Pauschale)	Automatisch anpassbare Beatmungsgeräte	Erstversorgungspauschale 6 Monate	08	1.700,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate	09	1.700,00 €	Ja
		Zweitgerät 6 Monate	04	1.350,00 €	Ja

Leistungsbeschreibung für Beatmungsgeräte (Versorgungspauschalen):

- Bereitstellung eines Hilfsmittels mit/ohne Warmluftbefeuchter/Atemgasbefeuchter bei non invasiver Beatmung
- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme der Hilfsmittel am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik durch Fachpersonal.
- Einweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung des Systems.
- Bereitstellung von Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - Ausatemventil
 - Schlauchsystem einfach für Ventilsteuerung oder Schlauchsystem Leckage
 - Schlauchsystem(e) beheizbar nach ärztlicher Verordnung
 - Feinfilter
 - Grobfilter

- Tubusverlängerung
 - Bakterienfilter
 - Sauerstoffadapter
 - Testlung
 - Beatmungsbeutel
 - Geräteausgangspartikelfilter
 - Lufteinlassfilter, grob
 - Lufteinlassfilter, fein
 - Sterilwasser
 - konfektionierte Masken (Standard und Full-Face in allen Größen)
 - Gänsegurgeln einmal
 - Gänsegurgeln mehrweg
 - O2-Adapter (inkl. elektr. Zuschaltventile)
 - Gerätetisch nach ärztlicher Verordnung
 - Schlauchhaltearm nach ärztlicher Verordnung
- Wartung: Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.
 - Complianceermittlung und Betriebsstundenablesung bei Folgeversorgungspauschalen und Information der BKK vor Ort mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung. Bei fehlender Compliance wird die BKK vor Ort schriftlich informiert.
 - Ausführliche Maskenberatung bis eine optimale Versorgung erfolgt ist.
 - Instandsetzung oder Austausch der Hilfsmittel bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
 - Abholung bei Beendigung der Therapie inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.
 - Kostenvoranschlagsverfahren über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform.

- Liefer- und Rückholbestätigung: Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.

2. Monatspauschalen für Verbrauchsmaterialien und Zubehör für Geräte im Eigentum der BKK vor Ort (Altgeräte)

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.00.10.9999 14.00.11.9999 14.00.12.9999	Monatspauschale für Verbrauchsmaterialien und Zubehör bei invasiv beatmeten Versicherten mit aktiver und/oder passiver Befeuchtung	1-Monatspauschale (gilt für die HimiPosNr 14.24.10.xxxx, 14.24.11.xxxx und 14.24.12.xxxx)	08/09	280,00 €	Ja
14.00.10.9666 14.00.11.0666	Monatspauschale für Verbrauchsmaterialien und Zubehör bei non-invasiv beatmeten Versicherten	Erstversorgungspauschale 6 Monate (gilt für die HimiPosNr 14.24.10.xxxx und 14.24.11.0xxx)	08	360,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate (gilt für die HimiPosNr 14.24.10.xxxx und 14.24.11.0xxx)	09	360,00 €	Ja
14.00.11.2666 14.00.12.9666		Erstversorgungspauschale 6 Monate (gilt für die HimiPosNr 14.24.11.2xxx und 14.24.12.xxxx)	08	540,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 6 Monate (gilt für die HimiPosNr 14.24.11.2xxx und 14.24.12.xxxx)	09	540,00 €	Ja

Leistungsbeschreibung für Verbrauchsmaterialien und Zubehör für Geräte im Eigentum der BKK vor Ort (Altgeräte) (Versorgungspauschalen):

- Bereitstellung von Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - Ausatemventil
 - Schlauchsystem einfach für Ventilsteuerung oder Schlauchsystem Leckage
 - Schlauchsystem(e) beheizbar nach ärztlicher Verordnung
 - Feinfilter
 - Grobfilter
 - Tubusverlängerung
 - Bakterienfilter
 - Sauerstoffadapter
 - Testlung
 - Beatmungsbeutel
 - Geräteausgangspartikelfilter
 - Lufteinlassfilter, grob
 - Lufteinlassfilter, fein
 - Sterilwasser
 - konfektionierte Masken (Standard und Full-Face in allen Größen)
 - Gänsegurgeln einmal
 - Gänsegurgeln mehrweg
 - O₂-Adapter (inkl. elektr. Zuschaltventile)
 - Gerätetisch nach ärztlicher Verordnung
 - Schlauchhaltearm nach ärztlicher Verordnung

- Lieferung der Verbrauchsmaterialien und des Zubehörs am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik.

- **Wartung:** Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.

- Complianceermittlung und Betriebsstundenablesung bei Folgeversorgungspauschalen und Information der BKK vor Ort mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung. Bei fehlender Compliance wird die BKK vor Ort schriftlich informiert.
- Ausführliche Maskenberatung bis eine optimale Versorgung erfolgt ist.
- Instandsetzung oder Austausch des Zubehörs bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
- Abholung bei Beendigung der Therapie inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.
- Kostenvoranschlagsverfahren über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform.
- Liefer- und Rückholbestätigung: Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.

3. Aktive Befeuchtung

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.17xxx	Aktive Befeuchtung inkl. Verbrauchsmaterialien und Zubehör bei invasiver Beatmung	Erstversorgungspauschale 1 Monate	08	260,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat	09	260,00 €	Ja

Leistungsbeschreibung für die Befeuchterpauschale (Versorgungspauschalen):

- Bereitstellung des aktiven Befeuchters
- Schlauchsystem
- Schlauchsystem(e) beheizbar
- Befeuchterkammer
- Infusionsständer/Flaschenhaltearm
- Sterilwasser
- Gerätehalterung
- Wartung und Sicherheitsprüfung/STK

Anlage 7c
(Preisvereinbarung Inhaliergeräte für untere Atemwege)

Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.01.0xxx	Medikamentenvernebler für untere Atemwege	Kauf	00	60,00 €	Nein

Leistungsbeschreibung für die Inhaliergeräte der unteren und oberen Atemwege:

- Eine Auswahl innerhalb der Produktart (7-Steller) ist durch den Vertragspartner möglich. Wählen Versicherte Medikamentenvernebler für die unteren Atemwege, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen und für die keine medizinische Begründung bestehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.
- Der für die Geräte vom Hersteller vorgesehene Einsatz für Kleinstkinder (0-4 Jahre), Kinder und Erwachsene ist zu beachten. Die damit im Zusammenhang stehenden Zubehörteile/Verbrauchsmaterialien gehören zum Lieferumfang (u.a. Babymasken, Mundstücke, rote/blau Vernebler, Masken und Filtersets) und sind mit dem Kaufpreis abgegolten.
- Zur Ausstattung eines mobilen Gerätes gehören wiederaufladbare Akkus und ein Ladegerät.
- Erfolgt der Versand, sind die Versandkosten im Kaufpreis enthalten. Die Paketrückverfolgung ist durch den Vertragspartner zu sichern.
- Bei Bedarf ist der Versicherte durch den Vertragspartner persönlich einzuweisen.
- Der Versicherte erhält eine Information über die Verfahrensschritte bei Ausfällen und Defekten. In schriftlicher Form sind die Kontaktdaten des Vertragspartners und die Gebrauchsanweisung zu übermitteln. Die Inhaliergeräte werden von der BKK vor Ort gekauft und gehen in das Eigentum der BKK vor Ort über. Der Versicherte wird über die Eigentümerschaft durch den Vertragspartner informiert.

Anlage 7d
(Preisvereinbarung für Sauerstofftherapiegeräte)

1. Sauerstoffkonzentrator

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.04.0xxx	Sauerstoffkonzentrator	Erstversorgungspauschale 36 Monate	08	479,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 36 Monate	09	479,00 €	Ja
14.24.04.6xxx	Sauerstoffkonzentratoren, mobil und netzunabhängig	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.600,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 12 Monate	09	1.600,00 €	Ja

2. Sauerstofftherapiegeräte, Druckgas

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.05.0xxx	Druckminderer für Druckgasflaschen	Erstversorgungspauschale 60 Monate	08	115,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 60 Monate	09	115,00 €	Ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.24.05.4xxx	Sauerstoffsparsystem mit Überwachungseinrichtung	Erstversorgungspauschale 60 Monate	08	290,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 60 Monate	09	290,00 €	Ja
14.24.05.5xxx	Sauerstoffsparsystem ohne Überwachungseinrichtung	Erstversorgungspauschale 60 Monate	08	290,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 60 Monate	09	290,00 €	Ja
14.24.05.7xxx	Druckminderer für Druckgasflaschen mit integriertem Sauerstoffsparsystem und Überwachungseinrichtung	Erstversorgungspauschale 60 Monate	08	290,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 60 Monate	09	290,00 €	Ja
14.24.05.8xxx	Druckminderer für Druckgasflaschen mit integriertem Sauerstoffsparsystem ohne Überwachungseinrichtung	Erstversorgungspauschale 60 Monate	08	290,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 60 Monate	09	290,00 €	Ja

3. Sauerstofftherapiegeräte, Flüssiggas

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis
14.24.05.1xxx	Sauerstoffbehältersystem (Flüssiggas), stationär	Siehe Füllung Flüssiggas	08	Siehe Füllung Flüssiggas

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis
14.24.05.2xxx	Sauerstoffbehältersystem (Flüssiggas), mobil/tragbar	Siehe Füllung Flüssiggas	08	Siehe Füllung Flüssiggas
14.24.05.6xxx	Sauerstoffbehältersystem (Flüssiggas), mit integriertem Sauerstoffsparsystem, stationär	Siehe Füllung Flüssiggas	08	Siehe Füllung Flüssiggas
14.24.05.9xxx	Sauerstoffbehältersystem (Flüssiggas), mit integriertem Sauerstoffsparsystem, mobil/tragbar	Siehe Füllung Flüssiggas	08	Siehe Füllung Flüssiggas

Leistungsbeschreibung für Sauerstoffkonzentratoren und Sauerstofftherapiegeräte, Druckgas (Versorgungspauschalen):

- Bestandteil der ärztlichen Verordnung und des Kostenvoranschlages sind aktuelle Blutgaswerte, der Flow und zusätzlich bei Folgeversorgungspauschalen die Stände des Betriebsstundenzählers zum Zeitpunkt der Erstverordnung und der Folgeverordnung.
- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme der Hilfsmittel am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik durch Fachpersonal.
- Einweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung des Systems, z.B.
 - Risiken der Anwendung von Sauerstoff im häuslichen Bereich (z.B. Vorsichtsmaßnahmen, Rauchverbot, Brandschutz usw.)
 - Wartungen, STK bei Herstellervorgaben
 - zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der verschiedenen Arten der Sauerstoffversorgung (z.B. eingeschränkte Nutzungsbereiche der Akkus bei mobilen Sauerstoffkonzentratoren)
 - Beratung und Ermittlung des Bedarfs an Verbrauchsmaterialien

- Gewährleistung der Rückverfolgung von Chargen von flüssigem und gasförmigem Sauerstoff.
- Ist ein Sauerstoffsparsystem erforderlich, so ist die Pauschale für den Druckminderer zusätzlich abrechenbar
- Einsatz von Sauerstoffkonzentratoren mit niedrigem Stromverbrauch.
- Einsatz von Sauerstoffkonzentratoren nach den aktuellen Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).
- Beurteilung der häuslichen Umgebung im Hinblick auf die sichere Durchführung der Sauerstofftherapie und die sichere Anwendung durch die Versicherten.
- Bereitstellung von Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - konfektionierte Masken (Standard und Full-Face in allen Größen)
 - Filter
 - Anfeuchter
 - Sterilwasser für Sauerstoffkonzentratoren (stationär und mobil)
 - Nasenbrillen
 - Wasserfalle
 - Verlängerungsschlauch
 - Befeuchterbecher
 - Sprudler
 - Mengenmanometer
 - Fahrgestell
 - Flaschenmantel
 - Caddy oder Tragehilfe
 - Akkus und Ladegerät
- Bestandteil der Versorgungspauschale (Sauerstoffkonzentrator) ist ein kostenloses Leihgerät für bis zu drei Wochen im Jahr für die Absicherung im Urlaub in Deutschland (Ausnahme Inselversorgungen).

- **Wartung:** Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.
- **Complianceermittlung und Betriebsstundenablesung** für Sauerstoffkonzentratoren (stationär und mobil) bei Folgeversorgungspauschalen und Information der BKK vor Ort mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung. Bei fehlender Compliance, auch während der Dauer der Erstversorgungspauschale, wird die BKK vor Ort schriftlich informiert (Langzeitsauerstofftherapie unter 8 Stunden am Tag grundsätzlich wirkungslos für die Therapie). Die BKK vor Ort wird gegebenenfalls unter Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die weitere medizinische Notwendigkeit der Therapie prüfen.
- **Instandsetzung oder Austausch der Hilfsmittel** bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
- **Abholung bei Beendigung der Therapie** inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.
- **Kostenvoranschlagsverfahren** über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform.
- **Liefer- und Rückholbestätigung:** Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.

4. Füllungen bei Sauerstofftherapiegeräten mit Druck- und Flüssiggas

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
14.99.99.1000 – 14.99.99.1007	Sauerstoffflaschenfüllung (Druckgas) je Füllung	Kauf	00	26,00 €	Ja
<u>Neu ab 01.04.2017:</u> 14.00.99.1023 (alte Regelung bis 31.03.2017) 14.99.99.1023	Sauerstoffflaschenfüllung (Flüssiggas) Flowrate 0 bis 4 l/min	Erstversorgungspauschale 1 Monate Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monate	08 09	210,00 € 210,00 €	Ja Ja
<u>Neu ab 01.04.2017:</u> 14.00.99.1024 (alte Regelung bis 31.03.2017) 14.99.99.1024	Sauerstoffflaschenfüllung (Flüssiggas) Flowrate über 4 bis 6 l/min	Erstversorgungspauschale 1 Monate Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monate	08 09	243,00 € 243,00 €	Ja Ja
<u>Neu ab 01.04.2017:</u> 14.00.99.1025 (alte Regelung bis 31.03.2017) 14.99.99.1025	Sauerstoffflaschenfüllung (Flüssiggas) Flowrate über 6 l/min	Erstversorgungspauschale 1 Monate Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monate	08 09	Kostenvoranschlag Kostenvoranschlag	Ja Ja

Leistungsbeschreibung für Sauerstoffflaschenfüllungen (Druck- und Flüssiggas):

- Bestandteil der ärztlichen Verordnung und des Kostenvoranschlages sind aktuelle Blutgaswerte und der Flow.
- Verordnungen mit einem definierten Zeitraum bis zu 12 Monaten sind zulässig.

- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme der Hilfsmittel am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik durch Fachpersonal.
- Einweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung des Systems.
- Gewährleistung der Rückverfolgung von Chargen von flüssigem und gasförmigem Sauerstoff.
- Bereitstellung von Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - Medizinischer Sauerstoff oder Flüssigsauerstoff
 - Flaschen (**grundsätzlich Leichtgasflaschen**)
 - Flaschenfüllung (0,8 l, 2,0 l, 10,0 l, 5,0 l, 2,5 l, 11,0 l, 3,0 l und 1,0 l)
 - Sterilwasser
 - Füllstation
 - Tragbares Sauerstoffsystem
 - Ggf. Caddy oder Tragehilfe oder Rucksack
 - Nasenbrillen
- Bestandteil der Versorgungspauschale (Flüssigsauerstoff) ist ein kostenloses Leihgerät für bis zu drei Wochen im Jahr für die Absicherung im Urlaub in Deutschland (Ausnahme Inselversorgungen).
- Wartung: Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.
- Instandsetzung oder Austausch der Hilfsmittel bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
- Abholung bei Beendigung der Therapie inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA , Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.

- Kostenvorschlagsverfahren über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder einer kompatiblen Plattform.
- Liefer- und Rückholbestätigung: Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.

Anlage 7e
(Preisvereinbarung für Überwachungsgeräte)

Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Versorgungsform	LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht
21.30.01.0xxx	Kombinierte Atem- und Herzfrequenzmonitore mit Pulsoximeter für Kinder	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.850,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 12 Monate	09	1.850,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat nach Ablauf von 24 Monaten	09	200,00 €	Ja
21.30.02.0xxx 21.30.02.1xxx	Pulsoximeter ohne/mit Speicher für Kinder bis zum 16. Lebensjahr	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.650,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 12 Monate	09	1.650,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat nach Ablauf von 24 Monaten	09	150,00 €	Ja
21.30.02.0xxx 21.30.02.1xxx	Pulsoximeter ohne/mit Speicher für Erwachsene ab dem 16. Lebensjahr	Erstversorgungspauschale 12 Monate	08	1.400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale 12 Monate	09	1.400,00 €	Ja
		Folgeversorgungspauschale(n) 1 Monat nach Ablauf von 24 Monaten	09	130,00 €	Ja

Leistungsbeschreibung für Überwachungsgeräte (Versorgungspauschalen):

- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme der Hilfsmittel am Wohnort des Versicherten oder in der Klinik durch Fachpersonal.
- Einweisung und Beratung des Versicherten bzw. der Eltern in die Handhabung des Systems.
- Bereitstellung von Zubehör und Verbrauchsmaterial für den definierten Versorgungszeitraum ohne Begrenzung, wie z.B.:
 - Patientenkabel
 - Sensoren
 - Elektroden
 - Netzadapter
 - Akkus und Ladegerät
 - Tasche und Transportkoffer
- **Wartung:** Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung/STK, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten.
- Instandsetzung oder Austausch der Hilfsmittel bei eventuell anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile und kostenloser Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
- Abholung bei Beendigung der Therapie inkl. hygienischer Aufbereitung entsprechend der Herstellerempfehlung und Dekontaminierung bei Befall von MRSA, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung.
- Kostenvoranschlagsverfahren über die Plattform von ZHP-online des Dienstleisters HMM Deutschland GmbH oder eine kompatiblen Plattform.
- Liefer- und Rückholbestätigung: Das Datum der Lieferung und der Rückholung sind in ZHP oder einer kompatiblen Plattform einzutragen.