

**Vertrag zur Versorgung der Versicherten
mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21
gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)**

zwischen dem

**BKK Landesverband Bayern
sowie dem
BKK Landesverband Hessen**

- nachstehend BKK Landesverbände genannt -

in Vertretung für die diesem Vertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen
(nachfolgend BKK genannt)
und der

**ResMed GmbH & Co.KG, Martinsried, Geschäftsführer Frank Rebbert IK Nr. 590 914 447
sowie
ResMed Medizintechnik GmbH, Höchstadt Geschäftsführer Frank Rebbert IK Nr. 590 950 362**

- nachstehend ResMed genannt -

**AC/TK
19 90 330**

Präambel

Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen regelt die bundesweite, umfassende, technisch hochwertige qualitätsgestützte und wirtschaftliche Versorgung mit den in den Anlagen 1 und 3 näher bezeichneten Produkten / Produktarten der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 des Hilfsmittelverzeichnisses. Ziel des Vertrages ist es, eine fach- und qualitätsgerechte Versorgung für die Versicherten der BKK sicherzustellen.

§ 1 Geltungsbereich

Der Vertrag mit allen seinen Anlagen gilt für

- diejenigen Betriebskrankenkassen (nachfolgend „BKK,“ genannt), die ihm beitreten. Der Vertrag umfasst die bundesweite Versorgung aller Versicherten der beteiligten BKK. ResMed erhält vom BKK Landesverband Bayern eine Liste der beigetretenen BKK sowie relevante Änderungsinformationen.
- die ResMed GmbH & Co.KG, Martinsried sowie die ResMed Medizintechnik GmbH, Höchststadt a.d. Aisch (nachfolgend ResMed genannt).
- Leistungserbringer, welche die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 erfüllen, diesem Vertrag beitreten (Anlage 10) und ihnen der Vertragsbeitritt durch einen der federführenden BKK Landesverbände schriftlich bestätigt wird.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

- 1) ResMed verpflichtet sich, die Versorgung der Versicherten der BKK nach Maßgabe dieses Vertrages und für die in den Anlagen 1 und 3 näher benannten Produktarten entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem SGB V und dem Medizinproduktegesetz (MPG) wahrzunehmen.
- 2) Die Aufnahme weiterer Produkte / Produktgruppen kann in beiderseitigem Einvernehmen erfolgen und bedarf jeweils keines weiteren gesonderten Vertrages. Sie werden in den jeweiligen Anlagen zu diesem Vertrag schriftlich und einvernehmlich geregelt.
- 3) Weitere Produkte der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 können auf der Basis dieses Vertrages im Rahmen von Kostenvoranschlägen angeboten werden, auch wenn sie nicht in den Anlagen geregelt sind.
- 4) Der nach diesem Vertrag lieferberechtigte Leistungserbringer kann selbst oder unter Einschaltung von Kooperationsunternehmen, welche sowohl die Voraussetzungen nach den Anforderungen dieses Vertrages erfüllen, als auch entsprechend der Vorgaben des § 126 SGB V präqualifiziert sein müssen, tätig werden. Er trägt im Verhältnis zur BKK allein die Verantwortung für eine ordnungsgemäße Leistung.
- 5) Näheres zu dem Vertragsinhalt ist in den jeweiligen Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Nachstehend aufgeführte Anlagen sind Bestandteile dieses Vertrages.

Anlage	Bezeichnung
Anlage 1	Regelung über Vergütungspauschalen
Anlage 2	Versorgungsablauf Schlaftherapie
Anlage 3	Regelung Kauf-Wiedereinsatz
Anlage 4	Besondere Versorgungsformen - Versorgung von Kindern und Jugendlichen
Anlage 5	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 6	Empfangsbestätigung
Anlage 7	Betriebsstundenabfrage
Anlage 8	ResMed Niederlassungen
Anlage 9	Beitrittserklärung BKKn
Anlage 10	Beitrittserklärung Leistungserbringer

- 6) Die ResMed GmbH & Co.KG verpflichtet sich, spätestens mit in Kraft treten dieses Vertrages eine Patronatserklärung/Bürgschaft den federführenden BKK Landesverbänden zu überreichen, aus der hervorgeht, dass bei einem Konkursausfall die Verpflichtungen dieses Vertrages bzw. aufgrund dieses Vertrages vollständig aufgefangen werden bzw. abgedeckt sind. Die Bürgschaft wird nach drei Jahren in der Höhe überprüft und ggf. angepasst.
- 7) Das Wahlrecht des Versicherten erstreckt sich über den Vertragspartner hinaus auch auf die beige-tretenen Leistungserbringer.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

- 1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist die Erfüllung der Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 SGB V.
- 2) ResMed ist zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung nach der Norm DIN EN ISO 13485:2003 zertifiziert. Das Qualitätsmanagement-System ist durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft geprüft und abgenommen. Die produktgruppenbezogene Dienstleistungs- und Servicequalität wird durch das QVH – Gütesiegel oder andere vergleichbare Institutionen bestätigt und jährlich erneuert. Diese ist auf Verlangen den BKK Landesverbänden vorzulegen. Voraussetzung für die Belieferung nach diesem Vertrag ist die erfolgreiche Präqualifizierung durch eine über den GKV Spitzenverband autorisierte Präqualifizierungsstelle. Die Präqualifizierung ist entsprechend der gesetzlichen bzw. vertraglichen Regelung nach § 126 SGB V regelmäßig zu erneuern. Dieses PQ-Zertifikat muss sich auf die von diesem Vertrag umfassten Produktgruppen beziehen.
- 3) ResMed ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der Präqualifizierungsstelle schriftlich mitzuteilen und den BKK Landesverbänden sogleich ein neues PQ-Zertifikat zu übersenden.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- 1) Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnis, der Hilfsmittel-

Richtlinien sowie des MPG. Im Rahmen der Wiederaufbereitung und dem Wiedereinsatz von Hilfsmitteln hat ResMed die RKI-Richtlinien zur Wiederaufbereitung und die Empfehlungen zur hygienischen Wiederaufbereitung von Hilfsmitteln der respiratorischen Heimtherapie des Fachverbandes Spectaris med zu beachten. ResMed verpflichtet sich, bei der Versorgung der Versicherten nur solche Hilfsmittel einzusetzen, die den Kriterien des europäischen Marktes entsprechen und im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder zur Aufnahme beantragt sind.

- 2) Eine Erstbelieferung mit medizinisch-technischen Geräten kann nur bei Vorliegen einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung und der erteilten Krankenkassengenehmigung zu Lasten der BKK erfolgen. Eine Belieferung der Hilfsmittel vor Genehmigung durch die BKK erfolgt auf Risiko von ResMed. Auswahl und Abgabe der Hilfsmittel haben nach Maßgabe der vertragsärztlichen Verordnung so zu erfolgen, dass die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 12 SGB V). Qualität und Funktionstauglichkeit der abzugebenden Hilfsmittel haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 70 SGB V). Hier ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Verordnung (vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92, Abs. 1 Nr. 6 SGB V) maßgeblich. Die Voraussetzungen für die Nachbelieferung sind in den jeweiligen Anlagen geregelt.
- 3) Für die Regelversorgung entscheidet sich die BKK mit der Beitrittserklärung, ob die Versorgung über eine Fallpauschale oder im Kauf-/Wiedereinsatzverfahren durchgeführt werden soll. Alle Versorgungen werden dann entsprechend dieser ersten Entscheidung durchgeführt. Davon abweichend können für einzelne Versorgungsfälle im gegenseitigen Einvernehmen andere Versorgungsmodelle dieses Vertrages gewählt werden. Näheres dazu regeln die Anlagen 1 und 3.
- 4) Die ordnungsgemäß ausgestellte gültige vertragsärztliche Verordnung für das beanspruchte Hilfsmittel hat neben der Bezeichnung des Hilfsmittels und/oder der ersten sieben Stellen der Hilfsmittelpositionsnummer und/oder der Produktart und der Verordnungsmenge folgende Angaben zu enthalten:
 - a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassenummer)
 - b. Name der Krankenkasse
 - c. Versichertennummer
 - d. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - e. Vertragsarztnummer (sofern vorhanden)
 - f. Ausstellungsdatum des Verordnungsblattes
 - g. Versichertenstatus
 - h. Vertragsarztstempel
 - i. Unterschrift des Vertragsarztes
 - j. Art des Hilfsmittels oder Hilfsmittelnummer
 - k. Diagnose, Diagnoseschlüssel (soweit diese vom Arzt angegeben)
 - l. Kennzeichnung „Gebühr Pfl“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstige“ (soweit Zutreffendes vom Arzt angegeben wurde).
- 5) ResMed hat fehlende Angaben auf dem Kostenvoranschlag zu ergänzen. Das Ausstellungsdatum, die Unterschrift des Arztes und der Vertragsarztstempel müssen bei der Abrechnung vorliegen. Weitere Mindestangaben sind neben den Angaben nach Absatz 3 Satz 1 die Angaben nach Buchstabe a) oder b), c) oder d), die vollständig auf der Verordnung angegeben werden müssen. Formfehler nach a) – d) können im Einzelfall vom Leistungserbringer geheilt werden. Änderungen sind vom Leistungserbringer vor der Abrechnung abzuzeichnen. Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt oder ist das Kreuz einem Feld nicht eindeutig zuzuordnen, gilt der Versicherte als nicht von der Zahlung befreit, es sei denn, der Versicherte legt dem Leistungserbringer einen gültigen Be-

freigungsbescheid der BKK vor.

- 6) Neben den Verordnungen auf dem dafür vorgesehenen vertragsärztlichen Verordnungsmuster (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die BKK in den Fällen, in denen eine Krankenhausentlassung von einer entsprechenden Hilfsmittelversorgung abhängig ist auch nicht den Hilfsmittelrichtlinien entsprechende ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Die Inhalte der Verordnung müssen jedoch den Vorgaben der Hilfsmittelrichtlinien entsprechen. Somit kann die Form in begründeten Fällen von Muster 16 abweichen.
- 7) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt oder die verantwortlichen medizinischen Vertreter der zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden.
- 8) Die Abgabe der Hilfsmittel erfordert eine Autorisierung durch den Hersteller, sofern ResMed nicht selbst Hersteller ist. Der Nachweis darüber ist auf Anforderung zu erbringen.
- 9) ResMed stellt sicher, dass die verordneten Hilfsmittel sorgfältig, einwandfrei und unverzüglich abgegeben werden. Nach Eingang der Verordnung und erforderlichenfalls der Genehmigung der BKK erfolgt die Abgabe innerhalb von 48 Stunden. Folgende Ausnahme wird zugelassen: Am Freitag bis 11:00 Uhr bestellte Ware muss, soweit mit dem Versicherten nicht anders vereinbart, spätestens am Montag abgegeben werden. Die Beweislast für den abweichenden Versorgungszeitpunkt trägt ResMed. ResMed verpflichtet sich zur kurzfristigen Terminvereinbarung mit dem Versicherten oder dessen Angehörigen. Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel durch Verschulden des Leistungserbringers, so stellt diese dem Versicherten leihweise und ohne Aufpreis ein gleichwertiges Modell bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung.
- 10) ResMed hat den Service einschließlich Reparatur und Ersatzlieferung zu übernehmen und während der Nutzungszeit zu garantieren. Er stellt sicher, dass Reparaturen unverzüglich durchgeführt werden und dem Versicherten – soweit erforderlich – ein entsprechendes Hilfsmittel für die Dauer der Reparatur leihweise zur Verfügung gestellt wird.
- 11) ResMed setzt ausschließlich fachlich entsprechend qualifiziertes Personal zur Hilfsmittelversorgung, Beratung sowie Einweisung des Versicherten und/oder dessen pflegenden Angehörigen und/oder dessen Pflegedienst in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels ein und trägt dafür Sorge, dass die Mitarbeiter sich regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der BKK ist ein Nachweis vorzulegen.
- 12) Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf.
- 13) Entsprechend der Vorschriften des MPG und der Herstellerangaben erfolgt die Ersteinweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung und den Gebrauch des Hilfsmittels sowie in das zum Betrieb notwendige Verbrauchsmaterial und Zubehör. Weiteres regeln die entsprechenden Anlagen.
- 14) Neben der fachgerechten Versorgung mit den Hilfsmitteln beinhaltet die Versorgung alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung/Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch. Hausbesuche sind bei Bedarf darin enthalten. Weitere Details sind in den Anlagen 1 bis 3 der jeweiligen Produktgruppen beschrieben.
- 15) ResMed gewährleistet bundesweit einen 24h-technischen Notdienst. Die Notdienst-Zentrale ist telefonisch täglich 24 Stunden, auch an Sonn- und Feiertagen, für Versicherte erreichbar. ResMed stellt sicher, dass im Notfall die erforderlichen Hilfeleistungen ermittelt und unverzüglich bearbeitet werden. Bei nicht lebenserhaltenden Geräten erfolgt die Bearbeitung am nächst folgenden Werktag. Bei lebenserhaltenden Therapiegeräten erfolgt die erforderliche Hilfeleistung durch einen technischen Notdienst, in der Regel mit einer Reaktionszeit von maximal 4 Std. Die Details zur Kostenübernahme werden in den jeweiligen Anlagen geregelt. Die Notdienstnummern sind den Versicherten oder deren Betreuungsperson(en) bekannt zu geben und deutlich sichtbar auf dem Hilfs-

mittel anzubringen. Durch die Notdienst-Telefonnummer dürfen dem Versicherten – im Vergleich zu normalen Orts- bzw. Ferngesprächen – keine Mehrkosten entstehen.

- 16) Eine über das erforderliche Maß hinaus gehende Versorgung des Versicherten ist nur zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich eine Versorgung über das erforderliche und wirtschaftliche Maß wünscht. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Soweit der Versicherte ausdrücklich mit höherwertigen Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V versorgt werden möchte, hat ResMed dies entsprechend gesondert zu dokumentieren und auf Verlangen der BKK zu übermitteln (Anlage 5).
- 17) Der BKK steht es frei, jede Leistung in der ihr im Einzelfall geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Ergibt eine Nachprüfung, dass der Versicherte nach Auffassung der BKK keinen Anspruch (mehr) auf das Hilfsmittel hat oder die Leistungspflicht beendet ist, informiert die BKK den Leistungserbringer hierüber in schriftlicher Form.
- 18) ResMed informiert den Versicherten bzw. den gesetzlichen Vertreter über die Eigentumsverhältnisse sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person sowie die Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels unter Angabe des Datums schriftlich bestätigen.
- 19) Die federführenden BKK Landesverbände enthalten einmal jährlich auf Anforderung eine Aufstellung mit folgendem Inhalt:
 - Teilnehmende Betriebskrankenkassen
 - Versorgungsart : Pauschale (Menge und Produktgruppe) oder Kauf-/Wiedereinsatz (Anzahl der Geräte)
 - Versorgungszeitraum

§ 5 Genehmigung

- 1) Alle Versorgungsanträge aufgrund einer nach in Kraft treten des Vertrages ausgestellten ärztlichen Verordnung müssen der zuständigen BKK zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Genehmigung soll i. d. R. innerhalb von 10 Arbeitstagen erfolgen. Die BKK kann auf die Vorlage nach Satz 1 ganz oder teilweise verzichten.
- 2) Genehmigungen für die diesem Vertrag unterliegenden Versorgungsleistungen können per Post oder per Telefax eingeholt werden. Sollte eine Veränderung der Abwicklung der Genehmigung über eine elektronische Hilfsmittelpattform oder in andere Weise gewünscht sein, so verständigen sich die Vertragspartner darauf, kurzfristig die mögliche Umsetzung zu verhandeln und ein einheitliches Abwicklungsverfahren zu vereinbaren.

§ 6 Gewährleistung/Produkthaftung

- 1) ResMed verpflichtet sich die Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes, des Medizinproduktegesetzes (MPG) und die Empfehlungen des Herstellers einzuhalten und übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Auslieferung an den Versicherten. Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.
- 2) Bei Verlust des Hilfsmittels, unsachgemäßem Gebrauch oder Beschädigung, die im Einflussbereich des Versicherten liegen, entsteht kein Ersatzanspruch gegenüber dem Leistungserbringer auf dessen Kosten. Dasselbe gilt bei nutzungsbedingtem Verschleiß oder gebrauchtsbedingtem Verfall.

- 3) ResMed haftet für die Mitarbeiter in gleichem Umfang wie für sich selbst. Darüber hinaus trägt sie die fachliche Verantwortung für ihre Mitarbeiter.
- 4) Eine Haftung der BKK oder der BKK Landesverbände für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.
- 5) ResMed ist verpflichtet, zur Absicherung des Haftungsrisikos nach den vorstehenden Absätzen eine Betriebshaftpflichtversicherung für jeden möglichen Versicherungsfall in Höhe von mind. 3.000.000 EUR für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 EUR für Vermögensschäden abzuschließen und für die Dauer der Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag vorzuhalten.
- 6) ResMed haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstandenen Schäden nach den gesetzlichen Vorschriften, die dem Versicherten, der beteiligten BKK oder Dritten durch Hilfsmittel aufgrund einer fehlerhaften Abgabe entstehen. Eine Haftung der beteiligten BKK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- 7) Kommt ResMed schuldhaft seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht rechtzeitig nach, so gerät ResMed in Verzug. Nach Klärung mit ResMed und deren fehlender zeitnaher Nachbesserung ist die BKK berechtigt, die Versorgung des Versicherten durch einen anderen beigetretenen Leistungserbringer sicherzustellen. In diesem Fall hat der nicht rechtzeitig liefernde Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung nach den Verzugsvorschriften des Bürgerlichen Rechts zu tragen. Dieser Betrag ist sofort fällig. § 288 BGB findet Anwendung. Die BKK behält sich die Aufrechnung vor.

§ 7 Preisgestaltung

Die Preisgestaltung wird in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelt (siehe Anlagenverzeichnis).

§ 8 Zuzahlung

Der Einzug der Zuzahlungen durch den Leistungserbringer erfolgt nach § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V in Verbindung mit der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände und deren Ergänzungen in der jeweils gültigen Fassung. Näheres regeln die jeweiligen Anlagen.

§ 9 Datenschutz

- 1) ResMed verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten und der Sozialdaten (BDSG, SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.
- 2) ResMed unterliegt hinsichtlich der personenbezogenen Daten und der Sozialdaten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen BKK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- 3) ResMed erhebt, verarbeitet und nutzt die Sozialdaten ausschließlich im Rahmen des vertraglich festgelegten Umfangs und gemäß den Vorgaben aus den einschlägigen Sozialgesetzbüchern.

- 4) ResMed hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

§ 10 Werbung / Depotverbot

- 1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich weder auf Inhalte dieses Vertrages noch auf die Leistungspflicht der BKK beziehen.
- 2) Die Grundsätze von § 128 Abs. 1 SGB V sind zu beachten.

§ 11 Abrechnung

- 1) Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des § 302 SGB V durch den Leistungserbringer bei der von der BKK benannten Abrechnungsstelle. Die abrechnungsbegründenden Unterlagen sind im Original einzureichen. Die Rechnungen müssen grundsätzlich folgende Unterlagen enthalten:
 - das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
 - die Krankenversichertennummer
 - den Namen und Vornamen sowie Geburtsdatum des Versicherten
 - den Versichertenstatus
 - ärztliche Verordnung
 - ggf. Versorgungsanzeige
 - Angabe der Hilfsmittelnnummer
 - die Rechnungsnummer oder Genehmigungsnummer
 - Leistungskennzeichen
 - die Gesamtsumme (brutto) je Versicherten
 - Empfangsbestätigung des Versicherten
- 2) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben durch die BKK nach Eingang der Abrechnungsdaten bei der von der BKK benannten Stelle innerhalb von 28 Tagen.
- 3) Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- 4) Sachliche, rechnerische und andere Unrichtigkeiten können binnen 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Eine Aufrechnung mit anderen Forderungen des Leistungserbringers ist unzulässig.
- 5) Neben den Bestimmungen des § 302 SGB V gelten die Bestimmungen des § 303 SGB V. Hierbei sind fehlerhaft eingereichte Unterlagen einmalig mit dem Recht auf Nachbesserung zurückzuschicken.
- 6) Für die Übermittlung bzw. den Nachweis der erbrachten Leistungen (Empfangsbestätigung, Betriebsstundenabfrage etc.) werden die in den Anlagen 6 und 7 gemeinsam vereinbarten inhaltsgleichen Formulare verwendet.

§ 12 Zusammenarbeit

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung die-

ses Vertrages gemeinsam und zeitnah zu klären.

§ 13 Zusammenarbeit mit Dritten

- 1) Es gilt jeweils die Regelung des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- 2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht in Ihrer Verordnungsweise mit dem Ziel einer Gewinnmaximierung beeinflussen oder gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Wirtschaftliche Vorteile im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür.
- 3) Vertragsärzte dürfen nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit BKK über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die BKK die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.

§ 14 Vertragserfüllung / Maßnahmen bei Vertragsverstößen / Wiedergutmachung des Schadens

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung des Vertrages Sorge zu tragen: ResMed hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis betreffen, den BKK Landesverbänden unverzüglich mitzuteilen.
- 2) Die BKK Landesverbände haben das Recht, während der üblichen Betriebszeiten nach vorheriger Anmeldung die einzelnen Betriebe bzw. Filialen durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Der jeweilige Geschäftsführer des Betriebes / der Filiale, oder ein von ihm beauftragter Mitarbeiter hat das Recht diesem Termin beizuwohnen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Einzelfällen auch auf die Einsicht der Unterlagen, aus denen die durchgeführten Leistungen für die Versicherten der BKK ersichtlich sind.
- 3) Beachtet ResMed seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, können die BKK Landesverbände nach Anhörung des betroffenen Leistungserbringers über geeignete Maßnahmen entscheiden.

Als solche kommen in der nachfolgenden Reihenfolge in Betracht:

- a. Anhörung des Leistungserbringers mit dem Recht auf Nachbesserung
- b. Verwarnung, ggf. mit Auflagen
- c. Vertragsstrafe bis 25.000,- EUR je Fall bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen
- d. Außerordentliche Kündigung der Vereinbarung nach § 15

Die Vertragsstrafe wird insbesondere bei folgenden Vertragsverstößen fest gelegt:

- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen nach der Maßgabe der gesetzlichen und / oder vertraglichen Bestimmungen;
- Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung; Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordneten Vertragsarzt;
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Manipulation von Abrechnungsdaten;
- Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen; oder anderer Vorteilsgewährung für Verordner;
- Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz;
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

Die Entscheidung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen.

- 4) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 3 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.
- 5) Die Einleitung möglicher strafrechtlicher Schritte bleibt hiervon unberührt.

§ 15 Schlussbestimmungen

- 1) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, oder sollte sich eine Lücke herausstellen, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.
- 2) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 71 Abs. 4 SGB V. Sollte der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet werden, treten die Parteien in neue Vertragsverhandlungen ein.
- 3) Dieser Vertrag ersetzt und hebt mit Vertragsbeginn alle früheren mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen der Vertragspartner in Hinblick auf den Vertragsgegenstand auf. Das schließt auch die bisherigen Verträge der dem Vertrag beigetretenen BKK ein, soweit der Vertragspartner identisch ist.
- 4) Änderungen oder Ergänzungen zu diesem Vertrag bedürfen der Schriftform.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Der Vertrag tritt am 01.05.2012 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten Verordnungen. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 30.04.2014. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt. ResMed kann den Vertrag grundsätzlich nur gegenüber den BKK Landesverbänden mit Wirkung für und gegen alle einbezogenen BKK kündigen.
Wird dieser Vertrag durch einen Vertragspartner gekündigt, haben die anderen Vertragspartner ein außerordentliches Kündigungsrecht zum gleichen Termin.
- 2) Der Vertrag kann darüber hinaus von der einzelnen BKK gegenüber den Vertragspartnern mit der in Absatz 1 genannten Frist gekündigt werden.
- 3) Die Anlagen zu diesem Vertrag können durch die BKK Landesverbände oder ResMed gesondert mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals, erstmalig zum 30.09.2013 schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag bleibt davon jedoch grundsätzlich unberührt. Die Regelungen und

Preise gelten im Fall einer Kündigung als Abrechnungsgrundlage bis zu einer Neuregelung, maximal allerdings sechs Monate ab Wirksamwerden der Kündigung, fort.

- 4) Laufende und bereits vergütete Versorgungsleistungen sind von der Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraumes nach diesem Vertrag zu Ende geführt.
- 5) Ergeben sich Änderungen im Ablauf dieses Vertrages, können diese einvernehmlich kurzfristig entsprechend der Bedingungen dieses Vertrages geändert werden. Die Vertragsgültigkeit bleibt hiervon unberührt.

Frankfurt/Main, Höchststadt, Martinsried und München, den 23.04.2012



Unterschrift
BKK Landesverband Bayern
München



Unterschrift/ Stempel
ResMed
Martinsried und Höchststadt



Unterschrift
BKK Landesverband Hessen
Frankfurt/Main



RESMED

ResMed GmbH & Co. KG

Fraunhoferstr. 16 · 82152 Martinsried
Postfach 1535 · 82144 Martinsried
Deutschland · Germany
Tel. +49 89 99 01-00 · Fax +49 89 99 01-10 55
reception@resmed.de · www.resmed.de

RESMED

ResMed Medizintechnik GmbH
Große Bauerngasse 5B
91315 Höchststadt a. d. Aisch

Tel +49 9193 6331-0
Fax +49 9193 6331-20
medizintechnik@resmed.de
www.resmed-medizintechnik.de

**Anlagenverzeichnis zum Vertrag zwischen den BKK Landesverbänden
Bayern und Hessen und ResMed**

Anlage	Bezeichnung
--------	-------------

Anlage 1	Regelung über Vergütungspauschalen
Anlage 2	Versorgungsablauf Schlaftherapie
Anlage 3	Regelung Kauf-Wiedereinsatz
Anlage 4	Besondere Versorgungsformen - Versorgung von Kindern und Jugendlichen
Anlage 5	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 6	Empfangsbestätigung - Eigentum BKK
Anlage 7	Betriebsstundenabfrage
Anlage 8	ResMed-Niederlassungen
Anlage 9	Beitrittserklärung BKKn
Anlage 10	Beitrittserklärung Leistungserbringer

Anlage 1

Regelungen über Vergütungspauschalen

1. Die Erstversorgung erfolgt gemäß ärztlicher Verordnung. Die Auswahl des Therapiegerätes liegt in der Entscheidung des Leistungserbringers.
2. Für die nicht über Pauschalvergütung abgedeckten Produkte und Dienstleistungen sind Kostenvorschläge einzureichen.
3. Werden vom Versicherten Leistungen benötigt, die über das übliche oder medizinisch notwendige Maß hinausgehen, werden die Gründe des Mehrbedarfs durch ResMed beim Versicherten überprüft. ResMed wirkt darauf hin, dass die im Leistungsumfang definierte Menge an Zubehör und Verbrauchsmaterial für den Versicherten ausreichend ist. Liegt der durchschnittliche Mehrbedarf in einer Erkrankung oder speziellen Versorgungssituation des Versicherten begründet, kann ResMed gegenüber der leistungspflichtigen BKK einen Kostenvorschlag einreichen, um diesen Mehrbedarf zur Bewilligung für den Versicherten zu beantragen und nach Bewilligung separat zur Versorgungspauschale abzurechnen.
4. Ist aufgrund medizinischer Notwendigkeit eine Umversorgung auf ein Gerät einer höherwertigen Produktgruppe erforderlich, wird dieses der BKK angezeigt und durch eine ärztliche Verordnung nachgewiesen. Nach Genehmigung durch die BKK wird der Restwert der laufenden Versorgungspauschale anteilig für volle Jahre Restlaufzeit zurückerstattet und die neue Pauschale für das höherwertige Gerät beginnt als Folgepauschale mit Geräteausgabedatum.
5. Bei Verlust oder Schäden am Hilfsmittel, die der Versicherte zu vertreten hat, hat der Versicherte die entstandenen Schäden in Höhe des Restwertes des Gerätes zu ersetzen.

Nachstehende Hinweise beziehen sich auf die Preistabellen

- A. Die Tracheostomapauschale umfasst alle erforderlichen und ärztlich verordneten Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien wie z.B. Verbandmaterialien, Produkte der Produktgruppe 12 (Hilfsmittel bei Tracheostoma), erforderlichenfalls auch der Produktgruppe 01 (Absaugung) einschließlich der Zubehörteile und Verbrauchsmaterialien, Inhalationsgerät mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien (ausgenommen Inhaliergeräte, die der Beatmung zuzurechnen sind).
- B. Die Pauschale für Druckgasflaschen beinhaltet den medizinischen Sauerstoff einschließlich der benötigten Flasche, die Anlieferung (frei Haus), Installation, Einweisung, Sicherheitsprüfung, Gefahrenzuschlag usw. Lieferungen bis zu 4 Flaschen im Monat können direkt, ohne vorherige Genehmigung, jedoch mit der originalärztlichen Verordnung, abgerechnet werden. Eine Dauerversorgung mit entsprechender Indikation ist bis zu 6 Monaten möglich.
- C. Die Pauschale für Druckminderer und Sauerstoffsparventil beinhaltet alle notwendigen Leistungen ohne die Sauerstoff-Flaschenfüllung. Die erste Flaschenfüllung ist enthalten.
- D. Die Beatmungspauschalen enthalten das medizinisch notwendige Zubehör (bei Bedarf und medizinischer Erforderlichkeit). In der Regel sind dies jährlich 1-2 Konfektionsmasken (nasal oder Fullface) inkl. Kopfband (umfasst Silikon- und Gelmasken in allen Größen), Ausatemventil, Schlauchsystem, Feinfilter, Grobfilter, Bakterienfilter. In Einzelfällen erforderliche Wechselrichter oder Allergiefilter sind gesondert abrechenbar.

PG 01		Absaugung			
Positionsnummer	LK	Inhalt der Pauschale	Laufzeit in Monaten	Preis netto	Bemerkung
01.24.01.1881	08/09	Absaugung mit geringer/normaler Saugleistung, netzabhängig. Gerätepauschale inkl. Erstausstattungspaket für Verbrauchsmaterial (50 Absaugkatheter, 1 Ersatzfilter, 2 Fingertips)	60	370,00 €	
01.24.02.1881	08/09	Absaugung mit geringer/normaler Saugleistung, netzunabhängig. Gerätepauschale inkl. Erstausstattungspaket für Verbrauchsmaterial (50 Absaugkatheter, 1 Ersatzfilter, 2 Fingertips)	60	490,00 €	
01.99.01.0991	08/09	Monatspauschale Verbrauchsmaterial (z.B. Absaugkatheter)	1	130,00 €	
PG 12/PG 27		Tracheostoma und Laryngektomie			A.
Die Pauschale umfasst bis einschließlich Trachealkanüle inkl. künstlicher Nase alle medizinisch erforderlichen Verbrauchsartikel. Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich (z. B. Medikamentenvernebler bei invasiver Beatmung über das Schlauchsystem "Aeroneb " bzw. "Multisonic-InfraControl").					
12.24.99.1991	08	Tracheostoma unbeatmet Erstversorgung	1	756,50 €	
12.99.99.1991	09	Tracheostoma unbeatmet Folgeversorgung	1	378,25 €	
12.24.99.1992	08	Tracheostoma beatmet Erstversorgung	1	874,00 €	
12.99.99.1992	09	Tracheostoma beatmet Folgeversorgung	1	437,00 €	
12.24.99.1995	08	Laryngektomiert mit Stimmprothese Erstversorgung	1	756,00 €	
12.99.99.1995	09	Laryngektomiert mit Stimmprothese Folgeversorgung	1	378,00 €	
12.24.99.1996	08	Laryngektomiert ohne Stimmprothese Erstversorgung	1	522,00 €	
12.99.99.1996	09	Laryngektomiert ohne Stimmprothese Folgeversorgung	1	261,00 €	
12.24.99.1994	08/09	Aufschlag für Kinderversorgungen bis zum 16. Lebensjahr		100,00 €	
PG 14		Sauerstofflangzeittherapie			
Patientenversorgung Mobil					
14.99.99.6662	08/09	Sauerstoffversorgung im Rahmen einer Langzeittherapie als Vollversorgung bis zu einer Flow-Rate von 2 l/min	1	230,00 €	
14.99.99.6664	08/09	Sauerstoffversorgung im Rahmen einer Langzeittherapie als Vollversorgung bis zu einer Flow-Rate von 4 l/min	1	245,00 €	
14.99.99.6666	08/09	Sauerstoffversorgung im Rahmen einer Langzeittherapie als Vollversorgung bis zu einer Flow-Rate von 6 l/min	1	295,00 €	
14.99.99.6667	08/09	Sauerstoffversorgung im Rahmen einer Langzeittherapie als Vollversorgung bei einer Flow-Rate über 6 l/min	1	KV	
Patientenversorgung Teilmobil					
14.24.04.0900	08	Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig (inkl. bis zu 3 Druckgasflaschen monatlich, Druckminderer, ggf. Sparventil)	3	489,00 €	

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Positionsnummer	LK	Inhalt der Pauschale	Laufzeit in Monaten	Preis netto	Bemerkung
14.24.04.0901	09	Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig (inkl. bis zu 3 Druckgasflaschen monatlich, Druckminderer, ggf. Sparventil)	12	795,00 €	
Patientenversorgung Immobil					
14.24.04.0912	08/09	Sauerstoffkonzentrator, stationär	12	435,00 €	
14.24.04.0948	09	Sauerstoffkonzentrator, stationär	48	480,00 €	
14.99.99.1999		Druckgasflaschen bis 10 l	pro Füllung	28,00 €	B.
14.24.05.0960	08/09	Druckminderer mit Flowmeter	60	120,00 €	C.
14.24.05.4960	08/09	Sauerstoffsparsystem	60	310,00 €	C.
Beatmungsgeräte					
PG 14	<i>Versorgungen mit Beatmungsgeräten werden mit einer vorgeschalteten dreimonatigen Erstpauschale durchgeführt. Bei Weiterführung der Versorgung kann zwischen weiterer Einmonatspauschale oder der Einjahrespauschale gewählt werden</i>				D.
Positionsnummer	LK	Inhalt der Pauschale	Laufzeit in Monaten	Preis netto	
14.24.10.0903	08	Erstversorgungspauschale für Gerät inkl. sämtliches, im Einzelfall medizinisch erforderliches Verbrauchsmaterial für manuell/automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit/ohne integrierbarem Befeuchter - NIV-Therapie	3	1.495,00 €	
14.24.12.0903	08	Erstversorgungspauschale für Gerät inkl. sämtliches, im Einzelfall medizinisch erforderliches Verbrauchsmaterial für automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden/lebenserhaltenden Beatmung mit/ohne integrierbarem Befeuchter - IV-Therapie	3	1.960,00 €	
14.24.12.1903	08	Baugleiches Zweitgerät Beatmung inkl. Verbrauchsmaterial	3	990,00 €	
14.24.10.0912	09	manuell anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit/ohne integrierbarem Befeuchter - NIV-Therapie - Folgeversorgungspauschale	12	2.800,00 €	
14.24.11.0912	09	automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit/ohne integrierbarem Befeuchter - NIV-Therapie - Folgeversorgungspauschale	12	3.190,00 €	
14.24.10.0901/ 14.24.11.0901	09	automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden oder lebenserhaltenden Beatmung - NIV-Therapie , Folgepauschale nach Erstversorgungsphase	1	445,00 €	
14.24.12.0901	09	automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden oder lebenserhaltenden Beatmung - IV-Therapie , Folgepauschale nach Erstversorgungsphase	1	695,00 €	
14.24.12.1901	08/09	Baugleiches Zweitgerät Beatmung inkl. Wartung und STK	1	298,00 €	

Vereinbarte Preise sämtlich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer

PG 14		Schlaftherapie (vgl. auch Anlage 2)		
Positionsnummer	LK	Inhalt der Pauschale	Laufzeit in Monaten	Preis netto
Gerät inkl. Tasche, bei Bedarf Wartung nach Herstellervorgaben und Reparatur inkl. Leihgerätstellung, Zubehör enthalten (bei Bedarf und medizinischer Erforderlichkeit): 1-2 Konfektionsmasken (Nasal oder Fullface) inkl. Kopfband (umfasst Silikon- und Gelmasken in allen Größen), Ausatemventil, Schlauchsystem, Feinfilter, Grobfilter.				
14.24.20.0996	08	nCPAP ein Druckniveau mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Erstpauschale	6	310,00 €
14.24.20.0912	09	nCPAP ein Druckniveau mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Folgepauschale	12	460,00 €
14.24.21.0996	08	nCPAP Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau) mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Erstpauschale	6	310,00 €
14.24.21.0912	09	nCPAP Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau) mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Folgepauschale	12	460,00 €
14.24.22.0996	08	nCPAP zwei Druckniveaus mit/ohne integrierbarem Befeuchter Erstpauschale	6	310,00 €
14.24.22.0912	09	nCPAP zwei Druckniveaus mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Folgepauschale	12	540,00 €
14.24.23.0996	08	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Erstpauschale	6	310,00 €
14.24.23.0912	09	Bilevel-CPAP-Spezialgeräte (automatisch anpassendes Druckniveau mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Folgepauschale	12	540,00 €
14.24.24.0996	08	Zeitgesteuerte Bilevel-CPAP-Geräte (ST-Funktion, zwei Druckniveaus) mit/ohne integrierbarem Befeuchter. Erstpauschale	6	450,00 €
14.24.24.0912	09	Zeitgesteuerte Bilevel-CPAP-Geräte (ST-Funktion, zwei Druckniveaus) mit/ohne integrierbarem Befeuchter. Folgepauschale	12	920,00 €
14.24.25.0996	08	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardio-respiratorischen Erkrankungen mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Erstpauschale	6	995,00 €
14.24.25.0912	09	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardio-respiratorischen Erkrankungen mit/ohne integrierbaren Befeuchter. Folgepauschale	12	1.950,00 €
Zubehör-Servicepauschalen bei Bestandsgeräten im Besitz der Krankenkasse				
Enthält sämtliches im Einzelfall medizinisch erforderliches Zubehör: 1-2 Konfektionsmasken (Nasal oder Fullface) inkl. Kopfband (umfasst Silikon- und Gelmasken in allen Größen), Ausatemventil, Schlauchsystem, Feinfilter, Grobfilter und Service, wie z.B. Wartung und STK nach Herstellervorgaben				
14.24.20.0900	12	Zubehör-/Servicepauschale für Bestandsgeräte der Gruppe 14.24.20.-14.24.23.	12	400,00 €
14.24.24.0900	12	Zubehör-/Servicepauschale für Bestandsgeräte der Gruppe 14.24.24.	12	550,00 €
14.24.25.0900	12	Zubehör-/Servicepauschale für Bestandsgeräte der Gruppe 14.24.25.	12	600,00 €
14.24.16.7002	00	Zuschlag für eine maßangefertigte Spezialmaske		KVA

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

PG 21	Monitoring			
Positionsnummer	LK	Inhalt der Pauschale	Laufzeit in Monaten	Preis netto
Enthält Gerät, sämtliches Verbrauchsmaterial wie Klebesensoren oder Fingerclip, Elektroden, Befestigungsmaterial, Atemsensoren, sowie die erforderlichen Dienstleistungen (Einweisung, Beratung, Anpassung und ggf. weitere Beratungsbesuche)				
21.24.02.0915	08/09	Herz- und Atemfrequenzmonitore	15	1.400,00 €
21.30.01.0915	08/09	Herz-, Atem- und Sauerstoffmonitore	15	3.300,00 €
21.30.02.0915	08/09	Pulsoxymeter bei SIDS-Diagnose	15	1.650,00 €

Anlage 2

PG 14 Schlaftherapie : Versorgungsablauf und Leistungsbeschreibung

Erstversorgungspauschale

Die Erstversorgungspauschale gilt für Versicherte, die nach Inkrafttreten dieses Vertrages erstmalig versorgt werden. Die Zahlung wird sofort nach der erfolgten Versorgung fällig.

Therapieakzeptanz

1. Zur Sicherstellung der Therapieakzeptanz ist nach der erstmaligen Ausgabe des Therapiegerätes eine Überprüfung in den ersten sechs Monaten vorgesehen. ResMed ermittelt innerhalb dieser Zeit das subjektive Empfinden des Versicherten und dokumentiert dieses sowie die Betriebs- bzw. Therapiestunden.
2. Ist ResMed der Nachweis versichertenseits nicht möglich, legt er den Vorgang der BKK zu Prüfung vor. Die BKK prüft zeitnah, ob eine Weiterversorgung gerechtfertigt ist.
3. Unterschreitet der Versicherte im Rahmen der Therapie eine durchschnittliche Therapiestundenzahl täglich von 3,5 Stunden informiert ResMed die BKK hierüber. Ist ein Abbruch der Therapie durch den Versicherten nicht gewollt, erfolgt die weitere Versorgung.

Folgepauschale

Die Weiterberechnung ist möglich, wenn folgender Ablauf eingehalten wird:

1. Spätestens vier Wochen vor Ablauf des Versorgungszeitraumes führt ResMed bei den mit Schlaftherapiegeräten versorgten Versicherten der BKK eine Adhärenzprüfung durch.
2. Bei einer durchschnittlichen nächtlichen Nutzung von mindestens 3,5 Stunden ist eine Abrechnung ohne Genehmigung durch die BKK möglich. Unterschreitet der Versicherte die Mindestnutzungsdauer, hat eine gesonderte Beratung – wenn erforderlich auch im häuslichen Umfeld des Versicherten – zu erfolgen. Diese kann auch den Verweis zur Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung beinhalten. Ist nach Auffassung von ResMed die Weiterführung der Therapie möglich und wahrscheinlich, ist der Vorgang der BKK vorzulegen. Die BKK hat innerhalb von maximal sechs Wochen nach Ablauf des Versorgungszeitraumes über die Weiterführung zu entscheiden. Liegt bis dahin keine Entscheidung vor, ist ResMed zur Abrechnung der Folgepauschale berechtigt.
3. Die Folgepauschale wird auch fällig, falls ein vor Beginn dieser Vereinbarung versorgter Patient mit einem Neugerät versorgt werden muss.

Service- und Zubehörpauschale

1. Die Service- und Zubehörpauschale für Bestandsgeräte gilt für alle Versorgungen mit Systemen zur Schlaftherapiebehandlung, die vor Inkrafttreten dieses Vertrages von der BKK genehmigt wurden (Bestandsgeräte der BKK) und die sich weiterhin beim Versicherten im Einsatz befinden. Sobald ein Leistungsfall wie Wartung, Reparatur oder Zubehörlieferung ausgelöst wird, wird die Pauschale einmal jährlich ohne vorherige Genehmigung der BKK abgerechnet. In diesen Fällen entfällt die Vorlage einer Versorgungsanzeige durch ResMed.
2. Mit der Zahlung der Service- und Zubehörpauschale sind alle Aufwendungen von ResMed zur Aufrechterhaltung der Versorgung des Versicherten (z.B. Montage, Anpassung, Wartung, 24- Stunden Bereitschaftsdienst, Reparatur einschließlich der erforderlichen Ersatzteilbeschaffung bzw. Abholung und Austausch der Geräte und Versorgung mit Verbrauchsmaterialien) abgegolten.

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21
gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

3. Hat eine dauerhafte Neu-/Tauschgeräteversorgung zu erfolgen, gilt die Regelung der regulären Folgeversorgung ab dem Ablauf der Jahresfrist der „Servicepauschale für Bestandsgeräte“.
4. Ein Übergang in eine reguläre Folgeversorgung findet statt, wenn eine Weiterversorgung mit einem Gerät von ResMed erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn Instandhaltungs-/Instandsetzungsmaßnahmen des Bestandsgerätes unwirtschaftlich sind.
5. Eine Unwirtschaftlichkeit ist grundsätzlich anzunehmen, wenn das Gerät älter als 5 Jahre ist oder 10.000 Betriebsstunden aufweist.

Anlage 3

Regelung über Kauf / Wiedereinsatz

Diese Anlage umfasst die Einzelheiten der Versorgungen im Kauf-/Wiedereinsatzverfahren.

Versorgung eines Versicherten

- 1) Vorrangig vor Neulieferung von Hilfsmitteln hat eine Poolbestandsabfrage zu erfolgen. Mit Datum der Erstellung des Kostenvoranschlages erfolgt eine Poolabfrage. Bei einer Negativ-Bestandsabfrage ist ResMed zur Versorgung mit einem Neugerät berechtigt. Bei einer positiven Poolabfrage ist ResMed verpflichtet auch Hilfsmittel aus anderen Lagerbeständen zu den Bedingungen dieses Vertrages abzuholen und auszuliefern. Näheres dazu regelt die Anlage „Poolversorgungen“.
- 2) Der Versicherte wird im Rahmen der Einweisung darauf hingewiesen, dass die BKK Eigentümerin der Hilfsmittel sowie des ergänzenden Zubehörs ist. ResMed vereinbart schriftlich für die BKK mit dem Versicherten die rechtlichen Bedingungen der leihweisen Überlassung von Hilfsmitteln im Rahmen des Neulieferung-/ Wiedereinsatzverfahrens. Der Nachweis erfolgt über die vom Versicherten unterschriebene Empfangsbestätigung.
- 3) Für Reparaturen und Wartungen ist keine ärztliche Verordnung notwendig.
- 4) Notdienstesätze können nach Aufwand abgerechnet und der BKK nach den Regelungen dieses Vertrages in Rechnung gestellt werden.
- 5) Nach Beendigung der Therapie erfolgt die Beauftragung des Leistungserbringers für die Abholung über die BKK. Der beauftragte Leistungserbringer kontrolliert den Zustand jedes Hilfsmittels und lagert das/die Hilfsmittel für die BKK ein. Reparaturbedürftige Geräte werden umgehend nach genehmigtem Kostenvoranschlag in Stand gesetzt, damit sie unmittelbar dem Wiedereinsatz zugeführt werden können. Die Kosten werden auf den Vorbesitzer berechnet.
- 6) Hilfsmittel, deren Reparaturkosten 70% des Neuwertes (basierend auf dem Vertragspreis) betragen, werden ausgesondert. Die Aussonderung bedarf der schriftlichen Zustimmung der jeweiligen BKK, die innerhalb von 30 Arbeitstagen erfolgen muss, ansonsten wird davon ausgegangen, dass der Aussonderung zugestimmt wurde.
- 7) Die Rückholung der Hilfsmittel wird von dem Leistungserbringer durchgeführt, der zur Lieferung des ursprünglichen Gerätes beauftragt war, bzw. wenn er von der BKK, in deren Eigentum sich das Hilfsmittel befindet, beauftragt wird.
- 8) Entscheidet sich eine beigetretene BKK für Versorgungspauschalen statt Kauf-/Wiedereinsatz wird im Einzelfall mittels Poolbestandsprüfung und Bewertung eine Rückkaufregelung der Poolbestandsgeräte vereinbart.

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

PG 01		Absaugsysteme	Kauf	
01.24.01.0/1		netzabhängig	650,00 €	
01.24.02.0/1		netzunabhängig	990,00 €	
PG 12		Tracheostoma	LP ./ 15 %	
PG 14		Inhalationsgeräte	LP ./ 10 %	
14.24.01.0				
PG 14		Sauerstoffkonzentratoren		
14.24.04.0xxx		stationär	675,00 €	
14.24.04.6004		Mobil (EverGo)	3.650,00 €	
14.24.04.2003		Befüllbare Systeme (IFill)	4.150,00 €	
PG 14		Beatmungsgeräte/Kauf <i>Versorgungen mit Beatmungsgeräten werden mit einer vorgeschalteten dreimonatigen Erstpauschale durchgeführt. Bei Weiterführung der Versorgung kann zwischen weiterer Pauschale oder Kauf des Gerätes gewählt werden</i>	Kauf nach vorgeschalteter Erstpauschale	Kauf ohne Erstpauschale
14.24.10.0903	LK 08	Vorgeschaltete dreimonatige Erstversorgungspauschale für Gerät inkl. sämtliches im Einzelfall medizinisch erforderliches Verbrauchsmaterial für manuell/automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit/ohne integrierbaren Befeuchter - NIV-Therapie	1.495,00 €	
14.24.12.0903	LK 08	Vorgeschaltete dreimonatige Erstversorgungspauschale für Gerät inkl. sämtliches im Einzelfall medizinisch erforderliches Verbrauchsmaterial für automatisch anpassbare Beatmungsgeräte zur intermittierenden/lebenserhaltenden Beatmung mit/ohne integrierbaren Befeuchter - IV-Therapie	1.960,00 €	
14.24.12.1903	LK 08	Vorgeschaltete dreimonatige Erstversorgungspauschale für baugleiches Zweitgerät Beatmung inkl. Verbrauchsmaterial	990,00 €	
14.24.10.0011		VPAP® III ST-A Quick Nav	5.000,00 €	5.400,00 €
14.24.10.3002		VPAP® III ST-A Quick Nav mit H2i	5.200,00 €	5.600,00 €
14.24.10.0020		Stellar 100	5.250,00 €	5.650,00 €
14.24.10.3008		Stellar 100 mit H4i	5.450,00 €	5.850,00 €
14.24.10.0/3		sonstige marktübliche Geräte	LP ./ 7 %	LP ./ 5 %
14.24.11.2005		VS III Einschlauchsystem	6.950,00 €	7.350,00 €
14.24.11.0009		Stellar 150	6.200,00 €	6.600,00 €
14.24.11.3004		Stellar 150 mit H4i	6.400,00 €	6.800,00 €
14.24.11.		sonstige marktübliche Geräte	LP ./ 7 %	LP ./ 5 %
14.24.12.1008		VS III Doppelschlauchsystem	7.950,00 €	8.350,00 €
14.24.12.1005		Elisée™ 150 mit Einschlauchsystem	7.950,00 €	8.350,00 €
14.24.12.1005		Elisée™ 150 mit Doppelschlauchsystem	8.850,00 €	9.250,00 €

14.24.12.	sonstige marktübliche Geräte		LP ./ 7 %	LP ./ 5 %
PG 14				
Befeuchtersysteme für Beatmung		Kauf nach vorgeschalteter Erstpauschale	Kauf ohne Erstpauschale	
14.24.17.1003	HumiCare 200		2.410,00 €	2.660,00 €
14.24.17.1xxx	HC 550		2.170,00 €	2.420,00 €
14.24.17.2017	HumidAire 2i (H2i)			250,00 €
14.24.17. 2036	HumidAire 4i (H4i)			250,00 €
14.24.17.3005	Warmluftbefeuchter PMH 5000		2.410,00 €	2.660,00 €
Zubehör Beatmung				
14.24.16.1xxx	Nasal-Masken			130,00 €
14.24.16.1xxx	Fullface-Masken			150,00 €
	Individualmasken/Totalfacemasken			KVA
	Verbrauchsmaterial Beatmungsgeräte			LP ./ 15 %
14.99.99.3004	Ersatzteile			LP ./ 10 %
PG 14				
Monatliche Zubehörpauschalen bei Kauf Beatmungsgeräte				
Der Leistungsumfang in der Zubehörpauschale richtet sich nach den üblichen medizinisch erforderlichen Mengen lt. Spectaris Hygieneempfehlungen in der jeweils aktuellen Version. Bei im Einzelfall erhöhten und medizinisch begründbaren Verbräuchen findet eine Einzelfallklärung statt.				
14.99.99.0901	LK 08	Zubehör/Verbrauchsmaterialpauschale Nicht-Invasiv, Erstpauschale	220,00 €	
14.99.99.0902	LK 08	Zubehör/Verbrauchsmaterialpauschale Invasiv, Erstpauschale	560,00 €	
14.99.99.0903	LK 09	Zubehör/Verbrauchsmaterialpauschale Nicht-Invasiv, Folgepauschale	110,00 €	
14.99.99.0904	LK 09	Zubehör/Verbrauchsmaterialpauschale Invasiv, Folgepauschale	280,00 €	
Beatmungsgeräte: Wiedereinsatz, Wartung, STK				
	Wiedereinsatz Beatmungsgerät		450,00 €	
	Wiedereinsatz Beatmungsgerät 14.24.10./14.24.11./14.24.12. mit Wartung		700,00 €	
	Wiedereinsatz Befeuchtersysteme für aktive Befeuchtung		100,00 €	
	Hygienische Aufbereitung bei Interimsversorgung		300,00 €	
	bei Verdacht auf Kontamination (z.B. MRSA), Abstrich und Gutachten, ob Aufbereitung erforderlich ist		70,00 €	
	Aufbereitung kontaminierter Geräte		850,00 €	
	Wartung gemäß Herstellervorgaben, mindestens einmal jährlich, Verschleißprüfung, Funktionsprüfung, Testlauf, Messgeräteprüfungen, STK, Arbeitszeit und Fahrtkosten (An- und Abfahrt) inklusive		250,00 €	

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21
gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

	Sicherheitstechnische Kontrolle für die grundsätzlichen Intervalle, Funktionsprüfung einschließlich Dokumentation, Arbeitszeit und Fahrtkosten (An- und Abfahrt) inklusive	185,00 €
	Reparaturen bei Beatmungsgeräten und Befeuchtersystemen - 1 AW (6 Minuten)	4,90 €
	Fahrtkosten bei Reparaturen für An-/Abfahrt, je Reparaturfall nur einmal ansetzbar ab Einsatzort	60,00 €
PG 14		
Schlaftherapie		
14.24.20.0	nCPAP Eindruckniveau	850,00 €
14.24.20.1	nCPAP Eindruckniveau mit Luftbefeuchter	1.050,00 €
14.24.21.0	nCPAP mit automatisch anpassendem Druckniveau	850,00 €
14.24.21.1	nCPAP mit automatisch anpassendem Druckniveau mit Luftbefeuchter	1.050,00 €
14.24.22.0	Bilevel-Gerätesysteme (Zweidruckniveau)	1.595,00 €
14.24.22.1	Bilevel-Gerätesysteme (Zweidruckniveau) mit Luftbefeuchter	1.795,00 €
14.24.23.0	Auto-Bilevel-CPAP Systeme	1.895,00 €
14.24.23.1	Auto-Bilevel-CPAP Systeme mit Luftbefeuchter	2.095,00 €
14.24.24.0	Bilevel ST Gerätesysteme	2.695,00 €
14.24.24.1	Bilevel ST Gerätesysteme mit Luftbefeuchter	2.895,00 €
14.24.25.0	Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	6.345,00 €
14.24.25.1	Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen mit Luftbefeuchter	6.545,00 €
Zubehör Schlaftherapie		
14.24.17.2	Luftbefeuchter	220,00 €
14.24.16.7002	Individualmasken	KVA
14.24.16.	Nasal-Masken	130,00 €
14.24.16.	Fullface-Masken	150,00 €
	Verbrauchsmaterial	LP ./ .15 %
	Ersatzteile	LP ./ .10 %
Wartung nach Gerätetyp		
	nCPAP-Systeme und nCPAP-Systeme mit automatisch anpassendem Druckniveau	110,00 €
	Bilevel – Systeme	110,00 €
	Bilevel – ST Systeme	175,00 €
	Kardiorespiratorische Systeme	230,00 €
Wiedereinsatz nach Gerätetyp		
	nCPAP-Systeme und nCPAP-Systeme mit automatisch anpassendem Druckniveau	130,00 €
	Bilevel – Systeme	130,00 €
	Bilevel – ST Systeme	160,00 €
	Kardiorespiratorische Systeme	220,00 €
	Atemluftbefeuchter (nur bei separater Auslieferung)	50,00 €

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 gemäß § 127 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

PG 21	Monitoring	Kauf nach vorgeschalteter Erstpauschale	Kauf ohne Erstpauschale
	Pulsoximeter/Kapnographen		
21.30.02.1005	Pulsoximeter sat 801	1.500,00 €	1.750,00 €
	Oximax® N 65™ Pulsoxymeter	450,00 €	655,00 €
	Oximax® N 85™ Kapnograph	2.650,00 €	2.850,00 €
21.30.02.1004	Oximax® N 560™ Pulsoxymeter	1.850,00 €	2.125,00 €
21.30.02.1007	Rad-8™ Pulsoxymeter	1.200,00 €	1.465,50 €
21.30.02.1002	VitaGuard® VG 310 Pulsoxymeter	2.400,00 €	2.420,00 €
	Weitere marktübliche Geräte	LP ./, 7%	LP ./, 5%
	Herz-, Atemfrequenz- und Sauerstoffmonitore		
21.24.02.4014	VitaGuard® VG 2100		2.335,00 €
21.30.01.0005	VitaGuard® VG 3100		4.095,00 €

Anlage 4

Besondere Versorgungsformen – Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Im Vorfeld der Versorgung muss mit unterschiedlichen Akteuren die individuelle Situation geklärt werden (z.B. Entwicklungsdynamik des Kindes, pflegerische Versorgung, Wohnform, Schule, Kindergarten. Weitere erforderliche Hilfsmittel, Verringerung von Folgeschäden...). Darüber hinaus muss das gesamte individuelle Umfeld des Kindes und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen ermittelt werden um dann das Versorgungskonzept zu erstellen.

Zur Basisermittlung wird der Statuserhebungsbogen von RehaKind verwendet und gemeinsam mit Ärztlicher Verordnung dem Kostenvoranschlag beigelegt. ResMed ist Fördermitglied bei RehaKind e.V.

Häufige Versorgungsfelder im Bereich Kinder und Jugendliche sind:

- Frühgeborenen Monitoring
- Angeborene Syndrome, die eine Langzeitbeatmung erforderlich machen
- Chronisch-progrediente Erkrankungen z.B. spinale Muskelatrophien, Muskeldystrophien
- Maskenberatung bei Kindern, die eine CPAP Therapie benötigen (anatomische Besonderheiten wie Unterkieferdeformationen oder verdickte Mandeln, die eine Obstruktion verursachen)

Hilfsmittelversorgung bei Kindern und Jugendlichen erfordern besonderes Augenmerk und besondere Fachkompetenz

- Der individuelle Bedarf, unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters und der sozialen Beziehungen (Familie, Kindergarten, Schule)
- Diagnose und den daraus folgenden Handlungssträngen und der Prognose
- Kontextfaktoren

1. Kauf-/Wiedereinsatzverfahren

Individuelle Versorgungskonzepte mit ausführlicher Begründung werden im Kostenvoranschlagsverfahren eingereicht.

2. Versorgungspauschalen

Individuelle Versorgungskonzepte mit ausführlicher Begründung werden im Kostenvoranschlagsverfahren eingereicht. Pauschalen werden in der Regel im Bereich der Überwachungsgeräte / Monitoring (PG 21) angesetzt. (Vgl. Preisübersichtstabelle)

Anlage 5
Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Daten des/der Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer: _____

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

Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden:

(Bezeichnung, Modell, Hersteller)

1. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____, ___ € trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können (z.B. Reparatur, Wartung, Ersatzbeschaffung).
2. Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenkasse habe.
3. Die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel ergeben sich aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Versicherten

Empfangsbestätigung
für Atemtherapiegeräte, Masken und Zubehör



Geräte-Barcode

Bitte hier aufkleben oder ausfüllen!

Modell _____

SN _____

Luftbefeuchter-Barcode

Bitte hier aufkleben oder ausfüllen!

Modell _____

SN _____

Auftrag/Rezeptnr. KUMA

Lagerort/Lagerplatz

ResMed Mitarbeiter (Druckbuchstaben)

Patienten-/Rechnungsanschrift

Name/Vorname

Geburtsdatum Kunden-Nr.

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon

Name des Schlaflabors/Krankenhauses

Behandelnder Arzt

Krankenversicherung

**Unbedingt alle Angaben der Versichertenkarte
Ihres Patienten eintragen!**

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

Kassennr. Versichertennr.

Versichertenstatus

Besteht eine Zuzahlungsbefreiung?

Ja, von _____ bis _____
 Nein

Kategorie Bezeichnung

CPAP
Typ CPAP-Druck EPR-Stufe

APAP
Typ Minimaldruck Maximaldruck EPR-Stufe

Auto Bilevel Bilevel Bilevel ST
Typ IPAP EPAP Insp.zeit Ti Min. (s) Ti Max. (s)

Atemfrequenz (BPM) Druckanstiegszeit (ms) Trigger Insp./Trigger Exsp. Druckunterstützung Alarme

AutoSet CS
Typ EPAP Druckunterstützung Min. DU Max. DU

Luftbefeuchter
Typ **Atemschlauch** Art.-Nr. Länge (cm)

Maske
Typ Art.-Nr. Größe Hersteller

Zubehör
Typ Art.-Nr. **weitere Zubehör** Typ Art.-Nr.

Oben genannte/r Patient/in bestätigt

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- Beschädigungen, die vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten zu beheben,
- das Hilfsmittel gegen Beschädigungen durch Dritte, Verlust und Diebstahl hinreichend zu sichern,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel dem Leistungserbringer zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen,
- einen Facharzt aufzusuchen soweit die tägliche Nutzung unter vier Stunden liegt oder es medizinische Probleme mit der Anwendung der Therapie gibt.

Ich wurde in die Handhabung und den Gebrauch des o.g. Hilfsmittels eingewiesen und habe die gerätespezifischen Unterlagen (z.B. Gebrauchsanweisung) erhalten. Die überlassenen Hilfsmittel stehen unter dem Eigentumsvorbehalt der Firma ResMed.

Ich erhalte eine Kopie dieser Empfangsbestätigung.

Die von mir nachstehend abgegebene Erklärung erfolgt freiwillig. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei Nichtabgabe der Einwilligungserklärung, die von mir bezogenen Medizinprodukte mir in Rechnung gestellt werden können.

In technischen Notfällen, wie z.B. Totalausfall Ihres Hilfsmittels, erreichen Sie uns kostenfrei von Mo. - Do. von 7:00 - 18:00 Uhr und Fr. von 7:00 bis 16:00 Uhr unter:

0800 2777000

In technischen Notfällen bei Beatmungsgeräten außerhalb der normalen Geschäftszeiten erreichen Sie uns kostenfrei unter:

0800 2770200

Mit der Weitergabe der ärztlichen Verordnung und in diesem Formular enthaltenen Daten, sowie – auch künftig erfasster – Informationen zu Gerätenutzungsdaten, Wartungsdaten ausschließlich zum Zwecke meiner Versorgung und Kostenabrechnung mit meiner Krankenversicherung, bin ich einverstanden.

Ja, ich möchte in regelmäßigen Abständen von ResMed per E-Mail über Neuigkeiten rund um das Thema schlafbezogener Atmungsstörungen informiert werden.

Ort, Datum **X** Unterschrift Patient

E-Mail-Adresse Patient **X** Unterschrift Patient

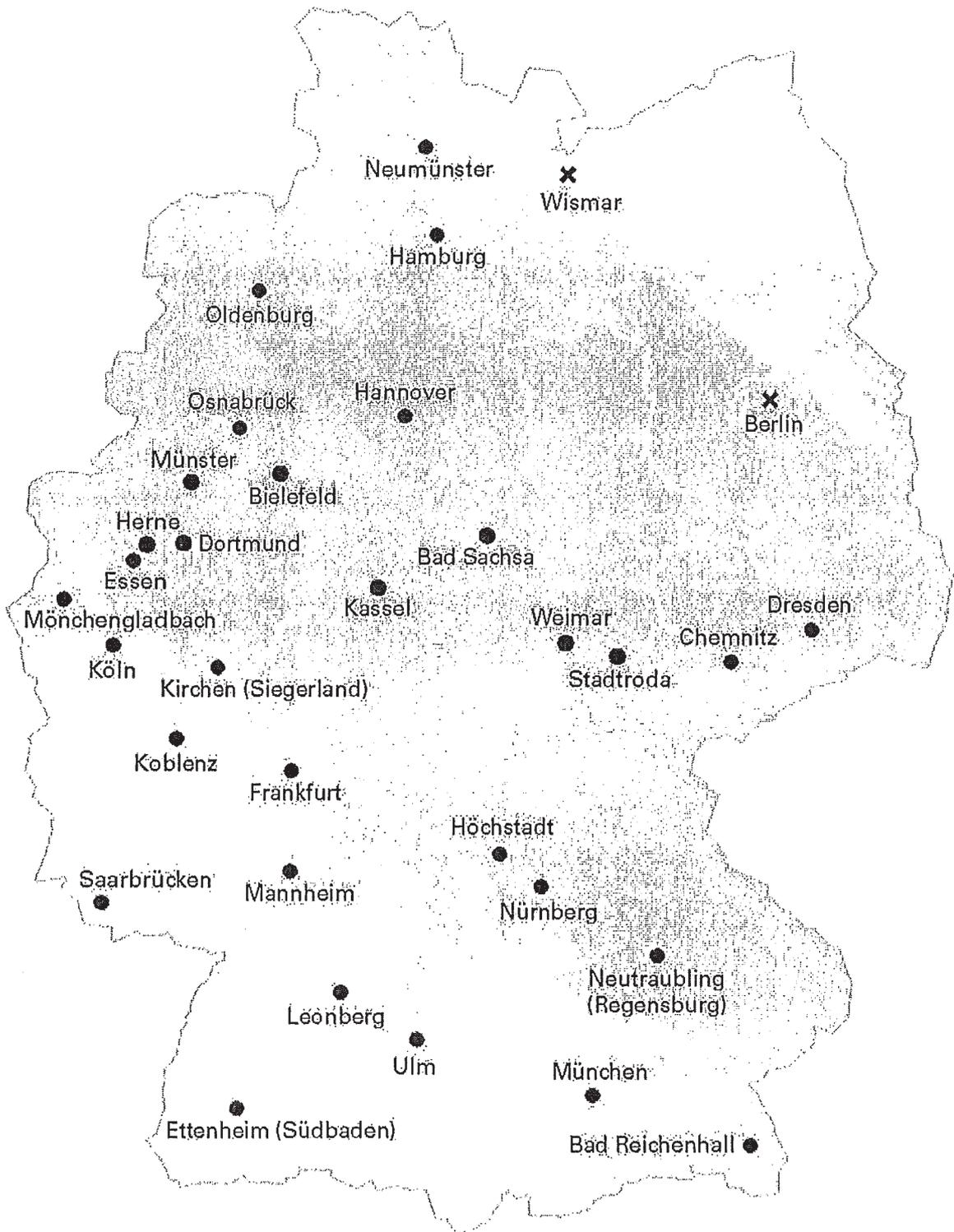


Stand: 01.04.2012

ResMed-Niederlassung	Adresse	Telefon / Fax
Bad Oeynhausen	Dienstleistungszentrum ResMed Weilandstraße 28a 32545 Bad Oeynhausen	Tel: 05731 18647-41 Fax: 05731 18647-42
Bad Reichenhall	Salzburger Straße 16 83435 Bad Reichenhall	Tel: 08651 76581-00 Fax: 08651 76581-19
Bad Sachsa	Dienstleistungszentrum / SMBZ Marktstraße 14 37441 Bad Sachsa	Tel: 05523 303 299 Fax: 05523 303 335
Bielefeld	Detmolder Straße 61 33604 Bielefeld	Tel: 0521 528150-00 Fax: 0521 528150-29
Chemnitz	Dienstleistungszentrum ResMed Flemmingstraße 2 f (5. Stock) 09116 Chemnitz	Tel: 0371 240 937-73 Fax: 0371 240 937-75
Dortmund	Freie-Vogel-Straße 391 44269 Dortmund	Tel: 0231 534798-0 Fax: 0231 534798-29
Dresden	Lockwitzer Straße 23-27 01219 Dresden	Tel: 0351 476916-00 Fax: 0351 476916-29
Düsseldorf	Kreuzbergstr. 69 40489 Düsseldorf	im Aufbau
Emsdetten	Marienstr. 45 48282 Emsdetten	im Aufbau
Essen	Am Handelshof 1 45127 Essen Besuchereingang: Akazienallee	Tel: 0201 565 878-0 Fax: 0201 565 878-78
Ettenheim	Industriepark Ettenheim Wolfsmatten 1 / Gebäude 160 77955 Ettenheim	Tel: 07822 78969-00 Fax: 07822 78969-19
Frankfurt	Oeder Weg 43 60318 Frankfurt am Main	Tel: 069 9592907-00 Fax: 069 9592907-20
Hamburg	Springeltwiete 4 / Eingang Ecke Altstädter Straße 20095 Hamburg	Tel: 040 3208478-10 Fax: 040 3208478-20
Hannover	Adolf-Emmelmann-Straße 8 Einkaufspark Klein Buchholz II 30659 Hannover	Tel: 0511 763987-00 Fax: 0511 763987-20
Herne	Hordeler Straße 5 44651 Herne (Wanne-Eickel)	Tel: 02325 66 203-60 Fax: 02325 66 203-69
Höchstadt	ResMed Medizintechnik GmbH Große Bauerngasse 58 91315 Höchstadt/Aisch	Tel: 09193 6331-0 Fax: 09193 6331-40
Kirchen	Bahnhofstraße 15 57548 Kirchen	Tel: 02741 93302-00 Fax: 02741 93302-19
Kassel	Marburger Straße 57 34127 Kassel	Tel: 0561 202 309-55 Fax: 0561 202 309-53
Koblenz	Moselweißer Straße 4 56073 Koblenz	Tel: 0261 921 997-00 Fax: 0261 921 997-09
Köln	Aachener Straße 382 (3. Stock) Ecke Maarweg 50933 Köln	Tel: 0221 650645-0 Fax: 0221 650645-45

Krefeld	Dienstleistungszentrum ResMed Herzchirurgiezentrum Lutherplatz 40 47805 Krefeld	Tel: 02151 76755-27 Fax: 02151 76755-26
Landshut	Robert-Koch-Str.1 84034 Landshut	im Aufbau
Leonberg	OCTOGON Böblinger Straße 29 / 2. Etage 71229 Leonberg	Tel: 07152 31968-40 Fax: 07152 31968-69
Mannheim	Augustaanlage 50 / Ecke Gluckstraße 68165 Mannheim	Tel: 0621 533943-10 Fax: 0621 533943-43
Mönchengladbach	Rudolfstraße 10 41068 Mönchengladbach	Tel: 02161 821207-0 Fax: 02161 821207-99
München	Fraunhoferstraße 16 82152 Martinsried	Tel: 089 9901-1225 Fax: 089 9901-1220
Münster	Hammer Straße 247 48153 Münster	Tel: 0251 396258-50 Fax: 0251 396258-55
Neumünster	Kuhberg 28 24534 Neumünster	Tel: 04321 558 67-00 Fax: 04321 558 67-19
Neutraubling	Sudetenstraße 5a 93073 Neutraubling	Tel: 09401 52874-00 Fax: 09401 52874-19
Nürnberg	Penzstraße 10 (EG) 90419 Nürnberg	Tel: 0911 923215-60 Fax: 0911 923215-89
Oldenburg	Eichenstraße 77a 26131 Oldenburg	Tel: 0441 770591-00 Fax: 0441 770591-29
Oldenburg	Dienstleistungszentrum ResMed Hauptstraße 85 26131 Oldenburg	Tel: 0441 408 8502 Fax: 0441 408 8602
Osnabrück	Lengericher Landstr. 11b 49078 Osnabrück Hellern	Tel: 0541 4067-779 Fax: 089 9901-2990
Saarbrücken	Neumühler Weg 30.5 66130 Saarbrücken	Tel: 0681 883 807-00 Fax: 0681 883 807-19
Stadtroda	Dienstleistungszentrum ResMed am Asklepios Fachklinikum Haus Felsenkeller Bahnhofstraße 1a 07646 Stadtroda	Tel: 036428 1695-30 Fax: 036428 1695-31
Ulm	Syrlinstraße 20/1 89073 Ulm	Tel: 0731 550438-0 Fax: 0731 550438-19
Weimar	Ahornallee 2 99428 Weimar	Tel: 03643 49342-00 Fax: 03643 49342-10

Aktuelles finden Sie im Internet unter:
<http://www.resmed.de/patienten/treffpunkt-resmed/standorte/>



Anlage 9

Beitrittserklärung BKK

Die

IK-Nr. _____

tritt dem Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 vom 23.04.2012 mit Wirkung zum _____ bei und entscheidet sich für nachfolgend aufgeführte Versorgungsmodelle (zutreffendes bitte ankreuzen):

Produktgruppe	Pauschale	Neukauf	
PG 01 Absaugung			
PG 12/27 Tracheostoma und Laryngektomie			
PG 14 Sauerstofflangzeittherapie			
PG 14 Beatmung		Mit vorgeschalteter Erstpauschale	Ohne vorgeschaltete Erstpauschale
PG 14 Beatmung – Zubehör			
PG 14 Schlaftherapie			
PG 21 Monitoring		Mit vorgeschalteter Erstpauschale	Ohne vorgeschaltete Erstpauschale

_____, den _____

Ort/Datum

Die BKK kann Ihren Beitritt mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 30.09.2013, kündigen. Die Kündigung ist mit eingeschriebenem Brief gegenüber dem BKK Landesverband Bayern zu erklären.

Ansprechpartner in der Betriebskrankenkasse:

Name: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ Email: _____

Unterschrift BKK / Stempel

Anlage 10

Verpflichtungsschein/Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum o.g. Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit medizintechnischen Hilfsmitteln der Produktgruppen 01, 12, 14 und 21 gemäß § 127, Abs. 2 SGB V vom 23.04.2012 zwischen dem BKK Landesverband Bayern sowie dem BKK Landesverband Hessen, handelnd für die dem Vertrag beigetretenen Betriebskrankenkassen und der ResMed GmbH & Co. KG sowie ResMed Medizintechnik GmbH.

Ich/wir erkenne(n) den Vertrag in seiner Gesamtheit als von mir/uns in eigener Person abgeschlossen an und erkläre(n), dass ich/wir die Voraussetzungen des Vertrages erfülle(n) sowie den zwischen den Vertragspartnern eingegangenen Verpflichtungen ordnungsgemäß nachkomme(n). Die Vertragslaufzeit beginnt mit dem Beitritt und kann nicht vor dem im Vertrag bestimmten Kündigungsfristen beendet werden.

Ich/wir erkläre(n) mich/uns bereit, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen diese Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Es ist mir/uns bekannt, dass ohne Betriebsleiter der Betrieb nicht weiter geführt werden kann. Ein Verstoß gegen die Meldepflichten stellt ein Vertragsverstoß dar und zieht eine Vertragsstrafe mit sich.

Vor- und Zuname: _____

Berufsbezeichnung: _____

Betriebsanschrift: _____

IK-Nr.: _____

Vertragsbeitrittsdatum: _____

- Unser Betrieb gehört dem _____ an.
- Unser Betrieb gehört keinem Verband/Interessenvertretung an.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift