

Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung mit Haarersatz

zwischen

**Bundesverband der Zweithaarspezialisten e. V.
Balingen Str. 17
72348 Rosenfeld**

-nachstehend Auftragnehmer-

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

**BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover
- vertreten durch den Vorstand –**

**GWQ ServicePlus AG
Ria-Thiele-Straße 2a
40549 Düsseldorf
- vertreten durch den Vorstand –**

**spectrumK GmbH
Otto-Ostrowski-Straße 5
10249 Berlin
- vertreten durch den Geschäftsführer -**

-nachstehend Auftraggeber-

AC/TK: 1900H34

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrags	3
§ 2 Teilnahmevoraussetzungen.....	3
§ 3 Versorgung	4
§ 4 Qualitätssicherung	5
§ 5 Gewährleistung/Haftung	6
§ 6 Vergütung und Abrechnung	6
§ 7 Beanstandungen, Forderungen und Verjährung	8
§ 8 Zusammenarbeit	8
§ 9 Vertragsstrafe.....	9
§ 10 Fristlose Kündigung aus wichtigem Grund	9
§ 11 Datenschutz.....	10
§ 12 Inkrafttreten und Kündigung	10
§ 13 Salvatorische Klausel/Schlussbestimmung.....	11
Anlage 1 – Beitrittserklärung Krankenkasse.....	13
Anlage 2 – Beitrittserklärung Leistungserbringer	14
Anlage 2a – Datensatzbeschreibung Teilnehmerverzeichnis.....	16
Anlage 3 – Vergütungsvereinbarung	17
Anlage 4 – Empfangsbestätigung	22
Anlage 5 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln	23
Anlage 6 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln	24
Anlage 7 – Beigetretene Krankenkassen.....	25

§ 1 Gegenstand des Vertrags

1. Gegenstand des Vertrags ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der Krankenkasse mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 34 als Sachleistung.
2. Der Vertrag gilt bundesweit.
3. Die Auftraggeber schließen diesen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V für gesetzliche Krankenkassen, die Gesellschafter, Aktionäre, Kunden oder Mitglieder der Auftraggeber sind. Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären.
4. Durch den Beitritt wird die gesetzliche Krankenkasse unmittelbarer Vertragspartner und tritt in alle vertraglich beschriebenen Rechte und Pflichten ein. Davon umfasst sind ausdrücklich auch die Bevollmächtigung des Auftraggebers zur Durchführung, Weiterentwicklung, Nachverhandlung und Anpassung dieses Vertrages.
5. Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit, über die Auftraggeber den Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären. Der Beitritt entfaltet seine Wirksamkeit mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung (**Anlage 1**) oder einem entsprechenden inhaltsgleichen Formular oder einer gegenüber den im Rubrum genannten Auftraggebern (BKK Landesverband Mitte, spectrumK oder GWQ) erteilten Vollmacht zu dem von der Krankenkasse bestimmten Beitrittszeitpunkt. Die Leistungserbringer werden nach Eingang der Beitrittserklärung durch die Auftraggeber über weitere Krankenkassenbeitritte informiert.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

1. Voraussetzung für die Teilnahme von Leistungserbringern an diesem Vertrag ist die Erklärung des Vertragsbeitritts und des Nachweises der erforderlichen Qualifikation durch den Leistungserbringer gegenüber den Auftraggebern. Der Vertrag tritt bei Vorliegen einer unterzeichneten Beitrittserklärung (**Anlage 2**) und Nachweis der fachlichen Qualifikation des Leistungserbringers mit dem ersten des auf den Zugang der Beitrittserklärung folgenden Monats in Kraft, sofern die unterzeichnete Beitrittserklärung spätestens 14 Tage vorher bei den Auftraggebern eingegangen ist und soweit nicht ein späterer Zeitpunkt individuell vereinbart wurde. Jede Veränderung an den mit Beitritt vorgelegten Präqualifikationsnachweisen / Zertifikaten, wie z. B. partielle Einschränkungen, Aussetzungen oder vollständige Rücknahmen sind dem Auftraggeber unverzüglich mitzuteilen.
2. Mitgliedsbetriebe eines Verbandes treten dem Rahmenvertrag über das Vertragsmanagementsystem des Verbandes bei. Der Verband übermittelt die im System erfassten und geprüften Beitrittserklärungen in regelmäßigen Abständen fortlaufend – in der Regel alle 14 Tage – an die Auftraggeber in Form einer Beitrittsliste gemäß **Anlage 2a**, sofern sich Änderungen ergeben haben. Ebenso übermittelt der Verband in regelmäßigen Abständen fortlaufend an die Auftraggeber ihm bekannt gewordene Veränderungen der Präqualifizierungsnachweise / -zertifikate durch entsprechende Aktualisierung der Teilnehmerliste. Die Auftraggeber teilen ihre bekanntgewordenen Veränderungen der Präqualifizierungsnachweise / -zertifikate, die sich auf über den Verband gemeldete Leistungserbringer beziehen, dem Verband mit. Der Verband berücksichtigt die Information im Rahmen der Aktualisierung und Übermittlung der Teilnehmerliste. Der Übermittlung der Teilnehmerlisten erfolgt in elektronischer Form auf Basis eines seitens der Auftraggeber vorgegebenen Dateiformates (z. B. Excel).
3. Handelt es sich bei dem Verband um einen sonstigen Leistungserbringerzusammenschluss (z.B. Servicegesellschaft etc.), so gilt Absatz 2 für

diesen Verband entsprechend. Die Versorgung der Versicherten wird in diesem Fall durch die beigetretenen Mitglieder des Leistungserbringer-zusammenschlusses durchgeführt und sichergestellt.

4. Der Leistungserbringer hat sämtliche einschlägigen krankenversicherungsrechtlichen Vorgaben strikt einzuhalten. Insbesondere ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a Absatz 1 SGB V zu beachten sowie § 128 Absatz 1 und 2 SGB V (unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten). Zudem sind die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesfachverband Medizinprodukte-Industrie e. V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils geltenden Fassung einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung, Beratung und Betreuung des Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Das eingesetzte Personal ist regelmäßig zu schulen. Folgende Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - fachspezifische, medizinische und handwerkliche Fortbildung
 - Produktschulungen der Hersteller.

Auf Verlangen der Krankenkasse oder der Auftraggeber ist ein Nachweis hierüber vorzulegen.

§ 3 Versorgung

1. Grundlage für die Versorgung ist eine Verordnung nach Muster 16 Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten ärztlichen Verordnung dürfen nur durch den Ausstellenden vorgenommen werden und bedürfen einer ärztlichen Unterschrift. § 7 Abs. 4 der Hilfsmittel-Richtlinie ist zu beachten.
2. Zur Feststellung des Versorgungsbedarfs ist der Versicherte umfassend zu beraten. Der Leistungserbringer hat dem Versicherten eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag anzubieten. Die Beratung ist zu dokumentieren. Wünscht der Versicherte eine über das Maß der medizinischen notwendigen hinausgehenden Versorgung, trägt der Versicherte die Mehrkosten. Auch hierüber hat der Leistungserbringer den Versicherten zu beraten. Eine entsprechende Erklärung darüber ist schriftlich abzugeben (Anlage 5)
3. Die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist genehmigungspflichtig. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Bewilligung besteht nicht. Der Leistungserbringer kann den Versicherten jedoch vor der Genehmigung versorgen. Sofern noch kein positiver Leistungsbescheid vorliegt, trägt der Leistungserbringer das wirtschaftliche Risiko der Versorgung.
4. Bei Folgeversorgungen ist ebenfalls eine Genehmigung durch die Krankenkasse einzuholen. Hierzu reicht der Leistungserbringer den Kostenvoranschlag ein, sobald ihm die Folgeverordnung vorliegt.
5. Die Krankenkasse kann die Verordnungen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) prüfen, auch bei Folgeversorgungen.
6. Der Kostenvoranschlag ist elektronisch für jede auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung auszuführende Hilfsmittelversorgung zu erstellen, der mindestens folgende Angaben enthält:
 - a) Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers
 - b) Versichertendaten (Name, Geb.-Datum, Anschrift, KVNR)
 - c) Ärztliche Verordnung (Kopie)
 - d) Art der Leistung

- e) Kennzeichnung Erstversorgung, Folgeversorgung, Wechselversorgung, Ersatzversorgung inkl. Dauer der Versorgung
 - f) Gesamtpreis zuzüglich Mehrwertsteuer
 - g) Hilfsmittel-Positionsnummer (mind. 7-Steller)
 - h) Diagnose
 - i) Abrechnungspositionsnummer (sofern vertraglich vereinbart)
 - j) Tarifenkennzeichen
 - k) Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)
7. Die Versorgung des Versicherten erfolgt bei konfektioniertem Haarerersatz unverzüglich, spätestens 2 Wochen nach Zugang der ärztlichen Verordnung und sofern erforderlich der Genehmigung der Krankenkasse. Wenn der Versicherte einer späteren Versorgung zustimmt, so ist dies im Rahmen der Beratungsdokumentation (Anlage 6) zu dokumentieren. Die Versorgung mit individuell gefertigtem Haarerersatz erfolgt situationsbedingt schnellstmöglich. Maßgeblich ist immer der Zugang der ärztlichen Verordnung bzw. der Zugang der Einwilligung, sofern dieser notwendig ist (siehe Anlage 3 Vergütungsvereinbarung).
 8. Der Lieferort sind grundsätzlich die Räumlichkeiten des Leistungserbringers. Der Versicherte ist zu beraten (vgl. § 127 Abs. 5 SGB V, i.v.m den aktuellen zugehörigen Rahmenempfehlungen) sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Gegenstand des einzelnen Auftrags ist die Beratung, Auswahl, Bereitstellung, Lieferung, Reparatur dieser Hilfsmittel sowie die Einweisung in die Nutzung des Hilfsmittels und die erforderliche Betreuung während des Versorgungszeitraums.
 9. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, im Umkreis seiner Betriebsstätte von 40 km Hausbesuche durchzuführen, sofern die Notwendigkeit auf der Verordnung bescheinigt ist. Der 1. Hausbesuch ist mit dem Vertragspreis abgegolten, weitere zusätzlich medizinisch notwendige Hausbesuche können gemäß Anlage 3 abgerechnet werden.
 10. Zur Versorgung der Versicherten können nur Produkte abgegeben werden, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind. Werden Änderungen an bereits im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten vorgenommen und wurde bereits ein entsprechender Antrag beim GKV-Spitzenverband gestellt, so können diese ebenfalls nach diesem Vertrag eingesetzt werden, sofern sie die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllen. Sollte der Antrag auf Listung abgelehnt werden, darf keine weitere Versorgung der Versicherten mit den Produkten erfolgen.
 11. Der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter haben den Empfang des Hilfsmittels zu quittieren (Anlage 4).

§ 4 Qualitätssicherung

1. Die Krankenkasse oder die Auftraggeber können Maßnahmen zur Prüfung der Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten einleiten.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die vom Gesetzgeber vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erbringen sowie der Krankenkasse/ den Auftraggebern die Überprüfung zu ermöglichen. Hierbei sind insbesondere die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 127 Abs. 7 SGB V zur Sicherung der Qualität der Hilfsmittelversorgung zu beachten.
3. Die Krankenkasse oder die Auftraggeber teilen dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit.

4. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen gemäß § 127 Abs. 7 SGB V vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Übermittlung personenbezogener Dokumentationen über den Verlauf der Versorgung erfordert, sofern gesetzlich nicht anders bestimmt, die schriftliche Einwilligung der/des Versicherten.
5. Bei der Überprüfung einer Versorgung können Sachverständige einbezogen werden.
6. Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, vereinbart die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer, welche Maßnahmen zur Beseitigung der Beanstandung zu treffen sind. Kommt ein Leistungserbringer dem nicht nach, verfährt der Auftraggeber gemäß § 9 des Vertrages.

§ 5 Gewährleistung/Haftung

1. Es gelten die gesetzlichen Regelungen zur Gewährleistung.
2. Eine unsachgemäße Behandlung und/oder körperliche Veränderungen, starke Schweißbildung des Patienten, höhere Gewalt oder Verschleiß des Hilfsmittels stellen keinen Mangel der Leistung dar.
3. Etwaige Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer gewährt, gibt der Leistungserbringer an die Krankenkasse bzw. an den Versicherten weiter.
4. Die Krankenkassen haften nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden, soweit die Krankenkassen diese Schäden oder Verluste nicht schuldhaft herbeigeführt haben.

§ 6 Vergütung und Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat Anspruch auf Vergütung, sofern die Versorgungsleistung durch den Leistungserbringer selbst erbracht wurde und er die Vertragsbestimmungen beachtet hat.
2. Die Vertragspreise sind Netto-Preise und werden zuzüglich der gültigen Umsatzsteuer vergütet (Anlage 3).
3. Die Krankenkasse zahlt höchstens den in der Anlage 3 angegebenen Preis, zu dem eine mehrkostenfreie Versorgung durch den Leistungserbringer sicherzustellen ist. Es gilt § 3 Abs. 2.
4. Die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach §§ 33 und 61 ff SGB V sind zu beachten. Die Zuzahlungen werden vom Leistungserbringer direkt von den Versicherten der Krankenkasse erhoben. Der Vergütungsbetrag, welcher der Krankenkasse in Rechnung gestellt wird, ist um diesen Anteil zu kürzen. Die Kürzung ist in der Rechnung ausgewiesen.
5. Können Hilfsmittel wegen Nichtabholung keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Leistungserbringer grundsätzlich keinen Anspruch auf Vergütung. Der Leistungserbringer ist zur Rücknahme des Hilfsmittels verpflichtet, sofern es sich um Fertigprodukte handelt oder sofern das Hilfsmittel gemäß Produktvorgabe zum Wiedereinsatz geeignet ist bzw. noch nicht an den Versicherten ausgeliefert war. Für

Hilfsmittel die individuell an den Versicherten angepasst bzw. für ihn gefertigt wurden, besteht ein Vergütungsanspruch. Voraussetzung ist, dass der Versicherte einen durch die Krankenkasse bestätigten Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse hatte. Die vom Versicherten zu übernehmenden Kosten für Zuzahlung, Eigenanteil und Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

6. Werden individuell angefertigte Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, so mahnt der Leistungserbringer den Versicherten zweimal schriftlich im Abstand von jeweils vier Wochen nach dem vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten benannten Übergabetermin zur Abholung des Hilfsmittels an. Wird das Hilfsmittel auch dann nicht abgeholt, so verbleibt es auf Abruf für drei Monate ab Rechnungslegung gegenüber der Krankenkasse beim Leistungserbringer. Der vom Versicherten zu leistende Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig. Eine Mahnung nach Satz 1 erfolgt nicht, wenn der Versicherte verstorben ist und der Leistungserbringer hiervon Kenntnis hatte. Näheres zur Vergütung ist in § 6 Abs. 5 geregelt.
7. Grundlage für die Abrechnung sind die Richtlinien der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
8. Die Rechnung hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:
 - Abrechnungspositionsnummer
 - Versorgungszeitraum (Datum, Beginn und Ende der Versorgung)
 - Krankenversichertennummer
 - Hilfsmittelnummer
 - LEGS
 - Diagnose (ICD-10-Format), wenn ärztlich angegeben
 - Empfangsbestätigung gemäß Anlage 4
9. Die vertragsärztliche Verordnung ist elektronisch (z. B. PDF- oder TIFF-Format) bzw. in Kopie beizufügen.
10. Soweit dem Leistungserbringer, nach einer Prüfung gemäß § 3 Absatz 5 dieses Vertrags, zum Zeitpunkt der Versorgung eine negative MD-Beurteilung bekannt ist und somit die Voraussetzungen für eine Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nicht gegeben waren, entfällt der Anspruch auf Versorgungsabrechnung rückwirkend. Geleistete Zahlungen können mit künftigen Versorgungsabrechnungen aufgerechnet werden.
11. Die Abrechnung und die Belege sind an die jeweilige Annahmestelle der gesetzlichen Krankenkassen zu übermitteln. Auf das Nachreichen von Unterlagen in Papierform wird verzichtet, wenn zwischen dem Leistungserbringer, der Krankenkasse und dem Abrechnungszentrum die Voraussetzungen des Belegleseverfahrens nach § 4 Absatz 4 der Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V vereinbart wurden.
12. Rechnungen, die den Anforderungen der vorigen Absätze nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Bei berechtigter Zurückweisung der Rechnungen tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
13. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Verjährungsvorschriften. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz

(BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG) etc. ist eine zusätzliche Einzelrechnung zu erstellen. Die Verordnungen sind der Abrechnung stets gesondert beizufügen.

14. Zahlungen an Dritte, die der Leistungserbringer als Zahlungsempfänger benennt, erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung.
15. Erbrachte Leistungen sollen zeitnah, möglichst nicht später als 12 Monate nach dem Zeitpunkt der Auslieferung, der Krankenkasse bzw. deren Abrechnungszentren in Rechnung gestellt werden. Die Rechnungslegung erfolgt in Form einer Sammelrechnung monatlich, dabei sind die Regelungen gemäß § 6 Abs. 2 zu beachten. Dem Versicherten sind keine Kosten, die über die gesetzliche Zuzahlung hinausgehen in Rechnung zu stellen.
16. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsdaten bei der vom Auftraggeber benannten Rechnungsstelle. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt sich dieser auf den nachfolgenden Arbeitstag.

§ 7 Beanstandungen, Forderungen und Verjährung

1. Stellt sich nach Begleichung einer Rechnung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfristen bereits geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Leistungserbringer fällig. Dabei kann die Krankenkasse mit eigenen Forderungen gegen zeitlich folgende Forderungen des Leistungserbringers aufrechnen. Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die daraus resultierenden Kosten dürfen nicht dem Versicherten auferlegt werden.
2. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die Krankenkasse den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung.
3. Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die Krankenkasse hat der Leistungserbringer die Wiedereinreichung der Rechnung innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums

§ 8 Zusammenarbeit

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, den Vertragszweck nach Kräften zu fördern und alle Handlungen zu unterlassen, die dem Vertragsverhältnis zuwiderlaufen. Insbesondere verpflichten sich die Vertragsparteien, in der Öffentlichkeit oder gegenüber Versicherten keine nachteiligen Äußerungen über diesen Vertrag oder die Vertragsparteien zu tätigen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, gegenüber den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen keine Werbung für andere Krankenkassen zu machen und auf diese nicht mit dem Ziel eines Wechsels der Krankenkasse einzuwirken. Er verpflichtet sich ferner, die Versicherten im Falle der Beendigung oder des Ruhens dieses Vertrags nicht zu kontaktieren, soweit dies nicht aufgrund einer noch laufenden Versorgung oder der Beendigung einer Versorgung erforderlich ist. Die Wahrnehmung berechtigter Interessen bleibt zulässig.

2. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zu einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit bei der Durchführung des Rahmenvertrages einschließlich aller zugehörigen Nachträgen, Ergänzungs- und Änderungsvereinbarungen.
3. Sollten Anpassungen des Vertrages an geänderte Verhältnisse, Klärungen von Zweifelsfragen oder die Beilegung von Meinungsverschiedenheiten erforderlich werden, setzen sich die Vertragspartner unverzüglich miteinander ins Benehmen, um die anstehenden Fragen miteinander zu besprechen und bemühen sich um eine gemeinsame Lösung. So können Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages während der Laufzeit einvernehmlich mit den Vertragspartnern vereinbart werden. Sie bedürfen der Schriftform.

§ 9 Vertragsstrafe

1. Bei Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten kann der Leistungserbringer schriftlich verwahrt werden. Der Leistungserbringer ist vorher anzuhören.
2. Bei schwerwiegenden grob fahrlässigen bzw. vorsätzlichen oder wiederholten Verstößen kann eine sich an der Leistungshöhe orientierende, angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 5.000,00 EUR je Einzelfall festgesetzt werden.
3. Aus dem Vertrag als schwerwiegend im Sinne von Absatz 2 gelten:
 - schwere Verstöße gegen die Datenschutzbestimmungen des Vertrages,
 - Verstöße gegen die Qualitätsanforderungen,
 - Verstöße gegen die vertraglich vereinbarten Lieferfristen,
 - schwere Verstöße gegen § 8 des Vertrages,
 - Verstöße gegen geltendes Recht jeglicher Art.
 - Verstöße gegen § 3 Abs. 2 dieses Vertrages sowie § 127 Abs. 5 SGB V
4. Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen gegen § 128 Abs.1 und 2 SGB V kann der Leistungserbringer für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 Satz 2 SGB v).

§ 10 Fristlose Kündigung aus wichtigem Grund

1. Den Auftraggebern steht gegenüber dem Leistungserbringer das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund zu, soweit sie den Leistungserbringer zuvor erfolglos abgemahnt haben.
2. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor
 - bei der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - dem wiederholten Einzug von Aufzahlungen beim Versicherten im Rahmen der nach diesem Vertrag als eigenanteilsfrei geregelten Versorgung mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach §§ 61 ff. und § 33 SGB V
 - Die Auftragnehmer behalten sich die strafrechtliche Verfolgung sowie die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen vor, die wiederholt gegen die in § 9 genannten Punkte verstoßen, werden außerdem für die Dauer von zwei Jahren von der Versorgung ausgeschlossen.

§ 11 Datenschutz

1. Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der gesetzlichen und der im Rahmen dieses Vertrags genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen. Sie dürfen vom Leistungserbringer nicht länger gespeichert werden als es für die Leistungserbringung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen sind zu beachten.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen dieses Vertrags die für sie einschlägigen Bestimmungen über den Datenschutz (insbesondere die Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung) zu beachten.
3. Übermittelt der Leistungserbringer Sozialdaten, ist er gemäß § 78 Abs. 1 SGB X zu Folgendem verpflichtet:
 - Die übermittelten Daten werden ausschließlich zu dem Zweck verarbeitet oder genutzt, für den sie übermittelt wurden.
 - Die übermittelten Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis und sind durch den Leistungserbringer gemäß § 35 SGB I geheim zu halten.
 - Der Leistungserbringer informiert die bei ihm beschäftigten Personen vor der Übermittlung über die sich aus § 78 Abs. 1 SGB X ergebenden Verpflichtungen.
4. Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden, die durch seine Verletzung datenschutzrechtlicher Vorschriften entstehen.
5. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt zum 01.11.2022 in Kraft. Er gilt für alle Versorgungen mit dem Verordnungsdatum ab dem 01.11.2022. Bei einer Beanstandung durch das BAS führen die verhandelnden Parteien kurzfristig neue Verhandlungen zu den beanstandeten Sachverhalten mit dem Ziel, die Beanstandung zu beseitigen.
2. Dieser Vertrag kann in seiner Gesamtheit mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden. Die Vertragsanlagen können unabhängig davon mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens jedoch zum 31.12.2024 einzeln schriftlich gekündigt werden.
3. Sofern nach Ablauf der Kündigungsfrist noch keine neue vertragliche Vereinbarung geschlossen wurde, gilt eine Weitergeltungsfrist von weiteren drei Monaten. Kommt es zu keiner Einigung, endet der Vertrag mit Ablauf der Weitergeltungsfrist von drei Monaten ohne weitere Kündigung. Die Weitergeltungsfrist endet mit Abschluss einer neuen vertraglichen Vereinbarung.
4. Bei einer Kündigung des Vertrages durch den vertragschließenden Leistungserbringer entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber den einzelnen vertragszugehörigen Betriebskrankenkassen im gesamten Bundesgebiet.
5. Bei einer Kündigung durch einen der Auftraggeber entfaltet diese unmittelbare Wirkung für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen, die ihren Vertragsbeitritt über den kündigenden Auftraggeber erklärt haben.

6. Beigetretene Leistungserbringer können ihren Beitritt zum Vertrag gegenüber ihrem Verband oder gegenüber den Auftraggebern kündigen.
7. Unabhängig hiervon kann jede einzelne vertragszugehörige Betriebskrankenkasse diesen Vertrag unter Einhaltung der vertraglich festgelegten Kündigungsfrist kündigen. Diese Kündigung hat schriftlich gegenüber dem Auftraggeber zu erfolgen, über den die Krankenkasse ihren Vertragsbeitritt erklärt hat. Der jeweilige Auftraggeber informiert die im Rubrum benannten Vertragspartner.
8. Wird der Vertrag oder eine vertragszugehörige Anlage durch einen Auftraggeber gekündigt, hat dieser zeitgleich alle anderen Auftraggeber hierüber schriftlich zu informieren und für die anderen Auftraggeber besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht zum gleichen Termin. Der Leistungserbringer wird bei Eingang der Kündigung von vertragszugehörigen Betriebskrankenkassen durch den Auftraggeber per E-Mail informiert.
9. Ergeben sich Änderungen im Ablauf dieses Vertrages, können diese einvernehmlich kurzfristig vereinbart werden. Abweichende Absprachen sind zwischen den vertragsschließenden Parteien möglich, sie bedürfen jedoch der schriftlichen Bestätigung.
10. Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, mit
 - a. der Aussetzung bzw. Zurückziehung der Eignungsbestätigung oder Präqualifizierung gemäß § 126 SGB V,
 - b. Aufgabe oder dem Verkauf des Betriebs,
 - c. Fusion der Krankenkasse, sofern der Rechtsnachfolger nicht innerhalb eines Monats nach der Fusion dem Vertragsende widerspricht.
11. Kündigt einer der Auftraggeber, so gilt der Vertrag für die übrigen Auftraggeber weiter.

§ 13 Salvatorische Klausel/Schlussbestimmung

1. Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine rechtlich zulässig neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am Nächsten kommt.
2. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.
3. Ausschließlicher Gerichtsstand für sämtliche Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist Berlin.

Vorstand BKK Landesverband Mitte:

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsleitung Leistungserbringer:

Ort, Datum

Unterschrift

Vorstand GWQ ServicePlus AG:

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsleitung Leistungserbringer:

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsführer spectrumK GmbH:

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftsleitung Leistungserbringer:

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 1 – Beitrittserklärung Krankenkasse

Beitrittserklärung Betriebskrankenkasse

Name der Krankenkasse

Datum

IK der Krankenkasse

An

Auftraggeber

Vorab per Mail: hilfsmittel@bkkmitte.de
vertragsbeitritt@gwq-serviceplus.de
hilfsmittel@spectrumK.de

Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Haarerersatz
Beitrittserklärung zum Vertragsstart ab 01.11.2022

Beitrittserklärung:

Dem Vertrag über die Versorgung mit Haarerersatz der Produktgruppe 34 treten wir verbindlich zum ____ . ____ . ____ bei:

Wir versichern, dass wir keinen kollidierenden Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V in den genannten Versorgungsbereichen beigetreten sind bzw. keine eigenen Verträge in diesen Bereichen haben.

Sollte es dennoch zu Vertragskollisionen aufgrund eigener bestehender oder künftig geschlossener Verträge kommen, werden wir das bilateral mit dem / den Vertragspartnern und oder dem einzelnen Leistungserbringer regeln. Wir sind uns bewusst, dass der diesem Vertrag beigetretene Leistungserbringer davon ausgehen muss, dass dieser Vertrag vorrangig gilt, solange ihm keine anderslautenden Informationen aus unserem Haus vorliegen.

Ansprechpartner in Vertragsangelegenheiten für unsere Krankenkasse ist:

(Name, Vorname)

(PLZ Ort)

(Straße, Hausnummer)

(E-mail-Adresse)

(Telefonnummer)

Unterschrift und Stempel der BKK

Anlage 2 – Beitrittserklärung Leistungserbringer

Seite 1 von 2

Meldestelle für Nicht-BVZ Mitglieder: vertragsbeitritt@gwq-serviceplus.de

Institutionskennzeichen	
Leistungserbringer (Name des Betriebes)	
Betriebssitz Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Telefon-Nr. / Fax-Nr.	
E-Mail-Adresse	
Ansprechpartner	

Hiermit trete/n ich/wir dem mir/uns ausgehändigten Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Haarersatz bei und verpflichten uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten. Wir erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 des Vertrages.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Beitrittserklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass der Vertrag im Falle der Kündigung auch für gemäß § 127 Abs. 2 SGB V beigetretene Vertragspartner endet, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Beitrittserklärung Seite 2 von 2

Wahl des Versorgungsbereiches

Für die oben genannte Betriebsstätte _____ (Name)

erfolgt der Vertragsbeitritt zu den Versorgungsbereichen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

	Versorgungsbereich laut Kriterienkatalog Präqualifizierungs- verfahren	Produktgruppe/ Produktuntergruppe des Hilfsmittel-verzeichnisses nach § 139 SGB V	Inhalt
<input type="checkbox"/>	34A	34.18.01	Haarersatz konfektioniert
<input type="checkbox"/>	34B	34.18.02	Haarersatz, individuell gefertigt

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des
Leistungserbringers

Anlage 2a – Datensatzbeschreibung Teilnehmerverzeichnis

Die Daten sind im csv-Format oder Excel-Format unter Berücksichtigung folgender Vorgaben an die Auftraggeber zu übermitteln.

Feld	Feldart	Bemerkungen
IK_Betriebsstätte	M	Institutionskennzeichen Betriebsstätte, Angabe ohne Leerzeichen
Name_Betriebsstätte	M	vollständiger Firmenname der jeweiligen am Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte
Adresse	M	Straße + Hausnummer
Postleitzahl	M	
Ort	M	
Telefonnummer	M	Schreibweise entspricht der DIN 5008: 030 123456-789 (Vorwahl wird noch der restlichen Telefonnummer durch Leerzeichen abgesetzt, die Durchwahlnummer wird durch einen Bindestrich angehängt)
E-Mail-Adresse		
Datum_Beitritt_Betriebsstätte	M	Datum, zu dem der Leistungserbringer dem Vertrag beitritt, TT.MM.JJJJ
Datum_Beitritt_Ende		Datum, zu dem der Beitritt beendet wird, TT.MM.JJJJ
Anrede_AP		Anrede Ansprechpartner/-in, Frau/Herr
Titel_AP		
Vorname_AP		
Name_AP		
Präqualifizierung	M	Angabe, ob Präqualifizierung vorliegt, J/N
Gültigkeit_Präqualifizierung	M	Gültigkeitsdatum der Präqualifizierung, Format: TT.MM.JJJJ
VB_34A	(M)	Wahl erfolgt durch den Eintrag X
VB_34B	(M)	Wahl erfolgt durch den Eintrag X
M	Pflichtfeld	
(M)	Mindestens 1 Versorgungsbereich muss ausgewählt sein	

Anlage 3 – Vergütungsvereinbarung

Alle Versorgungsleistungen, die mit Inkrafttreten des Vertrages zum 01.11.2022 nach den Regelungen des vorliegenden Vertrages erbracht werden, werden wie folgt abgerechnet. Maßgebend ist das Verordnungsdatum.

Mit dem Vertragspreis sind u.a. folgende Leistungen abgegolten:

- Beratung des Versicherten und Dokumentation
- Bereitstellung des Hilfsmittels laut Produktbeschreibung
- Einweisung in die Funktionsweise
- der Perückenständer
- die Beratung über die Pflege und Handhabung
- ggf. Einschneiden
- ggf. Frisieren
- ggf. Präparieren
- bei der Lieferung einer Echthaarperücke ist ggf. Baumwolle, Seide oder Monofilament auf der kopfhautzugewandten Seite zu verwenden
- Hausbesuch, der Vertragspreis umfasst einen Hausbesuch. Bei medizinischer Notwendigkeit und Vorliegen einer entsprechenden Verordnung kann der Leistungserbringer einen zusätzlichen Hausbesuch gemäß dieser Anlage mit der Betriebskrankenkasse abrechnen.

Kurzzeitversorgung: Inhalt der Versorgungsform, Indikation und Tragedauer

- die Versorgung umfasst eine Vollperücke oder Teilbereichsperücke
- vorübergehender oder teilweise vorliegender Haarverlust
- einen Perückenständer zur Aufbewahrung und Befestigungsmaterialien in der Erstausrüstung
- bei sachgerechter Handhabung und Pflege einer Perücke beträgt deren Haltbarkeit (Tragbarkeit), je nach Versorgungsform mindestens 6 bis 8 Monate.
- Eine Folgeversorgung richtet sich bei weiterbestehender Indikation nach dem Zustand der vorhandenen Perücke und dem tatsächlichen Verschleiß. Die Haltbarkeitsdauer der Perücken ist ein Richtwert und für die Folgeversorgung nicht in erster Linie ausschlaggebend. Ein Verschleiß liegt vor, wenn eine Perücke erhebliche Schäden aufweist und Instandsetzungsarbeiten (z. B. Nachnäharbeiten, Ersatz der Gummibänder o. Ä.) nicht mehr möglich bzw. wirtschaftlich sind. Bei Einreichung einer vorzeitigen Folgeversorgung ist dieses in Kurzform mit zu begründen.

Langzeitversorgung: Versorgungsform, Indikation und Tragedauer:

- die Versorgung umfasst eine Vollperücke oder Teilbereichsperücke
- teilweise oder massiver vorliegender Haarverlust
- einen Perückenständer zur Aufbewahrung und Befestigungsmaterialien (sowohl permanente als auch nicht permanente) in der Erstausstattung
- bei sachgerechter Handhabung und Pflege einer Perücke beträgt deren Haltbarkeit (Tragbarkeit), je nach Versorgungsform, mindestens 12 bis 15 Monate.
- Bei Beantragung einer Echthaarperücke muss eine nachgewiesene allergische Reaktion der Kopfhaut oder anderer nachgewiesener krankheitsbedingter Unverträglichkeit vorliegen und bei Einreichung dem Kostenvoranschlag mit beigefügt sein.
- Eine Folgeversorgung richtet sich bei weiterbestehender Indikation nach dem Zustand der vorhandenen Perücke und dem tatsächlichen Verschleiß. Die Haltbarkeitsdauer der Perücken ist ein Richtwert und für die Folgeversorgung nicht in erster Linie ausschlaggebend. Ein Verschleiß liegt vor, wenn eine Perücke erhebliche Schäden aufweist und Instandsetzungsarbeiten (z. B. Nacharbeiten, Ersatz der Gummibänder o. Ä.) nicht mehr möglich bzw. wirtschaftlich sind. Bei Einreichung einer vorzeitigen Folgeversorgung ist dieses in Kurzform mit zu begründen.

Bei abweichenden Kopfgrößen, Formen und Proportionen, die mit Standardperücken nicht versorgt werden können, kommt maßgefertigter/individueller Haarsatz (34.18.02) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Hierzu ist Anlage 8 ergänzend zum Antrag beizufügen.

Die Preise für die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 34 ergeben sich aus der nachstehenden Tabelle.

HMVZ	HMKZ	Produkt- besonderheit	Beschreibung	Art der Versorgung	Preis netto	MwStKZ 1= voll 2= ermäßigt	Beschreibung	Genehmigungs- pflicht
34.18.01			Haarersatz, konfektioniert					
34.18.01.0	00;10		Konfektionierter Haarersatz aus Kunsthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	Kurzzeitversorgung		1		ja
34.18.01.0	00;10	00010001	Konfektionierter Haarersatz aus Kunsthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.0	00;10	00010002	Konfektionierter Haarersatz aus Kunsthaar Vollperücke Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Kurzzeitversorgung		1		ja
34.18.01.0	00;10	00010003	Konfektionierter Haarersatz aus Kunsthaar, Vollperücke Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.1	00;10		Konfektionierter Haarersatz aus <u>Kunsthaar Teilbereichsperücke</u> Erwachsenenversorgung	Kurzzeitversorgung		1		ja
34.18.01.1	00;10	00010004	Konfektionierter Haarersatz aus <u>Kunsthaar Teilbereichsperücke</u> Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.1	00;10	00010005	Konfektionierter Haarersatz aus <u>Kunsthaar Teilbereichsperücke</u> Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Kurzzeitversorgung		1		ja
34.18.01.1	00;10	00010006	Konfektionierter Haarersatz aus <u>Kunsthaar, Teilbereichsperücke</u> Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.2	00;10		Konfektionierter Haarersatz aus <u>Echthaar Vollperücke</u> Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja

HMVZ	HMKZ	Produkt- besonderheit	Beschreibung	Art der Versorgung	Preis netto	MwStKZ 1= voll 2= ermäßigt	Beschreibung	Genehmigungs- pflicht
34.18.01.2	00;10	00010007	Konfektionierter Haarsersatz aus Echthaar Vollperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.3	00;10		Konfektionierter Haarsersatz aus Echthaar / Mischhaar Teilbereichsperücke Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.01.3	00;10	00010008	Konfektionierter Haarsersatz aus Echthaar / Mischhaar Teilbereichsperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 18. Lebensjahr	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02			Haarsatz, individuell gefertigt					
34.18.02.0	00;10		Individuell gefertigter Haarsatz aus Kunsthaar als Vollperücke Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.0	00;10	00010009	Individuell gefertigter Haarsatz aus Kunsthaar als Vollperücke Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.1	00;10		Individuell gefertigter Haarsatz aus Kunsthaar als Teilbereichsperücke Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.1	00;10	00010010	Individuell gefertigter Haarsatz aus Kunsthaar als Teilbereichsperücke Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.2	00;10		Individuell gefertigter Haarsatz aus Echthaar als Vollperücke Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.2	00;10	00010011	Individuell gefertigter Haarsatz aus Echthaar als Vollperücke Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres	Langzeitversorgung		1		ja

HMVZ	HMKZ	Produkt- besonderheit	Beschreibung	Art der Versorgung	Preis netto	MwStKZ 1= voll 2= ermäßigt	Beschreibung	Genehmigungs- pflicht
34.18.02.3	00;10		Individuell gefertigter Haarsersatz aus Echthaar als Teilbereichsperücke Erwachsene Erwachsenenversorgung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.02.3	00;10	00010012	Individuell gefertigter Haarsersatz aus Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres Zubehör, Verbrauchsmaterialien, Aufbereitung/Instandsetzung	Langzeitversorgung		1		ja
34.18.99								
34.18.99.0			Abrechnungsposition für Zubehör			1	nicht abrechnungsfähig mit HMKZ 00	ja
34.18.99.1			Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterial			1	nicht abrechnungsfähig mit HMKZ 00	ja
34.18.99.2			Abrechnungsposition für Aufbereitung/Instandsetzung			1		ja
34.18.99.9			Zusätzlich notwendiger Hausbesuch (ab dem 2. Hausbesuch)			1	Medizinisch erforderlich	ja

Anlage 4 – Empfangsbestätigung

Name, Vorname männlich weiblich Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Versicherungsnummer Telefonnummer des Versicherten

Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung)

Leistungserbringer (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

IK der o.g. Betriebsstätte Telefonnummer des Leistungserbringers

Vom Versicherten bzw. gesetzlichen Betreuer auszufüllen:

- Ich habe den Haarsersatz am _____ erhalten.
- Eine Einweisung in den Gebrauch und Reinigung habe ich erhalten.

Ich verpflichte mich:

- das Hilfsmittel sachgerecht zu benutzen und sorgsam damit umzugehen
- das Hilfsmittel gegen Beschädigung durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern
- für Schäden aus dem unsachgemäßen Gebrauch zu haften

Eine Kopie der Empfangsbestätigung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Anlage 5 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung
des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
 telefonische Beratung
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Ich stimme einer späteren Versorgung zu Ja Nein

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 7 – Beigetretene Krankenkassen

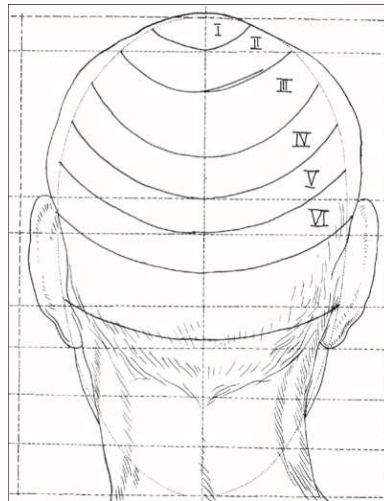
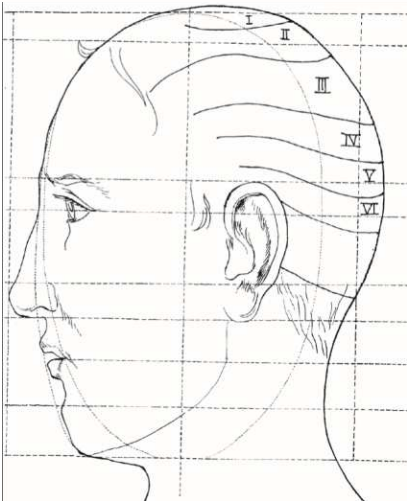
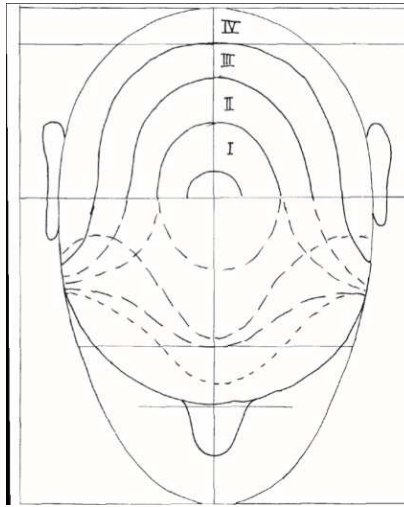
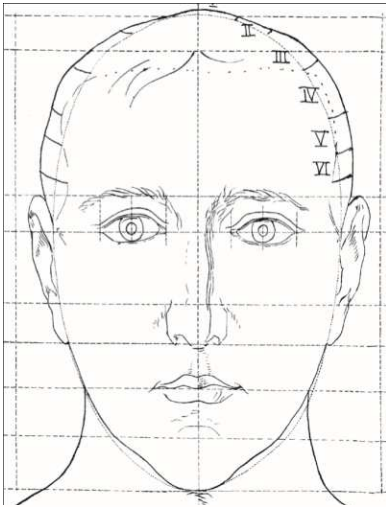
IK	Krankenkasse	Beitrittsdatum

Anlage 8 – Formular zur individuelle Kopfgrößen Krankenkasse



1.	Kopfumfang		in cm
2.	von Stirnansatz zum Nacken		in cm
3.	von Tempel zu Tempel über die Stirn		in cm
4.	von Ohr zu Ohr über den Oberkopf		in cm
5.	von Ohr zu Ohr über den oberen Hinterkopf		in cm
6.	von Tempel oben waagrecht über den Hinterkopf		in cm
7.	Nackenbreite		

Anlage 8 – Formular zur individuelle Kopfgrößen Krankenkasse



I	
II	
III	
IV	
V	
VI	

Anlage 9 – Protokollnotiz zum Vertrag

Protokollnotiz zu § 3 Abs. 7 zum Vertrag über die Versorgung mit Haarersatz LEGS 1900H34 zum 01.11.2022

Bezugnehmend auf § 3 Absatz 7 und die unverzügliche Lieferung von konfektioniertem Haarersatz sind sich die Vertragsparteien einig, dass es aufgrund der aktuellen Marktsituation und den aktuell bestehenden Lieferengpässen zu nicht schuldhaften Verzögerungen auf der Leistungserbringenseite kommen kann. Ein Vertragsverstoß gemäß § 9 Abs. 3 läge in einem solchen Fall nicht vor.

Diese Vereinbarung gilt bis zum 31.03.2023