

Vertrag

nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie - Flüssigsauerstoff (Produktgruppe 14)

zwischen der

Novitas BKK
Schifferstr. 92-100
47059 Duisburg
vertreten durch den Vorstand

im Folgenden „BKK“ genannt

und der

Leistungserbringer
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Stadt
vertreten durch die Geschäftsführerin
XXXXX
IK: XXX XXX XXX

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V:
19 00 450

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Versorgung der Versicherten
- § 6 Beratung der Versicherten
- § 7 Versorgung in Sonderfällen
- § 8 Vertragsärztliche Verordnung
- § 9 Qualität der erbrachten Leistung
- § 10 Eigentumsverhältnisse
- § 11 Vergütung
- § 12 Abrechnung
- § 13 Zuzahlungen
- § 14 Depotverbot
- § 15 Werbung und Antikorruption
- § 16 Datenschutz
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Schlussbestimmungen

- Anlage 1a: Leistungsbeschreibung
- Anlage 1b: Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2: Beitrittserklärung
- Anlage 3: Liefer- und Abrechnungsbedingungen
- Anlage 4: Versicherteninformation und Bestätigung
- Anlage 5: Eigentumsvorbehalt
- Anlage 6: Mehrkostenerklärung

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen aufgeführten Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie mit Flüssigsauerstoff der Produktgruppe 14 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung. Mit der Vergütung sind die Hilfsmittel sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie z.B. die telefonische Beratung, die persönliche Beratung der Versicherten vor Ort, die Einweisung und die Abrechnung dieser Leistung abgegolten. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation und Bestätigung), Anlage 5 (Eigentumsvorbehalt) und Anlage 6 (Mehrkostenerklärung) dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag gilt für
 - die BKK,
 - den im Rubrum genannten Leistungserbringer bzw. für Mitglieder des Verbandes
 - präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer genannt), die diesem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen gemäß der Beitrittserklärung (Anlage 2) beitreten.
- (3) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1b) aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der BKK.
- (4) Am Vertrag teilnehmende Verbände, Leistungserbringergemeinschaften und Innungen prüfen das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag für ihre Mitglieder und stellen der BKK jeweils am Anfang eines Kalendermonats in einem vorgegebenen Format eine Mitgliederliste zur Verfügung. Diese Mitgliederliste beinhaltet alle Mitglieder, die die Voraussetzungen nach § 126 SGB V erfüllen sowie eine Beitrittserklärung (Anlage 2) vorgenommen haben. Für etwaige Filialbetriebe der Mitglieder ist der Beitritt jeweils gesondert zu diesem Vertrag zu erklären. Diese Liste enthält die Angaben Namen und Anschriften der Betriebsstätte (Kennzeichnung Hauptbetrieb und Filiale), Institutionskennzeichen, Vor- und Zuname des Inhabers, Vor- und Zuname des fachlichen Leiters, Kontaktdaten für Versicherte und Krankenkassen (Anschrift, Telefon, Fax, Mailadresse), das (zukünftige) Vertrags-Beitritts-Datum, das Versorgungsgebiet nach Postleitzahlen, das Gültigkeitsdatum der Präqualifizierung sowie die gewählten Versorgungsgebiete. Die BKK behält sich das Recht vor, das Vorliegen der Voraussetzungen

stichprobenhaft zu prüfen. Der Verband weist auf Verlangen das Vorliegen der Voraussetzungen mit den entsprechenden Dokumenten umgehend nach.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V erfüllt haben. Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle spätestens mit Vertragsbeginn nachzuweisen. Der Beitritt wird erst wirksam, wenn der BKK die vollständigen für die Hilfsmittel nach diesem Vertrag gültigen Eignungsunterlagen sowie die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegen. Eine Bestätigung erfolgt durch die BKK per Email. Der Leistungserbringer muss zudem während der Vertragslaufzeit die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen erfüllen.
- (2) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der §§ 33, 12, 70, 127, 135a, 139 SGB V und § 47 SGB IX. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend, zweckmäßig und funktionsgerecht erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Versorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität gemäß der Leistungsbeschreibungen in den Anlagen 1a und 1b dieses Vertrages erbracht werden. Der Leistungserbringer gewährleistet eine mehrkostenfreie Versorgung des Versicherten. Er informiert den Versicherten vor Auswahl des Hilfsmittels über die mehrkostenfreien Hilfsmittel. Entscheidet sich der Versicherte bei der Wahl des Hilfsmittels für ein Hilfsmittel mit Mehrkosten und/oder zusätzlichen Leistungen, so ist er über die von ihm zu tragenden Mehrkosten und ggfls. Folgekosten zu informieren. Dieser Vorgang ist mit der Anlage 6 (Mehrkostenvereinbarung) zu dokumentieren.
- (3) Die Produktauswahl wird grundsätzlich nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vorgenommen.
- (4) Die Bearbeitung von Kostenangeboten erfolgt einvernehmlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme). Das Kostenvoranschlagsverfahren, soweit nach diesem Vertrag notwendig, ist vor der Hilfsmittellieferung vorzunehmen. Die Liefer- und Abrechnungsbedingungen (Anlage 3) dieses Vertrages sind dabei zwingend zu beachten. Kostenvoranschläge in Papierform sind mit einem Abschlag von 5 % auf die in der Anlage 1b genannten Preise ebenfalls möglich.
- (5) Der Leistungserbringer erhält von der BKK den Auftrag, nicht mehr benötigte Hilfsmittel in den Lagerbestand zurück zu holen (ZHP) und bis zum Wiedereinsatz einzulagern. Die Kontaktaufnahme zur Terminabsprache für die Rückholung der Hilfsmittel erfolgt innerhalb von 2 Arbeitstagen. Die Einlagerungsbedingungen (ZHP) sind zwingend zu beachten. Die gesamte Hilfsmittelpoolverwaltung (Versorgungspauschalhilfsmittel und Kaufhilfsmittel) erfolgt über die Plattform von ZHP. Abholaufträge sind mit der Einlagerungsmitteilung abzuschließen. Hinde-

rungsgründe sind in ZHP zeitnah zu dokumentieren. Bei Nichteinhaltung trotz Erinnerung und Mahnung wird der Zeitwert des Hilfsmittels in Rechnung gestellt.

- (6) Der Leistungserbringer übernimmt durch diese Vereinbarung die sich aus der Betreiberrolle ergebenden Verpflichtungen in Bezug auf
- die Installation
 - die Einweisung
 - die technischen Kontrollen/Prüfungen sowie
 - die Aufbereitungen
- von Hilfsmitteln/Medizinprodukten.

Der Leistungserbringer wird, soweit zutreffend:

- Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben Instand halten (§ 7 MPBetreibV)
 - Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben aufbereiten (§ 8 MPBetreibV)
 - Funktionsprüfungen an Medizinprodukten durchführen (§ 10 MPBetreibV)
 - sicherheitstechnische Kontrollen an Medizinprodukten durchführen (§ 11 MPBetreibV)
 - in Bezug auf das zu führende Bestandsverzeichnis (§ 13 MPBetreibV) Dokumentationen in Bezug auf den Service und die Aufbereitungstätigkeit zur Verfügung stellen
 - messtechnische Kontrollen an Medizinprodukte durchführen (§ 14 MPBetreibV).
- (7) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.
- (8) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis.

§ 4 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung vorzuhalten.
- (2) Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschlusses bzw. Vertragsbeitrittes der BKK auf Anforderung auszuhändigen.

§ 5 Versorgung der Versicherten

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) gemäß den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bun-

desausschusses mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Darüber hinaus wird eine Verordnung des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V akzeptiert. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (z.B. Angabe Diagnose) und dass die Angaben schlüssig sind. Dazu kann der Leistungserbringer Rücksprache mit dem Arzt halten. Das Ergebnis ist hierbei nachvollziehbar zu dokumentieren und der BKK mit der Verordnung im Wege des elektronischen Kostenvoranschlages, soweit nach diesem Vertrag notwendig, zur Verfügung zu stellen.

- (2) Der Leistungserbringer verzichtet darauf, sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße dieses Vertrages gewertet. Besteht der Versicherte ausdrücklich auf der sofortige Mitnahme des Hilfsmittels, ist im Einzelfall, nach ausführlicher Aufklärung des Versicherten, eine privatrechtliche Vereinbarung über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei der BKK beantragten Kosten, für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die BKK, zulässig.
- (3) Ein Versorgungsauftrag, der von der BKK an den Leistungserbringer geht, gilt als genehmigt. Der Versorgungsauftrag wird an den Leistungserbringer elektronisch übermittelt. Eine elektronische Versorgungsanfrage ist vom Leistungserbringer im selben Vorgang mit einem Kostenvoranschlag zu beantworten. Die Zusendung eines gesonderten Kostenvoranschlages in Papierform oder über einen neuen elektronischen Vorgang ist unzulässig. Fehlerhafte Vorgänge werden zurückgewiesen.
- (4) Die Kontaktaufnahme zur Terminabsprache für die Versorgung hat innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Vorlage der genehmigungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Abweichende Fristen sind im Einvernehmen mit dem Versicherten zu vereinbaren und zu dokumentieren. Wenn der Leistungserbringer der Versorgung nicht innerhalb von 4 Arbeitstagen nachkommt bzw. nachkommen kann, ist er verpflichtet den Versicherten hierüber zu informieren und einvernehmlich einen zeitnahen Liefertermin zu vereinbaren. Bei von der BKK als „Eilversorgung“ oder als „Klinikentlassung“ gekennzeichneten Aufträgen verpflichtet sich der Leistungserbringer zu einer Versorgung innerhalb von 24 Stunden. Wenn der Versicherte durch den Leistungserbringer nicht mehr versorgt werden möchte, ist der Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung unverzüglich an die BKK bzw. den Versicherten zurück zu geben. Etwaige dadurch entstehende Mehrkosten hat der Leistungserbringer der BKK zu erstatten. Die Frist von 4 Arbeitstagen gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder für Produkte mit handwerklicher Zurüstung.
- (5) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Arbeitstag vorzunehmen.
- (6) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über den Leistungsumfang der jeweiligen Versorgung. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn eine Versicherteninformation (Anlage 4) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Das Original

verbleibt beim Leistungserbringer, eine Durchschrift wird dem Versicherten ausgehändigt.

§ 6 Beratung der Versicherten

Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind, durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter. Die Beratung wird vom Leistungserbringer persönlich in seinen Betriebsräumen oder auf Wunsch oder bei Notwendigkeit im häuslichen Umfeld des Versicherten durchgeführt und schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Handelt es sich bei der Beratung um eine Erstversorgung durch den Leistungserbringer ist die Beratung durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Bei einer Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Auftragswert 200,00 Euro brutto unterschreitet, ist eine Dokumentation der Beratung durch Unterschrift nicht notwendig.

§ 7 Versorgung in Sonderfällen

Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V nicht erfolgen und wählt er ein weiteres am Markt vorhandenes Produkt für die Versorgung aus, so hat der Leistungserbringer dies der BKK im Kostenvoranschlag gesondert zu begründen. Dieses ausgewählte Hilfsmittel muss den Anforderungen nach § 139 SGB V auf der Basis der verordneten Produktart entsprechen. Die BKK klärt ggfls. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung.

§ 8 Vertragsärztliche Verordnung

- (1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit durch eine ärztliche Verordnung fest.
- (2) Für die Verordnung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig (§ 8 Abs. 2 Hilfsmittel-Richtlinie). Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich und wirkt entsprechend darauf hin. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko des Leistungserbringers.
- (3) Der Leistungserbringer prüft, ob die Verordnung ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt ist (insbesondere Angabe der Diagnose, ggfls. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggfls. des Versorgungszeitraumes) und ob die Angaben schlüssig sind. Erkennt der Leistungserbringer, dass die ärztliche Verordnung bei Hilfsmitteln nicht den Anforderungen an § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie (HM-RL) in

der jeweils aktuellen Fassung entspricht, kann er unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen Rücksprache mit dem verordnenden Arzt halten bzw. den Versicherten oder die BKK zur Klärung des Sachverhaltes einbinden. Die Versorgung ist erst durchzuführen, wenn die Verordnung den Anforderungen nach § 7 der HM-RL entspricht. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen.

- (4) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

§ 9

Qualität der erbrachten Leistung

- (1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach 139 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung genügen.
- (2) Der BKK steht es jederzeit frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.
- (3) Die Lieferung der Produkte erfolgt auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung.
- (4) Der Leistungserbringer unterrichtet den Versicherten über Ansprechpartner, Telefonnummer und den Ablauf der Versorgung.

§ 10

Eigentumsverhältnisse

Die Hilfsmittel, für die die BKK im Neukauf einen Vertragspreis entrichtet, bleiben Eigentum der BKK. Der Leistungserbringer verpflichtet sich im Kauf-Verfahren, ausschließlich Hilfsmittel an die Versicherten auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Versorgungspauschalhilfsmittel und Hilfsmittel zur Miete bleiben Eigentum des Leistungserbringers.

§ 11

Vergütung

- (1) Bei den in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1b) vereinbarten Vertragspreisen handelt es sich um Nettopreise.
- (2) Mit den in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1b) vereinbarten Vertragspreisen plus der gültigen Mehrwertsteuer sind alle dem Leistungserbringer nach diesem

Vertrag obliegenden Leistungen abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn der Versicherte hat sich ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Leistung (Hilfsmittel mit Mehrkosten) entschieden. Im Falle einer mehrkostenpflichtigen Versorgung ist die Beratung des Versicherten, die den Aufzahlungsbetrag begründenden Tatbestände und die Aufzahlungshöhe in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 6) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die Mehrkostenerklärung (Anlage 6) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 6 verbleibt beim Leistungserbringer und wird auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Der Versicherte erhält auf Wunsch von der Mehrkostenerklärung (Anlage 6) eine Kopie bzw. Durchschrift.

(3) Die Leistungspflicht der BKK endet, wenn

- die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist,
- die medizinische Versorgungsnotwendigkeit nicht mehr vorliegt,
- die Mitgliedschaft des Versicherten bei der BKK beendet ist (bei Tod des Versicherten ist der Todestag das Leistungsende).

§ 12 Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und ggfls. hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge.
- (2) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der BKK oder der von der BKK benannten Abrechnungsstelle. Die Anlage 3 ist inhaltlich ebenfalls bei der Abrechnung zwingend zu beachten. Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der Vergütungsvereinbarung gemäß der Anlage 1b. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung sowie die schriftliche Empfangsbestätigung des Versicherten beizufügen. Gleiches gilt für Versorgung im stationären Bereich.
- (3) Die Abrechnung soll möglichst in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt, erfolgen.
- (4) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Bei Zurückweisung der vollständigen Rechnung tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 3 fehlen, werden nicht vergütet.
- (5) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die BKK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Bei Beanstandungen durch die BKK hat

der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 6 Monaten mit Begründung zu widersprechen.

- (6) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bzw. nach gemeinsamer und vollständiger Umsetzung der Abrechnung nach § 302 SGB V vier Wochen nach Rechnungseingang direkt von der BKK gezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der vollständigen Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (7) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die BKK unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.
- (8) Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere hat der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält und im Rahmen der Rechnungsstellung, auch insbesondere Abrechnungscode und Tarifikennzeichen sowie die Abrechnungspositionsnummern übermittelt.
- (9) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 8 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Der getroffene Vertrag über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der BKK auf Verlangen vorzulegen.

§ 13 Zuzahlungen

Der Leistungserbringer ist gemäß § 33 Abs. 8 SGB V verpflichtet, die Zuzahlung nach § 61 SGB V vom Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie das Hilfsmittel angegeben werden, für welches die Zuzahlung erhoben wird. Der Vergütungsanspruch gegenüber der BKK verringert sich um den Zuzahlungsbeitrag.

§ 14 Depotverbot

Das Depotverbot nach § 128 Abs.1 SGB V ist zu beachten.

§ 15 Werbung und Antikorrruption

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Werbung in Arztpraxen und Kliniken oder deren Zugängen ist unzulässig.
- (2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt / einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.
- (3) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel oder auch einer Versorgungsform (Kauf oder pauschale Versorgung) ist ebenfalls nicht zulässig.
- (4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die BKK unaufgefordert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 16 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Datenschutz und den Schutz der Sozialdaten (BDSG, EU-DSGVO, SGB X 2. Kapitel) zu beachten.
- (2) Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Daten des Versicherten dürfen nur gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem MDK und der BKK bekanntgegeben werden.
- (3) Der Auftragnehmer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung personenbezogener Daten bzw. Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG und das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I verpflichtet wurde, über die Regelungen zum Bundesdatenschutzgesetz und sonstiger datenschutzrechtlicher

Vorschriften insbesondere im SGB X angemessen und der Aufgabensituation entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgaben verfügt. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der BKK vorzulegen.

- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten der BKK, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
- (5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der BKK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen Datenschutzbestimmungen und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.

§ 17 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann ihn die BKK warnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.
- (2) Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:
 - € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3, 5, 8, 12 und 14 und Anlage 1a Nr. 2 des Vertrages;
 - € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
- (3) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Vertragsverstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Wiederholte oder schwere Verstöße (z.B. nicht erbrachte und dennoch abgerechnete Leistung) gegen diesen Vertrag führen ggfls. zu einer Veranlassung eines Widerrufs der Zulassung und/oder zur Vertragskündigung.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2022 in Kraft. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2023 schriftlich gegenüber dem anderen Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen.
- (2) Der Vertrag samt Anlagen ist aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündbar. Wichtige Gründe liegen insbesondere dann vor, wenn
 - der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten aus den § 3, 5 und 6 trotz Abmahnung nicht erfüllt,

- die gesetzliche Grundlage für diesen Vertrag entfällt.
- (3) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den vertragschließenden Parteien und den Beigetretenen sind möglich und bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Vertragsparteien.
 - (4) Der BKK steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von vier Wochen zum Fusionszeitpunkt (Datum der Fusion) zu.
 - (5) Mit diesem Vertrag bzw. dem Beitritt zu diesem Vertrag verlieren alle anderen dem Leistungserbringer gegenüber bestehende Verträge mit der BKK über die in diesem Vertrag geregelten Leistungen und Produktgruppen auf Landes- oder Bundesebene ihre Gültigkeit.
 - (6) Eine Kündigung im Sinne von § 127 Abs. 1 Satz 7 SGB V steht den Vertragspartnern zu. Es gelten die im Absatz 1 vereinbarten Fristen und Formalitäten.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages fehlen, ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragsparteien und die Beigetretenen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 20 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.
- (2) Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Duisburg.

Datum: 18.02.2021

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: _____

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK: _____

Anlage 1a - PG 14 Leistungsbeschreibung zur Sauerstofftherapie

Versorgungsablauf

1. Beratung und Einweisung der Versicherten mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie

- (1) Zu Beginn jeder Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie erfolgt ein Beratungsgespräch durch qualifiziertes Fachpersonal des Leistungserbringers.
- (2) Die Beratung sollte folgende Themengebiete umfassen (Beispiel):
 - Anleitung des Versicherten/Angehörigen/Pflegepersonals zum eigenständigen Umgang mit dem Hilfsmittel
 - Schulung im Umgang mit den zum Einsatz kommenden Hilfsmitteln

Die Inhalte dieses Beratungsgesprächs sind zu dokumentieren und zu archivieren. Die Dokumentation über dieses Beratungsgespräch ist der BKK auf Verlangen kostenlos vorzulegen.

- (3) Wünscht der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter eine persönliche Beratung und Einweisung zu Hause oder an anderen Örtlichkeiten (z. B. Krankenhaus), so ist diese in Zusammenarbeit mit den qualifizierten Mitarbeitern des Leistungserbringers durchzuführen. Eine notwendige Nachbetreuung zur Vermeidung von Komplikationen ist ebenfalls zu gewährleisten.
- (4) Darüber hinaus gehende telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.
- (5) Es ist ein Notdienst und ein Servicetelefon vorzuhalten. Diese Telefonnummer sind dem Versicherten bei Lieferung schriftlich mitzuteilen. Abweichend zu § 5 Absatz 5 gewährt der Vertragspartner einen medizintechnischen Notdienst, der täglich 24 Stunden an 365 bzw. 366 Tagen im Jahr erreichbar ist
- (6) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter über den Inhalt und den Umfang der Versorgung. Des Weiteren informiert er den Versicherten darüber, dass der Versicherte während des Versorgungszeitraums ausschließlich von ihm versorgt wird.

2. Versorgung

- (1) Art und Umfang der Versorgung richten sich nach der medizinischen Indikation und der ärztlichen Verordnung.

- (2) Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat. Der Eintritt von Folgeerkrankungen soll vermieden werden.
- (3) Die Versorgung beinhaltet alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung und Einweisung (inkl. Angehörige, Pflegepersonen und Betreuer), Erprobung ggfls. verschiedener Hilfsmittel, Montage, ggfls. Anpassung am Versicherten, Zurüstungen, ggfls. erforderliche Ersatzhilfsmittel, Instandhaltung, Reparaturen, Ersatzteile, Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen, Notdienst, Servicetelefon, alle mit der Lieferung der Hilfsmittel und deren Gebrauch im Zusammenhang stehenden Personal-, Sach- Transport- und Versandkosten, Reinigung, Desinfektion, hygienische Aufbereitung, Demontage, Rückholung, Wiedereinsatz.
- (4) Sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial und die damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen sind Bestandteil des Vertrages, insbesondere auch:
 - Sauerstoffmasken und -brillen, Spezialmasken sind nur bei medizinischer Notwendigkeit enthalten, Individualmasken, Silikonmasken Silikonnasenbrillen sind nicht Bestandteil der Pauschale und sind per elektronischem Kostenvoranschlag einzureichen;
 - Atemgasbefeuchter zum Einsatz mit Sauerstofftherapiegeräten (Sprudlerbefeuchter)
 - Filter
 - Wasserfallen
 - Schläuche, ggfls. Spiralschläuche (ausgenommen sind Silikonschläuche)
 - Verbindungselemente
 - Sterilwasser (nur bei ausführlicher medizinischer Begründung)
 - Füllung / Austausch eines Flüssiggasbehälters
 - Halterungen
 - Medizinisch erforderliche Trageeinheiten (z. B. Tasche, Caddy oder Rucksack)
- (5) Mit der Lieferung des Hilfsmittels sind dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung, Pflegehinweise für die Wartung, evtl. Therapiehinweise des Arztes mindestens in deutscher Sprache zu übergeben.
- (6) Der Versicherte ist grundsätzlich aufzahlungsfrei zu versorgen. Wählt der Versicherte eine höherwertige Versorgung als notwendig, so sind ihm die entstehenden Mehrkosten in Rechnung zu stellen. Voraussetzung hierfür ist die Mehrkostenvereinbarung mit dem Versicherten. Der Versicherte hat diese Vereinbarung unter Darlegung der möglichen Versorgungsleistungen vor Lieferung zu unterschreiben. Die Mehrkostenvereinbarung ist der BKK auf deren Verlangen vorzulegen.

3. Durchführung von Reparaturen

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die notwendigen Reparaturen, Wartungsarbeiten bzw. messtechnischen Kontrollen gemäß den Herstellerempfehlungen am Gerät und den von ihm gelieferten Zusätzen rechtzeitig durchgeführt werden.

- (2) Der Leistungserbringer hat für Reparaturen fachlich qualifiziertes Personal vorzuhalten, das sich regelmäßig fortbildet.
- (3) Wenn notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden können, ist für die Dauer der Reparatur-/Wartungszeit ein Ersatzhilfsmittel kostenlos zur Verfügung zu stellen.

4. Abgabe des Hilfsmittels

- (1) Der Leistungserbringer hat mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren.
- (2) Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen enthält.
- (3) Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter zu bestätigen. Als Empfangsnachweis ist die Bestätigung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder der Nachweis (z. B. unterschriebener Lieferschein) zulässig. Diese Nachweise sind der Abrechnung beizufügen.
- (4) Auf jedem ausgelieferten Hilfsmittel ist die Servicetelefonnummer des Leistungserbringers anzubringen.

Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie - Flüssigsauerstoff (PG 14)
LEGS 19 00 450**

Name des Leistungserbringers: _____

Geschäftsführer bzw. Inhaber: _____

Anschrift: _____

IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie - Flüssigsauerstoff (PG 14) zum _____ bei.

Flüssigsauerstoffsysteme

Der Beitritt zu dem o.g. Zeitpunkt wird erst wirksam, wenn die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat.

Die vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die nach dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Der Beigetretene ist berechtigt, seinen Beitritt gemäß § 18 Abs. 1 des Vertrages mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2022, schriftlich gegenüber der BKK – auch durch Mitarbeiter – zu kündigen. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.

Bei einem Beitritt zu diesem Vertrag entsteht zwischen der Novitas BKK und dem Beigetretenen faktisch ein eigener Vertrag. Eine Beendigung erfolgt somit durch die Kündigung des Vertrages.

Ansprechpartner für Versicherte

Tel.:

Fax:

E-Mail Adresse:

Ansprechpartner für Betriebskrankenkasse

Name:

Tel.:

Fax:

E-Mail Adresse:

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (**bitte unbedingt mit einreichen**):

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: _____

Liefergebiet (bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Anlage 3 – Liefer- und Abrechnungsbedingungen

1 Grundsätze

- Nur bei Vorlagepflicht ist ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die BKK behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen oder genehmigungsfreie Fallkonstellationen betreffen.
- Die dargestellten Erfassungsgrundsätze sind durchgängig auch im Rahmen der Abrechnungen zu verwenden.
- Die Inhalte dieser Anlage sind auch im Abrechnungsverfahren zwingend zu beachten

2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem diesem Vertrag

Krankenversichertennummer	Es ist die gültige lebenslange eGK-Nummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104491707 (Novitas BKK)
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Sollte die LANR nicht vorliegen, darf das Feld mit „999999999“ gefüllt werden. Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „999999999“ zu füllen.
Betriebsstättennummer	Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).
Verordnungsdatum	Entspricht dem Datum der ärztlichen Verordnung.
Diagnose	Sofern auf der Verordnung die Diagnose als ICD-Schlüssel vorhanden ist, ist dieser per ekv zu übermitteln.
Antragsdatum	Entspricht dem Eingangsdatum des Kostenvoranschlages bei der BKK.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben: Leistungen nach § 302 SGB V =1900450

Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Es ist immer die jeweils gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, oder das Sonderkennzeichen im Sinne des Vertrages anzugeben.
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen (Ausnahme: Zubehör das nicht mit dem Hilfsmittel abgegolten und medizinisch notwendig ist). Falsche oder fehlerhafte Hilfsmittelpositionsnummern (dies gilt auch für kassenspezifische Pseudohilfsmittelpositionsnummern) führen zur Abweisung der Abrechnung. Dies gilt auch für Leistungen, die aufgrund eines genehmigten Kostenvoranschlages erbracht werden.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag. Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätenamenname /-Typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 00 = Kauf 01 = Reparatur 02 = Wiedereinsatz 03 = Miete 04 = Nachlieferung, Zweitgerät 05 = Zurichtung 06 = Abgabe eines von der VO abweichenden, höherwertigen Hilfsmittels 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 10 = Folgeversorgung 12 = Zubehör 15 = Wartungspauschale/STK
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist das tatsächliche Auslieferungsdatum. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn

	<p>15.07.2017</p> <p>Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen.</p> <p><u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.09.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.10.2017</p> <p>Leistungsbeginn bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017</p>
Leistungsende	<p>Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> wird wie folgt berechnet:</p> <p>Auslieferung/Leistungsbeginn: 15.07.2017, Erstpauschale, Leistungsende nach 60 Monaten: 14.07.2022</p> <p><u>Ausnahme:</u> Sofern dem Leistungserbringer das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.</p> <p>Leistungsende bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsende 15.07.2017</p>
Menge/Anzahl	<p><u>Pauschalen und Kauf</u> Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.</p>
Einheit	<p><u>Pauschalen</u> Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.</p> <p><u>Kauf</u> Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.</p>
Preis	<p>Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.</p>
Mehrwertsteuer	<p>Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.</p>

Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvorschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Verordnung • Ggfls. weitere erforderliche Unterlagen <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig. Bei einer Folgepauschale ist keine ärztliche Verordnung erforderlich</p>

Anlage 4 - Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 u. 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

ggfls. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Ver-

treter

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: _____

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 5 – Eigentumsvorbehalt

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 14 - Sauerstofftherapie – Flüssigsauerstoff ab dem XX.XX.2022

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Angaben zum Produkt

Bezeichnung:	
--------------	--

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem _____ mit dem o.g. Hilfsmittel.

Das Hilfsmittel ist Eigentum der Novitas BKK und wird Ihnen zur Verfügung gestellt. Auf die folgenden Punkte hat Sie der Mitarbeiter des Leistungserbringers hingewiesen.

- Das Hilfsmittel wird bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich behandelt.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Leistungserbringer, wenn Reparaturen für diese Versorgung notwendig werden.
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit und mutwillige Beschädigung entstehen, sind auf eigene Kosten zu beseitigen.
- Der Leistungserbringer leistet Gewähr für die Güte und die Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung und den gesetzlichen Bestimmungen
- Sie erhalten eine Durchschrift. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer.

Wir bitten Sie diese Punkte zu beachten.

Name, Vorname

Datum

Anlage 6 - 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

Ggfls. 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