

Vertrag

gem. § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

Novitas BKK

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Ernst Butz
Hermann-Blohm-Str. 3
20457 Hamburg

(im folgenden Krankenkasse genannt)

und

Leistungserbringer

vertreten durch XXXX
Herr / Frau
XXXX
XXXXXXXXXXXX
IK: XXX XXX XXX
Leistungserbringerschlüssel: XX XX XXX

(im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt)

§ 1 Vertragsgegenstand

- 1) Dieser Vertrag regelt die bundesweite Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten der Krankenkasse mit den in den Anlagen zu diesem Vertrag näher bezeichneten Hilfsmitteln der Produktgruppen 12 „Tracheostomaartikel“, 14 (Inhalationsgeräte und Ultraschallvernebler), 27 (Shuntventile und Sprechhilfen) sowie der Produktgruppe PG 01 „Absauggeräte“, soweit sie unmittelbar für die Versorgung erforderlich sind, auf der Basis von monatlichen Versorgungspauschalen.
- 2) Abgegeben werden dürfen grundsätzlich nur im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgeführte Produkte. Nicht gelistete Hilfsmittel haben den Qualitätskriterien des Hilfsmittelverzeichnisses zu entsprechen.
- 4) Nachfolgende Anlagen 1 und 2 sind Bestandteile dieses Vertrages. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen bedürfen der Schriftform.

§ 2 Grundsätze der Leistungserbringung

- 1) Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung entsteht mit Erklärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Zu diesem Zweck reicht der Leistungserbringer der Krankenkasse einmalig eine Versorgungsanzeige inklusive der ärztlichen Originalverordnung ein. Die Leistungen sind mindestens 5 Arbeitstage vor der geplanten Leistungserbringung bei der Krankenkasse zu beantragen. Verordnungen werden von Seiten der Krankenkasse bis max. 12 Monate bewilligt.
- 2) Der Leistungserbringer hält sich bei der Erbringung aller Leistungen im Rahmen dieses Vertrages an die Qualitätsvereinbarung gemäß Anlage 2. Diese ist ausdrücklich Bestandteil dieser Vereinbarung. Der Leistungserbringer gewährleistet eine regelmäßige Versorgung, die auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten ist. Lieferungen dürfen max. 3 Monatsbedarfe umfassen. Die Abrechnungsregelungen und die Regelungen über die gesetzliche Zuzahlung bleiben hiervon unberührt.
- 3) Der Leistungserbringer hält ausreichend qualifiziertes Personal für die Beratung der Versicherten und für die Einweisung der Versicherten zur Handhabung der im § 1 genannten Hilfsmittel vor. Er sorgt zugleich für eine ständige Fort- oder Weiterbildung seines Personals. Alles Nähere regelt die Qualitätsvereinbarung in Anlage 2.
- 4) Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln im Einzelfall ist die Vorlage einer gültigen Vertragsärztlichen Verordnung oder einer Verordnung eines ermächtigten Krankenhausarztes. Es finden die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages nach § 87 SGB V vereinbarten Verordnungsblätter jeweils in der gültigen Fassung Anwendung (zurzeit Vordruck Muster 16). Bei Entlassversorgungen ist auch die Verordnung durch den Krankenhausarzt auf alternativen Vordrucken zulässig und ist gültig für den ersten Abrechnungsmonat. Änderungen und Ergänzungen der Verordnungen sind durch den Arzt mit Datum und Stempel erneut abzuzeichnen.

- 5) Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V ist zu beachten. Der Leistungserbringer hält sämtliche, einschlägigen gesetzlichen Regelungen und Vorschriften ein. Der Leistungserbringer gewährleistet eine unverzügliche, bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende, individuelle Versorgung der Versicherten.

§ 3 Vergütungsregelung

- 1) Die Preise (brutto) sind der Anlage 1 zu entnehmen. Bei Änderung der gesetzlichen Mehrwertsteuer werden die Preise entsprechend angepasst. Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Leistungserbringer bei der Rechnungslegung in Abzug zu bringen, sofern keine Befreiung vorliegt.
- 2) Der Leistungserbringer kann für Kalendermonate, in denen er für wenigstens einen Tag den Versicherten mit Hilfsmitteln versorgt hat, die volle Monatspauschale abrechnen. Für Kalendermonate, in denen er z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten diesen an keinem Tag mit Hilfsmitteln versorgt hat, kann er keine Vergütung abrechnen. Sollte in diesen Fällen die vertraglich vereinbarte monatliche Vergütung von der Krankenkasse an den Leistungserbringer bereits überwiesen worden sein, erfolgt seitens des Leistungserbringers ab Kenntnis dieses Sachverhalts unverzüglich eine Rücküberweisung entsprechend den Fälligkeiten für die Vergütung.

§ 4 Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkasse nach § 302 Abs. 2 SGB V“ über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“. Hierbei hat der Leistungserbringer den Leistungserbringergruppenschlüssel zu verwenden.
- (2) Der Leistungserbringer rechnet bei Dauerversorgungen die vertraglich vereinbarte Vergütung monatlich nach Kalendermonaten per Sammel- oder Einzelrechnung mit einer von der Krankenkasse zu benennenden Abrechnungsstelle bis spätestens zum monatsletzten Werktag des auf die Durchführung der Versorgung folgenden Monats ab. Die rechnungsbegründenden Unterlagen sind der von der Krankenkasse zu benennenden Beleg-Annahmestelle zu übersenden. Hierzu zählen die vertragsärztlichen Verordnungen, die bei der Abrechnung des ersten Versorgungszeitraumes im Original eingereicht werden. Für die Folgemonate sind Kopien ausreichend. Die Krankenkasse kann nach einer schriftlichen Mitteilung auf die Kopien der Verordnung verzichten.

- (3) Empfangsbestätigungen wie Liefernachweise von Kurierdiensten zählen nicht zu den rechnungsbegründenden Unterlagen. Sie werden jedoch der Krankenkasse auf Anfrage für Stichproben zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die Krankenkasse nach Eingang der Abrechnungsdaten bei der von der BKK benannten Stelle
- innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang bei der Abrechnungsstelle abzüglich 2 % Skonto von den Rechnungsbeträgen
 - innerhalb von 30 Tagen nach Eingang bei der Abrechnungsstelle netto.

Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächsten folgenden Arbeitstag. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Dateien/Urbelege bei der von der Krankenkasse zu benennenden Abrechnungsstelle.

- (5) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Rechnungsprüfstelle der Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.
- (6) Eine nicht ausgewiesene Zuzahlung führt nicht zur Zurückweisung, jedoch zur Kürzung der Rechnung.
- (7) Beanstandungen müssen durch die Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Geringfügige Beanstandungen führen nicht zur Abweisung der kompletten Rechnung.

§ 5 Nachprüfung

Der Krankenkasse steht es frei, jede Leistung in der ihr im Einzelfall geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen. Im Allgemeinen sind beispielsweise Begutachtungen durch den MDK, Versichertenbefragungen, Betriebsbegehungen inkl. Leistungsnachweiskontrolle oder Sachverständigengutachten geeignete Mittel der Nachprüfung.

§ 6 Weitere Vertragspflichten

- (1) Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten.
- (2) Die Vertragspartner garantieren die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen rechtsunwirksam sein, hat dies nicht die Unwirksamkeit des gesamten Vertrages zur Folge. Es erfolgt unverzüglich die erforderliche Vertragsanpassung. Der Vertragskonsens bleibt auch während dieser Übergangszeit bestehen.

§ 8 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.12.2011 in Kraft.
- (2) Er kann von den beteiligten Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals, erstmals jedoch zum 31.12.2012, schriftlich gekündigt werden.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich, nach Zugang der Kündigung Verhandlungen aufzunehmen.
- (4) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 71 Abs. 2 SGB V. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.
- (5) Jede Vertragspartei ist berechtigt, bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei schwerwiegenden Verletzungen dieser Vereinbarung das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu beenden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere,

- a. die Abrechnung nicht ausgeführter Leistungen,
 - b. die Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer in die eigene Abrechnung,
 - c. eine Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche die medizinische und/oder therapeutische Zielsetzung der Verordnung gefährden
- (6) Der BKK steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von vier Wochen zum Fusionszeitpunkt (Datum des Wirksamwerdens der Fusion) zu.

Ort, Datum

Ort, Datum

Der Vorstandsvorsitzende
im Auftrag

Stefanie Eickmeier
Bereichsvorstand
Versorgungsmanagement
Novitas BKK