

Vertrag

zur Versorgung der Versicherten der Novitas BKK mit Diabetes-Hilfsmitteln der PG 03 und 21 sowie mit Blutzuckerteststreifen

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

Novitas BKK

Schifferstr. 92-100, 47059 Duisburg
IK 104491707

vertreten durch den Vorstand
Herrn Frank Brüggemann

- im folgenden BKK genannt -

und

Leistungserbringer XXX

Straße, Postleitzahl und Stadt
IK: XXXXXXXXX

vertreten durch die Geschäftsführer
XXXXXXXX

-im folgenden Leistungserbringer (LE) genannt –

LEGS 1:	Versorgung mit Insulinpumpen	1900420
LEGS 2a, 2b:	Versorgung mit rtCGM	1900421
LEGS 3:	Versorgung mit sonstigem Diabetesbedarf	1900422
LEGS 4:	Versorgung mit Blutzuckerteststreifen	800420

Inhaltsverzeichnis

	Seite
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	3
§ 2 Grundsätze	3
§ 3 Art und Umfang der Leistungserbringung	5
§ 4 Versorgung per Versand	7
§ 5 Reparaturen	8
§ 6 Notdienst.....	8
§ 7 Vergütung	8
§ 8 Zuzahlung / Mehrzahlung.....	8
§ 9a Rechnungslegung für Blutzuckerteststreifen	9
§ 9b Rechnungsbegleichung von Blutzuckerteststreifen	10
§ 9c Rechnungs- u. Taxberichtigungen für Blutzuckerteststreifen	11
§ 10a Rechnungslegung für Hilfsmittel	11
§ 10b Rechnungsbegleichung von Hilfsmitteln	13
§ 10c Beanstandungen von Hilfsmittelabrechnungen.....	13
§ 11 Gewährleistung / Haftung.....	13
§ 12 Werbung und Zusammenarbeit.....	14
§ 13 Datenschutz.....	15
§ 14 Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen.....	15
§ 15 Öffnungsklausel	16
§ 16 Vertragsdauer und Kündigungsfristen	16
§ 17 Salvatorische Klausel / Schlussbestimmung	17

Anlagen 1 - 8

* Wenn Personen wegen der einfacheren Lesbarkeit nur in männlicher Sprachform benannt werden, so ist stets auch die weibliche Form eingeschlossen.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

1. Gegenstand dieses Vertrages nach § 127 Abs. 2 SGB V ist die bundesweite Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln und Blutzuckerteststreifen im Rahmen einer Diabetes-Therapie, insbesondere mit Insulinpumpen, Mess-Systemen und Verbrauchsmaterialien.
2. Die folgenden Anlagen sind Bestandteil des Vertrags:
 - Anlage 1 Preisvereinbarung für die Versorgung mit Insulinpumpen
 - Anlage 2a Preisvereinbarung für die Versorgung mit rtCGM
 - Anlage 2b Preisvereinbarung für die Versorgung mit rtCGM
 - Anlage 3 Preisvereinbarung für die Versorgung mit sonstigen Artikeln im Rahmen einer Diabetes-Therapie
 - Anlage 4 Preisvereinbarung für die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen
 - Anlage 5 Empfangsbestätigung / Beratungsnachweis
 - Anlage 6 Mehrkostenvereinbarung
 - Anlage 7 Datenschutzbestimmungen bei Online- und Gruppenschulungen
 - Anlage 8 Beitrittserklärung

§ 2

Grundsätze

1. Voraussetzung zur Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist die Erfüllung der Vorgaben des § 126 SGB V über den gesamten Zeitraum der Leistungserbringung. Speziell die Umsetzung der Regelungen zum so genannten Präqualifizierungsverfahren nach § 126 Abs. 1a SGB V müssen vom LE nachgewiesen werden. Hierzu sind der BKK im Rahmen des Vertragsabschlusses alle Nachweise einzureichen, mindestens für die **Versorgungsbereiche 3B, 3E, 21B**, entsprechend der Anlagen. Werden die Grundlagen der Präqualifizierung nicht mehr erfüllt, erlischt die Berechtigung zur Versorgung der Versicherten der BKK. Die BKK ist über solche Änderungen umgehend zu informieren und wird im Einzelfall hinsichtlich der weiteren Versorgung des Versicherten entscheiden.
2. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vom 17.02.2017). Wird eine ärztliche Verordnung vom LE geändert oder ergänzt, so muss diese Änderung bzw. Ergänzung schriftlich vom verordnenden Arzt bestätigt werden.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich im Rahmen der gesetzlichen Regelungen, dem Versicherten eine Versorgung ohne die so genannte wirtschaftliche Aufzahlung anzubieten. Wünscht der Versicherte aus persönlichen Gründen eine aufwändigere Versorgung als nach § 12 SGB V notwendig, hat er die Mehrkosten (Mehrkostenvereinbarung s. Anlage 6) gegenüber dem Vertragspreis selbst zu tragen (s.a. § 8 Abs. 4).
4. a) Die Auswahl des Hilfsmittels hat im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V entsprechend der ärztlichen Verordnung nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit zu erfolgen. Soweit sich hinsichtlich der Umsetzung dieser Forderungen Fragen ergeben, soll der Leistungserbringer mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufnehmen und Einvernehmen herstellen. Über das Ergebnis ist die BKK zeitnah schriftlich durch den LE zu informieren.

b) Die Produktauswahl hat sich an den Bestimmungen im GKV-Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie den Regelungen dieses Vertrags zu orientieren.

c) Es sind im Rahmen dieser Vereinbarung nur Versorgungen mit Hilfsmitteln möglich, welche bereits eine Hilfsmittelpositionsnummer haben oder für die beim GKV-SV nachweislich ein Antrag auf Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis gestellt wurde oder ein zugelassenes Medizinprodukt entsprechend dem G-BA-Beschluss zur rtCGM. Ausnahmen hiervon sind im Einzelfall mit der BKK vor Beginn der Versorgung abzustimmen. Durch die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätsstandards ist gewährleistet, dass die gelieferten Produkte den Mindestanforderungen hinsichtlich Funktionalität und Stand der Technik genügen.

Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE-Prüfzeichen eingesetzt werden.

d) Die Regelungen des Medizinproduktegesetzes, der Medizinproduktebetrieberverordnung und spezifische Sicherheitsvorschriften für die eingesetzten Hilfsmittel in ihrer jeweils aktuellsten Version sind einzuhalten. Der LE ist für die Einhaltung dieser Anforderungen verantwortlich. Der LE übernimmt speziell die sich aus § 3 Abs. 2 MPBetreibV potenziell für die BKK ergebenden Verpflichtungen. Hierdurch wird die BKK von allen sich im Zusammenhang mit der jeweiligen Versorgung aus den Vorschriften ergebenden Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten freigestellt.

Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen vorgenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Leistungserbringers.

5. Nicht zuletzt zur Einhaltung der Regelungen des MPG verpflichtet sich der LE dazu, alle mit der Beratung und Versorgung der Versicherten beschäftigten Mitarbeiter durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung immer auf dem aktuellen Wissensstand zu halten. Nachweise über diese Schulungsmaßnahmen werden der BKK auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
6. Die BKK ist berechtigt, bei dem Leistungserbringer jederzeit in einer ihr geeignet erscheinenden Form die Erfüllung der in diesem Vertrag festgelegten Anforderungen zu überprüfen.
7. Falls auf Landesverbandsebene für die hier geregelten Produktarten Verträge bestehen oder geschlossen werden, hat dieser individuelle Vertrag für die Vertragspartner Vorrang.
8. Es besteht Einigkeit darüber, dass dieser Vertrag entsprechend § 127 Abs. 2a SGB V gleichartige Vereinbarungen der BKK mit anderen Leistungserbringern nicht ausschließt. Dem Versicherten soll hiermit nicht zuletzt seine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern gesichert werden.
Es besteht kein Anspruch des Vertragspartners auf eine Mindestmenge an Versorgungen.
9. Laufende Versorgungen sind ab dem 01.01.2019 nach den neuen Vertragsbedingungen abzurechnen.
10. Die als Anlage zu diesem Vertrag aufgeführten Formulare Mehrkostenvereinbarung (Anlage 6) und Empfangsbestätigung (Anlage 5) sind als Muster zu verstehen, die durch inhaltsgleiche Formulare des Vertragspartners ersetzt werden können.
Der Leistungserbringer führt in der von ihm genutzten Empfangsbestätigung auf jeden Fall die Seriennummer/KIT-Nummer des abgegebenen Hilfsmittels auf, so dass eine Rückverfolgung des jeweiligen Hilfsmittels möglich ist.

§ 3

Art und Umfang der Leistungserbringung

1.
 - a) Die Lieferung eines Hilfsmittels kann nur gegen Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und nach Genehmigung durch die BKK erfolgen, soweit dies nicht in diesem Vertrag ausdrücklich anders geregelt ist.
 - b) Die BKK verzichtet auf die Genehmigungspflicht. Ausnahmen sind in den jeweiligen Preisvereinbarungen (Anlage 1- 4) als genehmigungspflichtig gekennzeichnet.
 - c) Eine Klinikverordnung ist ausreichend, sofern sie die wesentlichen Angaben einer vertragsärztlichen Verordnung enthält. Hierbei sind die Regelungen im „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ zwischen GKV-SV, KBV und DKG vom 06.06.2017 zu beachten.
2. Vor der Lieferung genehmigungspflichtiger Hilfsmittel ist der BKK grundsätzlich ein kostenfreier Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Dem Kostenvoranschlag ist die vertragsärztliche Verordnung beizufügen. Der Kostenvoranschlag ist auf elektronischem Weg einzureichen. Hierbei sind mindestens die folgenden Angaben zu machen:
 - a. Name des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus
 - b. Angaben zum Leistungserbringer (Name, Anschrift, IK)
 - c. Schlüssel Leistungserbringergruppe (AC/TK): siehe Rubrum
 - d. Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungspositionsnummer nach diesem Vertrag und ggf. die Produktbesonderheit
 - e. Herstellerfirma, Modellbezeichnung, ggf. Artikelnummer
 - f. Preis zuzüglich Mehrwertsteuer
 - g. Versorgungsform/Hilfsmittelkennzeichen (z. B. Neulieferung, Folgeversorgung entsprechend den Anlagen) und Versorgungszeitraum
 - h. das entsprechende Zubehör; hierbei erfolgt ein separater Kostenvoranschlag für das Zubehör bzw. Verbrauchsartikel
3. Dauerverordnungen (Jahresbedarf) nach Anlage 3 und 4 (Sonstiger Diabetesbedarf und Teststreifen) sind genehmigungsfrei. Nach Ablauf eines Zeitjahres ist jeweils eine neue vertragsärztliche Verordnung beim LE einzureichen. Das Original der ärztlichen Verordnung muss jeweils mit der erstmaligen Abrechnung eingereicht werden. Bei Folgeabrechnungen ist eine Kopie der Verordnung ausreichend.
4. Zubehör und Verbrauchsmaterial für Insulinpumpen sind genehmigungspflichtig und werden für zunächst 1 Jahr bewilligt, längstens jedoch bis zum Therapieabbruch. Die BKK behält sich vor, kürzere Zeiträume zu bewilligen, sofern die vertragsärztliche Verordnung z.B. für die Dauer der Schwangerschaft/Stillzeit ausgestellt wurde, oder eine Probephase angezeigt ist. Nach Ablauf des Genehmigungszeitraumes ist der BKK für die Folgeversorgung eine neue vertragsärztliche Verordnung mit der Abrechnung (Genehmigung ist nicht notwendig) einzureichen. Das Einreichen der ärztlichen Verordnung (Original und Kopie) ist bei der Abrechnung erforderlich.
5. Zubehör und Verbrauchsmaterial für rtCGM Systeme (Anlage 2a und 2b) sind genehmigungspflichtig und werden zunächst für 1 Jahr bewilligt, längstens jedoch bis zum Therapieabbruch. Die BKK behält sich vor, kürzere Zeiträume zu bewilligen, sofern die vertragsärztliche Verordnung z.B. für die Dauer der Schwangerschaft/Stillzeit ausgestellt wurde, oder eine Probephase angezeigt ist. Nach Ablauf des Genehmigungszeitraumes ist der BKK für die Folgeversorgung eine neue vertragsärztliche Verordnung mit der Abrechnung (Genehmigung ist nicht notwendig) einzureichen. Das Einreichen der ärztlichen Verordnung (Original und Kopie) ist bei der Abrechnung erforderlich.
6. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt stets frei Haus.

7. a) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Erstversorgung mit den verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von drei Werktagen nach Genehmigung der BKK sicherzustellen. Bei Hilfsmitteln mit einem Schulungs- bzw. Beratungsbedarf erfolgt in diesem Zeitraum eine Kontaktaufnahme mit dem Versicherten. Die Belieferung erfolgt dann in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zum Schulungstermin. Die Technik wird an die einweisende Stelle oder an die vom verordnenden Arzt/Praxis/Klinik mit dem Leistungserbringer vereinbarte Stelle geschickt oder vom Beratungsmitarbeiter mitgebracht. Die o.g. Versorgungsfrist gilt nicht, soweit die Auslieferung durch Einflüsse verzögert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Im Fall von Lieferverzögerungen wird der Leistungserbringer den Versicherten informieren.
- b) Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, ist zu sichern, dass es nicht zu Therapieunterbrechungen infolge verzögerter Lieferung kommt. Die Auslieferung erfolgt daher in der Regel spätestens am Arbeitstag nach der Auftragserteilung bzw. bei erneuter Genehmigungspflicht nach Eingang der Genehmigung.
- c) Der Versicherte hat den einwandfreien Zustand und den ordnungsgemäßen Empfang des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Lieferung unter Angabe des Lieferdatums zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus sind unzulässig. BKK kann bei Bedarf die Empfangsbestätigung beim Leistungserbringer anfordern.
- d) Bei der Abrechnung von Insulinpumpen und rtCGM-Messsystemen ist entweder eine Empfangsbestätigung des Versicherten oder der Liefernachweis des beauftragten Versanddienstleisters (Postverfolgungsnummer) mit einzureichen. Bei anderen Ge- und Verbrauchshilfsmitteln muss auf Nachfrage mindestens der (elektronische) Liefernachweis des beauftragten Versanddienstleisters zur Verfügung gestellt werden oder in elektronischer Form eine Übersicht der gelieferten Artikel.
8. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten, dass er sich in allen Angelegenheiten, die in direktem Zusammenhang mit dem gelieferten Hilfsmittel stehen, vorrangig an den Leistungserbringer wenden soll.
Wünscht der Versicherte aus zwingenden Gründen die Versorgung durch einen anderen Leistungserbringer, ist die BKK hierüber durch den ursprünglich beauftragten Leistungserbringer zu informieren, sobald dieser vom Wunsch des Versicherten Kenntnis erlangt. Falls diese Information zuerst bei der BKK eingeht, nimmt sie kurzfristig mit dem ursprünglichen LE Kontakt auf, um die weitere Versorgung zu klären und ggf. auch die Abrechnung stoppen zu können.
9. a) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten und/oder dessen Angehörige bzw. Pflegeperson ohne gesonderte Berechnung zu beraten sowie in die fachgerechte Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Diese Beratung erfolgt in der Regel persönlich bzw. telefonisch, eine Einweisung in Insulinpumpe bzw. rtCGM-System persönlich. Falls zwingend erforderlich (z.B. aus medizinischen Gründen), sind Beratung und Einweisung im direkten, persönlichen Umfeld (z. B. Wohnung, Pflegeheim usw.) durchzuführen. Eine für den Versicherten und die BKK kostenfreie Nachbetreuung ist erforderlichenfalls ebenfalls zu gewährleisten. Für diese Aufgaben ist fachlich speziell qualifiziertes Personal einzusetzen.
- b) Die Einweisung in rtCGM-Geräte kann auch online oder als Gruppenschulung erfolgen.
- c) Der Leistungserbringer kann sich für diese Aufgaben zertifizierter Dritter bedienen, falls diese die notwendige Qualifikation erfüllen. Hierfür trägt der LE die Verantwortung.
- d) Entsprechend der Regelungen in § 127 Abs. 4a SGB V ist bei einer Erstversorgung mit Hilfsmitteln die durch den LE erfolgte Beratung von ihm in geeigneter Form zu dokumentieren (vgl. Anlage 5).
Im Rahmen der vorgesehenen Stichproben- und Auffälligkeitsprüfungen kann diese Dokumentation von der BKK zur Einsicht angefordert werden.
- e) Im Zusammenhang mit der Versorgung mit einer Insulinpumpe bzw. einem rtCGM-System verpflichtet sich der LE auf Wunsch des Versicherten außerdem zu einer Nachbetreuung. Inhalte einer solchen Nachbetreuung können sein:

- Nachschulungen, gegebenenfalls auch im häuslichen Bereich,
 - Pflege- und Hygienemaßnahmen,
 - bei Bedarf Informationen oder Schulungen zur Sicherung der Compliance in Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt,
 - bei Auffälligkeiten (Komplikationen) Hinweis, den Vertragsarzt aufzusuchen.
10. Hausbesuche dürfen nur nach vorheriger Terminabsprache und mit Zustimmung des Versicherten erfolgen. Dies gilt sinngemäß auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen leben. Die Einwilligung zum Hausbesuch ist vom LE schriftlich einzuholen. Die Einwilligung muss über Zweck und Widerrufsrecht informieren sowie über die Folgen, wenn die Einwilligung nicht unterschrieben bzw. widerrufen wird aufklären.
Auf die berechtigten und nachvollziehbaren Wünsche und Bedürfnisse des Versicherten bzw. seiner Betreuungspersonen ist bei der Terminierung Rücksicht zu nehmen.
11. Der BKK steht es frei, jede Hilfsmittellieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Ergibt sich hieraus ein Nachbesserungsbedarf bei der Versorgung, ist der LE darüber zu informieren. Der LE berichtet der BKK nach einer solchen Nachbesserung zeitnah über die ergriffenen Maßnahmen und das Ergebnis.

§ 4

Versorgung per Versand

1. a) Liefert der Leistungserbringer Hilfsmittel per Versand, so ist Erfüllungsort für die Leistung ist die vom Versicherten angegebene Versandadresse. Bei Hilfsmitteln mit einem speziellen Einweisungsbedarf erfolgt der Versand in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Schulungstermin.
b) Der Leistungserbringer haftet für die Übergabe an den Versicherten. Ist das Hilfsmittel nicht an den Versicherten gelangt, gewährleistet der Leistungserbringer eine Neuversorgung, soweit dies noch dem berechtigten Interesse des Versicherten oder der Krankenkasse entspricht.
c) Hat der Versicherte eine besondere Anweisung über die Art und Weise der Versendung erteilt oder ergibt sich dies aus den Umständen des Versorgungsauftrages und weicht der Leistungserbringer ohne dringenden Grund von der Anweisung ab, so ist er für den daraus entstehenden Schaden verantwortlich.
2. Der Versand einer durch diesen Vertrag geregelten Insulinpumpe oder eines rtCGM-Messgerätes ist dann gestattet, wenn es sich um den Versand zur technischen Einweisung oder um eine Folgeversorgung handelt. Das trifft insbesondere dann zu, wenn es sich um den Ersatz des bisher genutzten Gerätes durch ein Gerät des gleichen Typs handelt.
3. Im Zusammenhang mit dem Versand im Inland entstehende Kosten dürfen weder der BKK noch ihren Versicherten in Rechnung gestellt werden. Wünscht der Versicherte jedoch eine Expresslieferung hat er die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.
4. Beim Versand von Hilfsmitteln sind grundsätzlich neutrale Verpackungen einzusetzen, die von außen keinen Rückschluss auf den Inhalt zulassen. Dem Kundenwunsch ist hierbei Rechnung zu tragen.
5. Alle in diesem Vertrag getroffenen Regelungen gelten analog für einen ggf. vom Vertragspartner beauftragten Versanddienstleister. Für die Einhaltung dieser Regelungen durch den beauftragten Dienstleister ist der Vertragspartner gegenüber der BKK verantwortlich.

§ 5

Reparaturen

1. Der LE verpflichtet sich, Reparaturen und die Ersatzteilversorgung von Hilfsmitteln innerhalb der Garantie zu übernehmen.
Sind Reparaturen nicht umgehend durchführbar, stellt der LE dem Versicherten aus-
hilfsweise und kostenlos ein funktionsgleiches oder –ähnliches Modell bis zum Ab-
schluss der Reparatur zur Verfügung.
2. Falls eine Reparatur innerhalb des Gewährleistungs- bzw. Garantiezeitraums nach die-
sem Vertrag nicht möglich oder für den LE nicht wirtschaftlich ist, erfolgt umgehend eine
Ersatzversorgung des Versicherten, kostenfrei für Versicherten und BKK.

§ 6

Notdienst

1. Leistungserbringer, die ihren Beitritt zu den Anlagen 1 und/oder 2a bzw. 2b erklärt haben,
stellen 24h/365 Tage einen technischen Notdienst mit fachlich qualifiziertem Personal
(Diabetesberater [nach DDG] bzw. -assistenten, Medizinproduktberater oder zertifizierte
Produkttrainer) sicher.
2. Die Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) des Notdienstes werden dem Versicherten bei Auslie-
ferung des Hilfsmittels im Rahmen der einführenden Beratung bekannt gegeben. Der
Notdienst ist für die BKK und die Versicherten bzw. ihre Betreuungspersonen kostenfrei. Der
Versicherte ist über den Umfang dieses Notdienst-Angebots unmissverständlich zu in-
formieren.
3. Im Rahmen dieses technischen Notdienstes gewährleistet der Leistungserbringer ent-
sprechend der medizinischen Notwendigkeit für elektrisch betriebene Hilfsmittel eine un-
verzögliche Versorgung mit für den ordnungsgemäßen Betrieb des Hilfsmittels unver-
zichtbarem Zubehör- bzw. Ersatzteilen sowie eine Nachbetreuung der Versicherten.
4. Bei einer vom Versicherten zu verantwortenden Inanspruchnahme des Notdienstes ohne
offensichtliche zwingende Notwendigkeit kann dieser, in Absprache mit der BKK, dafür fi-
nanziell belangt werden.

§ 7

Vergütung

Die Höhe der Vergütung ergibt sich aus den Anlagen 1 bis 4. Hinzu kommt der gesetzlich festgelegte Mehrwertsteuersatz.

§ 8

Zuzahlung / Mehrzahlung

1. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der BKK verringert sich
um die Zuzahlung gemäß § 61 SGB V.
Bei monatlichen bzw. jährlichen Versorgungspauschalen ist auch bei quartalsweiser Lie-

- ferung bzw. Abrechnung immer der monatlich anzusetzende Zuzahlungsbetrag zu berücksichtigen.
2. Die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V ist gemäß § 43c SGB V vom Leistungserbringer einzuziehen und mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der BKK zu verrechnen. Ein Verzicht des LE auf den Einzug der Zuzahlung hat keine Auswirkung auf die Leistungspflicht der BKK gegenüber dem LE.
 3. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten auf dessen Wunsch zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.
 4. Wünscht der Versicherte aus persönlichen Gründen eine aufwändigere Versorgung als nach § 12 SGB V notwendig, hat er die Mehrkosten gegenüber dem Vertragspreis selbst zu tragen. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Abgabe des gewünschten Hilfsmittels über Qualität und Umfang der mehrkostenfreien Versorgung zu informieren und dies schriftlich zu dokumentieren. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der BKK unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor der Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung (vgl. Anlage 6) zu treffen. Die Vereinbarung ist der BKK auf Verlangen in Kopie zur Verfügung zu stellen. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen, müssen direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden.

§ 9a

Rechnungslegung für Blutzuckerteststreifen

1. Die Abrechnung der Blutzuckerteststreifen gegenüber der BKK erfolgt nach der „Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V“ in Verbindung mit den jeweils gültigen technischen Anlagen.
2. Die Rechnungslegung erfolgt jeweils für einen abgeschlossenen Kalendermonat nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 300 SGB V bis spätestens **drei Monate** nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, an die von der BKK benannte Stelle. Bei Verordnungen, die mehr als einen Monat nach Ablauf der Frist nach Satz 1 abgerechnet werden, ist die BKK berechtigt, **10 vom Hundert des Rechnungsbetrages** zu kürzen. Irrläufer sind von dieser Regelung nicht betroffen.
3. Die Rechnung des Leistungserbringers enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben
 - a) Rechnungsnummer
 - b) Gesamtbetrag Brutto
 - c) Gesamtbetrag Netto
 - d) Zahlbetrag
 - e) Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummern (PZN)
 - f) Gesamtzahl der Verordnungsblätter

unter Beifügung der zugrunde liegenden Originalverordnungen.

Bei Dauerverordnungen (12 Kalendermonate) ist zur Erstabrechnung die Originalverordnung und bei jeder weiteren Abrechnung eine Verordnungskopie mit Angabe von PZN, Faktor sowie Preis und Versorgungszeitraum beizufügen.

4. Für die Abrechnung der Blutzuckerteststreifen nach § 300 SGB V ist bei Vertragsabschluss die Protaxplus GmbH & Co.KG, Rellinghauser Str. 80, 45128 Essen als Abrech-

nungsdienstleister der BKK zuständig.

5. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er darüber die BKK unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des LE beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der LE trägt dafür Sorge, dass über das der BKK mitgeteilte Ende der Abtretung hinaus keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Das Ende der Vollmacht/Rückabtretung ist durch die Abrechnungsstelle bzw. den sonstigen Forderungsinhaber der BKK schriftlich mitzuteilen. Die bis zum Erhalt bei der BKK eingegangenen Rechnungen werden mit schuldbefreiender Wirkung an die beauftragte Abrechnungsstelle gezahlt. Rückforderungen können durch die BKK auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
6. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet waren. Schädigt die Abrechnungsstelle des LE anlässlich der Abrechnung die BKK, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der BKK gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber seiner Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
7. Sofern die Rechnungslegung vom LE einer Abrechnungsstelle übertragen wird, ist der Auftragnehmer (die Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Landesdatenschutzgesetze sowie der Regelungen des Sozialgesetzbuches X zum Schutz von Sozialdaten durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer ist der BKK auf Wunsch vorzulegen. Die in § 13 dieses Vertrages geregelten Inhalte gelten in gleicher Weise für die Abrechnungsstelle des LE.
8. Blutzuckerteststreifen sind mit LEGS 800420 abzurechnen.

§ 9b

Rechnungsbegleichung von Blutzuckerteststreifen

1. Rechnungen sind innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Rechnungseingang zu begleichen.
2. Die Zahlung erfolgt per Überweisung. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Beauftragung des Zahlungsinstituts mit der Überweisung.
3. Alle Zahlungen an ein Rechenzentrum erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Prüfung der Rechnung. Etwaige Differenzen aus der bisherigen Abrechnung werden vom Rechenzentrum bei der nächsten Abrechnung verrechnet.
4. Zahlungen an die vom Leistungserbringer mit der Rezeptabrechnung beauftragte Abrechnungsstelle haben schuldbefreiende Wirkung für die BKK gegenüber dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer haftet für sein Fehlverhalten der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle im gleichen Umfang wie für einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Forderungen der Leistungserbringer an die BKK dürfen nur an eine Abrechnungsstelle abgetreten werden.

§ 9c

Rechnungs- und Taxberichtigungen für Blutzuckerteststreifen

1. Sachliche und rechnerische Berichtigungen, Taxbeanstandungen sowie Beanstandungen wegen fehlender Verordnungsblätter sind innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter bzw. der Datenlieferung bei der BKK möglich. Taxbeanstandungen sind schriftlich von der BKK gegenüber dem Leistungserbringer geltend zu machen. Geeignete Beweismittel (Images, Printimages, Kopien oder Verordnungsblätter) sind beizufügen. Bei Vollabsetzung ist das Original Verordnungsblatt beizufügen.
2. Einwendungen des Leistungserbringers gegen Beanstandungen der BKK sind unter Angabe der Gründe innerhalb von **drei Monaten** nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der BKK schriftlich zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.

§ 10a

Rechnungslegung für Hilfsmittel

1. Grundlage für die Abrechnung sind die Richtlinien des Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und ggf. hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge.
Vom LE werden ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger / -sätze übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der TA zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V.
Für die Bearbeitung nicht maschinell verwertbarer Daten werden dem LE 5 Prozent des Rechnungsbetrags in Rechnung gestellt.
2. Die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten, und nur im tatsächlich erbrachten Umfang erfolgen.
3. Falls in diesem Vertrag nicht an anderer Stelle anders geregelt, ist mit der Rechnung in elektronischer Form zusätzlich die ärztliche Verordnung sowie eine Empfangsbestätigung des Versicherten einzureichen (s. § 3 Pkt.3, Pkt.4, Pkt.5, Pkt.7d).
4. a) Die Rechnung des LE enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben:
 - die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. die im Vertrag aufgeführte Abrechnungspositionsnummer und ggf. die Produktbesonderheit
 - die Anzahl/Menge (laut Anlage)
 - das Hilfsmittelkennzeichen
 - ggf. das Genehmigungskennzeichen aus dem elektronischen Kostenvoranschlag
 - der Versorgungszeitraum
 - Rechnungs- und Belegnummer
 - Bruttowert der Verordnung
 - eingezogener Zuzahlungsbetrag
 - den bzw. die Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK) für diesen Vertrag: siehe Rubrum
 - die durch das HHVG geforderten Angaben zu Mehrkosten für den Versicherten

Sofern in den Anlagen eine von der Hilfsmittelpositionsnummer abweichende Abrechnungspositionsnummer aufgeführt ist, ist immer die Abrechnungspositionsnummer zu übermitteln.

b) Die unter Punkt 4a genannten Mindestangaben sind auch zwingend im Datenträger anzugeben.

5. Für die Abrechnung von Hilfsmittel nach § 302 SGB V ist bei Vertragsabschluss die DAVASO GmbH als Abrechnungsdienstleister zuständig.
Adresse für Paketsendungen: DAVASO GmbH, Am alten Flughafen 1-3, Gebäude 20.1, Rampe 7 u.8, 04356 Leipzig.
Adresse für Briefsendungen: DAVASO GmbH, 04311 Leipzig
6. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er darüber die BKK unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des LE beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der LE trägt dafür Sorge, dass über das der BKK mitgeteilte Ende der Abtretung hinaus keine Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Das Ende der Vollmacht/Rückabtretung ist durch die Abrechnungsstelle bzw. den sonstigen Forderungsinhaber der BKK schriftlich mitzuteilen. Die bis zum Erhalt bei der BKK eingegangenen Rechnungen werden mit schuldbefreiender Wirkung an die beauftragte Abrechnungsstelle gezahlt. Rückforderungen können durch die BKK auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
7. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet waren. Schädigt die Abrechnungsstelle des LE anlässlich der Abrechnung die BKK, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der BKK gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber seiner Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
8. Sofern die Rechnungslegung vom LE einer Abrechnungsstelle übertragen wird, ist der Auftragnehmer (die Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Landesdatenschutzgesetze sowie der Regelungen des Sozialgesetzbuches X zum Schutz von Sozialdaten durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer ist der BKK auf Wunsch vorzulegen. Die in § 13 dieses Vertrages geregelten Inhalte gelten in gleicher Weise für die Abrechnungsstelle des LE.
9. Für die ordnungsgemäße Rechnungslegung sowie für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird.
10. Rechnungen, die den Anforderungen der Absätze 1 bis 4 nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Bei Sammelrechnungen bezieht sich diese Regelung auf die einzelne Rechnungsposition. Bei berechtigter Zurückweisung der Rechnungen tritt Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
11. Mit den LEGS 1900420, 1900421, 1900422 dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die in der jeweiligen Vereinbarung geregelt sind.

§ 10 b

Rechnungsbegleichung von Hilfsmitteln

1. Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von **vier Wochen** bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Unterlagen bei der Abrechnungsstelle der BKK.
2. Die Zahlung erfolgt per Überweisung. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Beauftragung des Zahlungsinstituts mit der Überweisung.
3. Zahlungen an die vom Leistungserbringer mit der Rezeptabrechnung beauftragte Abrechnungsstelle haben schuldbefreiende Wirkung für die BKK gegenüber dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer haftet für sein Fehlverhalten der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle im gleichen Umfang wie für einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Forderungen der Leistungserbringer an die BKK dürfen nur an eine Abrechnungsstelle abgetreten werden.

§ 10 c

Beanstandung von Hilfsmittelabrechnungen

1. Im Rahmen der rechnungsbegleitenden Prüfung können von der BKK bzw. ihrem Abrechnungsdienstleister Kürzungen bzw. Vollabsetzungen vorgenommen werden, sofern im Vorfeld der Versorgung kein Kostenvoranschlag einzureichen ist. Fehlende Unterlagen und nicht-vertragskonforme Preise können u.a. diese Maßnahme begründen.
2. Beanstandungen können durch die BKK innerhalb von **12 Monaten nach Rechnungseinreichung** unter Angabe der vollständigen Beanstandungsgründe geltend gemacht werden. Die BKK ist innerhalb dieser Zeit berechtigt, die eingereichten Unterlagen oder Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur unter den Voraussetzungen der Anlage 1 (Technische Anlage), 6. Abschnitt der Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V zurückzugeben. Der Leistungserbringer erhält hierzu jeweils die vollständigen Angaben und Abrechnungsunterlagen. Der Leistungserbringer erhält in diesen Fällen ein **Widerspruchsrecht von drei Monaten** nach Zugang der Information durch die BKK.
Die von der BKK zu Unrecht gezahlten Beträge sind **innerhalb von vier Wochen nach Klärung** des Einspruchs zurückzuzahlen.

§ 11

Gewährleistung / Haftung

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei Auslieferung, unabhängig davon, ob es sich um eine Gebraucht- oder Neuversorgung handelt.

Die Gewährleistung beginnt mit dem Tag der körperlichen Entgegennahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie-/ Gewährleistung gelten entsprechend. Wird vom Hersteller eine über die gesetzliche Gewährleistung von zwei Jahren hin-

ausgehende Garantie erbracht (zeitlich und/oder inhaltlich), wird diese an den Versicherten bzw. die BKK weitergegeben.

3. Der LE haftet für bei der Leistungserbringung entstehende Schäden, die dem Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, weil das Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert wurde, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
4. Kommt der Vertragspartner seinen Pflichten aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, kann die BKK nach Rücksprache mit dem LE die Versorgung auf einen anderen Vertragspartner übertragen, um gegenüber dem Versicherten die Versorgung sicherzustellen. Für Mehrkosten aus solch einer Ersatzversorgung hat der ursprünglich beauftragte Vertragspartner aufzukommen.
5. Der Leistungserbringer hat eine Betriebshaftpflichtversicherung nachzuweisen, falls zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts ein Nachweis der Präqualifizierung noch nicht erbracht werden kann.
Die Deckungssummen betragen mindestens für
Personenschäden 2.000.000,00 Euro
Sachschäden 1.000.000,00 Euro
Vermögensschäden 100.000,00 Euro
6. Über die Geschäftsaufgabe, ein Betriebsende oder die Veräußerung des Unternehmens ist die BKK unverzüglich zu informieren. Gleiches gilt auch für den Fall, dass für das Unternehmen Insolvenz angemeldet wird.
7. Für den Fall der Betriebsaufgabe bzw. der Insolvenz wird vereinbart, dass für den von der BKK bezahlten Versorgungszeitraum das Hilfsmittel beim Versicherten verbleibt.

§ 12

Werbung und Zusammenarbeit

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers gegenüber Versicherten und/oder Ärzten dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen.
2. Es ist nicht zulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung oder ausdrückliches Einverständnis ohne konkreten Anlass, der sich aus der Versorgung ergibt, telefonisch oder schriftlich (Post bzw. E-Mail) zu kontaktieren.
3. Der Leistungserbringer darf Vertragsärzte nicht auf unzulässige Weise in ihrer Verordnungsweise beeinflussen. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig.
4. Besonders zu beachten ist das in § 128 SGB V geregelte Verbot einer Abgabe von Hilfsmitteln aus einem Depot beim Vertragsarzt bzw. in einer Klinik oder einer anderen medizinischen Einrichtung. Ausgenommen hiervon ist das gesetzlich geregelte Notfalldepot.
5. Außerdem sind die Regelungen des „Kodex Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e. V. (BVMed) vom 12.05.1997 in der Version vom 01.01.2015 einzuhalten.
6. Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen sowie ärztlichen Verordnungen aus Krankenhäusern durch den Leistungserbringer gegen Entgelt oder deren Weitergabe an Dritte gegen Entgelt, gegen Kostenerstattung oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Das Gleiche gilt für die Zuweisung von Versicherten gegen Zahlung von Vergütungen oder Provisionen. Sobald derartiges rechtswidriges Verhalten der BKK zur

Kenntnis gelangt, wird diese unverzüglich rechtliche Schritte einleiten.

§ 13

Datenschutz

1. Die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Landesdatenschutzgesetze sowie der Regelungen des Sozialgesetzbuches X sind zwingend einzuhalten.
2. Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes verarbeiten.
3. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der personenbezogenen Daten des Versicherten der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Versorgung erforderlichen Angaben gegenüber den verordnenden Ärzten, dem MDK und der leistungspflichtigen BKK.
4. Speziell bei online-Schulungen zu den in diesem Vertrag geregelten Hilfsmitteln aber auch bei Gruppenschulungen, sind die damit verbundenen speziellen Maßnahmen des Datenschutzes sicherzustellen (vgl. Anlage 7).
5. Der Leistungserbringer sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle sind verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 53 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Sozialgeheimnis nach § 35 Sozialgesetzbuch I verpflichtet sind. Ferner stellt der Leistungserbringer sicher, dass das von ihm eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und eingewiesen ist. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der BKK vorzulegen.
6. Der Leistungserbringer haftet gegenüber dem Versicherten der BKK für alle Schäden, die durch Verstöße seiner Mitarbeiter gegen die Regelungen zum Datenschutz entstehen.
7. Bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen hat der Leistungserbringer die BKK unverzüglich zu informieren. Der Datenschutzbeauftragte der BKK oder sein Beauftragter oder die für die BKK zuständige Aufsichtsbehörde sind berechtigt, die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten jederzeit beim Leistungserbringer zu überprüfen.
8. Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 14

Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

1. Die BKK kann den Leistungserbringer bei nicht vertragsgemäßer Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben und Pflichten schriftlich warnen. Der Leistungserbringer ist vorher schriftlich anzuhören. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die BKK nach Anhörung des Leistungserbringers eine Vertragsstrafe bis zu 10.000,00 EUR verlangen, max. 5 % des vom Leistungserbringer mit diesem Vertrag erzielten Jahresumsatzes. Die Höhe der Strafe muss der Schwere des Verstoßes angemessen sein.
Darüber hinaus gelten die Regelungen des § 128 Abs. 3 SGB V.

2. Die Vertragsstrafe wird insbesondere bei folgenden Vertragsverstößen festgelegt:
 - a) Nichterfüllung von organisatorischen oder sächlichen oder fachlichen oder personellen Voraussetzungen gemäß der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands nach § 126 SGB V.
Bei einer absehbar kurzfristigen Änderung ist die BKK über diese Tatsache zu informieren mit einer Erläuterung, wie und in welchem Zeitraum die geforderten Grundlagen wieder geschaffen werden.
 - b) Leistungsabgabe entgegen ärztlicher Verordnung oder Änderung der ärztlichen Verordnung ohne Abstimmung mit dem Arzt
 - c) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - e) Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer in die eigene Abrechnung
 - f) Verstoß gegen § 128 SGB V
 - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
3. Wiederholte oder schwerwiegende Verstöße - insbesondere die Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten - können zu einer sofortigen Kündigung des Vertrags führen.
4. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß für die BKK bzw. ihrem Versicherten entstandene materielle Schaden zu ersetzen.
5. Gemäß § 197a Abs.4 SGB V haben die Krankenkassen die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

§ 15

Öffnungsklausel

Diesem Vertrag können entsprechend § 127 Abs. 2a weitere Leistungserbringer zu den gleichen Konditionen als Vertragspartner beitreten. Die Absicht zum Beitritt ist mit Anlage 8 gegenüber der Novitas BKK zu erklären. Der Beitritt wird wirksam, sobald die Novitas BKK diesen schriftlich bestätigt hat.

§16

Vertragsdauer und Kündigungsfristen

1. Der Vertrag tritt am 01.01.2019 in Kraft und ersetzt alle bisherigen Verträge und Vereinbarungen zwischen dem LE und der BKK.
2. Die Laufzeit des Vertrages ist unbefristet.
Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monate zum Monatsende schriftlich gekündigt werden, erstmals zum 31.03.2020. Bei Kündigung des Vertrags oder der Anlagen bleiben die dort getroffenen Bestimmungen und vereinbarten Preise so lange gültig, bis die Parteien eine neue Vereinbarung getroffen haben, längsten jedoch bis drei Monate nach dem Kündigungstermin.

3. Die Anlagen können mit einer Frist von jeweils einem Monat zum Monatsende, erstmals zum 31.03.2020, gekündigt werden.
4. Im Falle einer Fusion der Novitas BKK mit anderen Krankenkassen besteht eine Kündigungsoption vor Ablauf der Mindestlaufzeit. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Fusionszeitpunkt.
5. Wird ein neues Produkt am Markt eingeführt, welches der Systematik der in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel entspricht, werden die Vertragspartner zeitnah Gespräche führen, um hierfür eine Regelung zu finden.
6. Sollten Festbeträge gemäß § 36 i.V.m. § 33 Abs. 2 SGB V unterhalb der vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Preise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Wenn bei den im Vertrag geregelten Hilfsmitteln die Umstellung auf Festbeträge ansteht werden Gespräche zwischen den Vertragspartnern aufgenommen.
7. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.
8. Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag wird der Gerichtsstand Duisburg vereinbart.

§ 17

Salvatorische Klausel / Schlussbestimmung

1. Die Vertragspartner vereinbaren, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages einvernehmlich zu klären.
2. Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, oder sollte sich eine rechtliche Lücke herausstellen, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, in diesem Fall eine Regelung zu treffen, deren Bestimmung der ursprünglich gewählten am nächsten kommt. Dies gilt auch für den Fall, dass der Vertrag eine Lücke enthält.
3. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der in § 1 Nr. 2 aufgeführten Anlagen 1 bis 8 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel. Soweit vertraglich nicht anders vereinbart, genügt zur Wahrung der Schriftform im Sinne dieses Vertrages die Übermittlung per Telefax.

Duisburg,

XXX,

Vorstand
Novitas BKK

Geschäftsführer
Leistungserbringer XXX