

## Anlage 2 Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V zum  
Vertrag über die Versorgung mit Kommunikationshilfen  
LEGS: 19 00 453**

Name des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer bzw. Inhaber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
IK des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit Kommunikationshilfen zum \_\_\_\_\_ bei.

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 Zustimmung erfolgt per Email.

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

Die Novitas BKK sowie der beigetretene Leistungserbringer kann den Beitritt zum Vertrag gemäß § 13 des Vertrages kündigen. Die Kündigung ist schriftlich, auch per Email, zu erklären.

### Ansprechpartner für Versicherte

Name:  
Tel.:  
Fax:  
Email Adresse:

### Ansprechpartner für BKK

Name:  
Tel.:  
Fax:  
Email Adresse:

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

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

---

Wir treten folgenden Anlagen der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) bei:

alle (Anlage 1)

oder einzelnen Produktgruppen

16.99.01

16.99.02

16.99.03

16.99.04

16.99.05

16.99.06

Mit dieser Beitrittserklärung verlieren sämtliche unserem Betrieb gegenüber bestehende andere und/oder bisherige BKK-Verträge über die in diesem Vertrag geregelten Leistungen und Produktgruppen auf Landes- oder Bundesebene ihre Gültigkeit.

\_\_\_\_\_  
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	<p>Es ist die gültige lebenslange eGK-Nummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt.</p> <p>In der Regel findet sich die Krankenversicherthennummer auf der ärztlichen Verordnung.</p>
Kassen-IK	104491707 (Novitas BKK)
Vertragsarzttnummer	<p>Die lebenslange Arzttnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Sollte die LANR nicht vorliegen, darf das Feld mit „999999999“ gefüllt werden.</p> <p>Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „999999999“ zu füllen.</p>
Betriebsstättennummer	<p>Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben.</p> <p>Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).</p>
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 = 19 00 453
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 Gerätename /-Typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	<p>Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern:</p> <p>00 = Kauf</p> <p>01 = Reparatur</p> <p>02 = Wiedereinsatz</p> <p>03 = Miete</p> <p>04 = Nachlieferung, Zweitgerät</p> <p>05 = Zurichtung</p> <p>06 = Abgabe eines von der VO abweichenden, höherwertigen Hilfsmittels</p> <p>08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen)</p> <p>09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen)</p> <p>10 = Folgeversorgung</p> <p>12 = Zubehör</p> <p>15 = Wartungspauschale/STK</p> <p>16 = Auslieferung</p> <p>18 = Rückholung</p> <p>20 = Erstberatung/Erprobung</p>
Leistungsbeginn	<p>Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist das tatsächliche Auslieferungsdatum.</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <p>Auslieferung: 15.07.2023, Leistungsbeginn 15.07.2023</p> <p>Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen.</p>

	<p><u>Beispiel:</u></p> <p>Ende vorherige Pauschale: 30.09.2023, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.10.2023</p> <p>Leistungsbeginn bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <p>Auslieferung: 15.07.2023, Leistungsbeginn 15.07.2023</p>
Leistungsende	<p>Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> wird wie folgt berechnet:</p> <p>Auslieferung/Leistungsbeginn: 15.07.2023, Erstpauschale 60 Monate, Leistungsende nach 60 Monaten: 14.07.2028</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></p> <p>Auslieferung: 15.07.2023, Leistungsende 15.07.2023</p>
Menge/Anzahl	<p><u>Pauschalen und Kauf</u></p> <p>Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.</p>

Einheit	<p><u>Pauschalen</u></p> <p>Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.</p> <p><u>Kauf</u></p> <p>Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.</p>
Preis	<p>Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.</p> <p>Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.</p>
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verordnung</li> <li>• Ggf. weitere erforderliche Unterlagen</li> </ul> <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p> <p>Bei einer Folgepauschale ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.</p>

## Anlage 4 **Versicherteninformation und Bestätigung**

### Vertrag über die Versorgung mit Kommunikationshilfen LEGS: 19 00 453

#### Angaben zum Versicherten

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

#### Angaben zum Produkt

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

Der Leistungserbringer \_\_\_\_\_ versorgt Sie ab dem \_\_\_\_\_  
mit einer Kommunikationshilfe.

Das Hilfsmittel ist Eigentum des Leistungserbringers 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 5 – Eigentumsvorbehalt

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Kommunikationshilfen

LEGS: 19 00 453

### 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

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

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