

Vertrag

nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 05 und 23 (Bandagen und Orthesen)

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 den XXX
XXXXXX

im Folgenden „XXXXX“ genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V:
19 00 445

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
- § 16 Datenschutz
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Schlussbestimmungen

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

Präambel

Der Vertrag wird nach den Grundsätzen des § 127 Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln geschlossen. Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) schließt den Vertrag mit der BKK als Rahmenvertrag. Er fungiert nicht als Leistungserbringer. Die einzelnen In-nungs- beziehungsweise Fachverbandsmitglieder (nachfolgend „Leistungserbringer“ genannt) nehmen durch eine gesonderte Erklärung gegenüber dem BIV-OT an dem Vertrag als Leistungserbringer teil.

Das Beitrittsrecht anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag bleibt hiervon unbe-nommen und wird ausdrücklich bestätigt

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und aufzah-lungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK mit den in der Vergütungsvereinba-rung (Anlage 1) benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 05 und 23 – Bandagen und Orthesen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Sozialgesetzbuch (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 Einwei-sung, die Abrechnung dieser Leistung abgegolten. Die im Vertragstext genannten An-lagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation und Bestätigung), Anlage 5 (Eigentumsvor-behalt) und die Anlage 6 (Mehrkostenerklärung dieses Vertrages stellen ein Muster mit Mindestinhalten dar, welches in ihrer Ausführung abweichen kann.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Vertrag gilt für

- a) die BKK,
- b) den BIV-OT und die ggf. weiteren im Vertragsrubrum aufgeführten Verbände o-der Zusammenschlüsse von Leistungserbringern sowie die
- c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer genannt), die diesem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen ge-mäß der Beitrittserklärung (Anlage 2) beitreten.

(2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der BKK.

§ 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. Für Mitglieder des BIV-OT bzw. dessen angeschlossener Innungen und Fachverbände gilt hiervon abweichend, dass der Nachweis nach Satz 2 von dem Leistungserbringer gegenüber dem BIV-OT zu führen ist. Der BKK ist der Nachweis nach Satz 2 ausdrücklich nur auf Anforderung zu übermitteln. Der BIV-OT ist verpflichtet, teilnehmende Leistungserbringer zu melden und die Meldungen aktuell zu halten. Er hat selbstständig eine mit der BKK abgestimmte Vertragspartnerliste der Leistungserbringer über den entsprechenden Leistungserbringergruppenschlüssel zu führen. Die Vertragspartnerliste ist durch den BIV-OT regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Der BIV-OT stellt sicher, dass die Leistungserbringer und deren Filialen bei der Aufnahme in die Teilnehmerliste die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind der BKK für den Einzelfall auf ihr Verlangen unverzüglich vorzulegen. Der BIV-OT hat sicherzustellen, dass die Vertragsteilnehmer regelmäßig, spätestens jedoch alle 14 Tage, der BKK in einem abgestimmten Format übermittelt wird. Der Leistungserbringer bestätigt schriftlich gegenüber dem BIV-OT, dass er den vorliegenden Vertrag mit den entsprechenden, ggf. zu vervollständigenden Anlagen gegen sich gelten lässt. Auf Wunsch der BKK sind diese unterzeichneten Bestätigungen bzw. Anlagen vorzulegen. Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei dem BIV-OT eingeht. Die BKK hat das Recht, der Vertragsteilnahme einzelner Leistungserbringer und ihrer Niederlassungen in begründeten Fällen zu widersprechen. 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 der Vergütungsvereinbarung der Anlage 1 sowie der Leistungsbeschreibung der Anlage 1a dieses Vertrages erbracht werden. Der Leistungserbringer gewährleistet grundsätzlich eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten. Den Versicherten ist eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Produkten je Produktart vorzustellen und anzubieten, sofern das Hilfsmittelverzeichnis eine hierfür ausreichende Anzahl an Produkten listet. Die mehrkostenfrei angebotenen Produkte müssen sich indikationsgerecht an der ärztlichen Verordnung orientieren, sie müssen den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und sie müssen für die individuellen Versorgungsanforderungen ausreichend und zweckmäßig sein. Mehrkosten können dem Versicherten nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten zuvor eine hinreichende Anzahl an Produkten im vorstehenden Sinne mehrkostenfrei angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählt bzw. eine Versorgung wählt, die

über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Die Beratung zu entstehenden Mehrkosten ist durch den Leistungserbringer gemäß Anlage 6 (Mehrkostenvereinbarung) zu dokumentieren. 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 ggf. Folgekosten zu informieren. Dieser Vorgang ist mit der Anlage 6 (Mehrkostenvereinbarung) zu dokumentieren.

(3) Die Produktauswahl wird in der Regel 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 ist dabei zwingend zu beachten. Kostenvoranschläge in Papierform sind mit einem Abschlag von 5 % auf die in der Anlage 1 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 5 Arbeitstagen. Die Einlagerungsbedingungen (ZHP) sind zwingend zu beachten. Die gesamte Hilfsmittelpoolverwaltung (Versorgungspauschalhilfsmittel und Kaufhilfsmittel) erfolgt über die Plattform von ZHP. Abholaufträge sind mit der Einlagerungsmittteilung abzuschließen. Hinderungsgründe 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, soweit für die in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelten Medizinprodukte zutreffend, die sich aus der Betreiberrolle ergebenden Verpflichtungen in Bezug auf

- die Instandhaltung,
- die Einweisung,
- die technischen Kontrollen/Prüfungen sowie
- die Aufbereitungen

von Hilfsmitteln/Medizinprodukten.

Der Leistungserbringer wird, soweit zutreffend:

- Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben instandhalten (§ 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),

Hiervon abweichende oder ergänzende Regelungen können sich aus den jeweiligen Produkthanlagen zu diesem Vertrag ergeben.

(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 im Rahmen der von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Bestand, zum Wechsel bzw. zur Beendigung des gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnisses.

§ 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 Bundesausschusses mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Von Krankenhausärzten ausgestellte und vom „Muster 16“ abweichende Verordnungen werden von der BKK akzeptiert, wenn diese in Folge eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes ausgestellt worden sind. Der Leistungserbringer prüft erhaltene Verordnungen auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit in Bezug auf das verordnete Hilfsmittel. Dazu kann der Leistungserbringer Rücksprache mit dem Verordner 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, ausgenommen einer Vereinbarung über Mehrkosten gemäß § 3 Abs. 2 auf privatrechtlichen Vereinbarungen zur Kostentragung des Versicherten vor Leistungsentscheidung der BKK. Zulässig sind privatrechtliche Vereinbarungen nur dann, wenn der Versicherte über die bestehende Möglichkeit einer Leistungsablehnung der BKK aufgeklärt wurde und dieser dennoch auf eine umgehende Versorgung vor Leistungsentscheidung besteht. Eine abweichende Praxis des Leistungserbringers gilt als schwerwiegender Vertragsverstoß.

(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 „Klinikentlastung“ 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. Etwas 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 bei Notwendigkeit im häuslichen Umfeld 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, ggf. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggf. 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 § / 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 Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils aktuellen Fassung nach 139 SGB V 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) Die Vergütung der Leistungen ergibt sich aus den Anlagen zu dieser Vereinbarung. Sie erfolgt grundsätzlich auf Basis von vereinbarten Vertragspreisen, vereinbarten Kalkulationspreisen, bundesweit geltender Festbeträge gemäß § 36 SGB V oder bei Sonderanfertigungen auf Basis einer Einzelkalkulation. Die vereinbarten Preise und die geltenden Festbeträge sind Nettowerte und werden zuzüglich der im Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils gültigen Umsatzsteuer abgerechnet.

(2) Mit den in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) vereinbarten Vertragspreise sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen abgegolten. Eine darüber hinaus gehende 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 sind 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)

Können Hilfsmittel wegen Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, so hat der Leistungserbringer grundsätzlich keinen Anspruch auf Vergütung.

Ein eventueller Vergütungsanspruch ohne Abgabe des Hilfsmittels besteht nur für Hilfsmittel oder Teile von Hilfsmitteln, die individuell an den Versicherten angepasst bzw. für ihn individuell gefertigt wurden und nicht wiederverwendet werden können.

In diesen Fällen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag auf Basis des entsprechenden Fertigungsstands bzw. der erbrachten Leistungen/Teilleistungen zur Genehmigung ein (Listung der Einzelpositionen) und benennt die Gründe für die Antragstellung. Die BKK prüft die Plausibilität der Angaben und genehmigt bei positiver Prüfung den eingereichten Kostenvoranschlag mit separater Genehmigungsnummer. Diese Genehmigungsnummer ist Grundlage für die nachfolgende Abrechnung und ersetzt die ursprünglich erteilte Genehmigung.

§ 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 ggf. 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.

(3) Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der Vergütungsvereinbarung gemäß der Anlage 1. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung, sowie die schriftliche Empfangsbestätigung des Versicherten beizufügen.

Gleiches gilt für Versorgungen im stationären Bereich.

(4) Die Abrechnung soll möglichst in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt, erfolgen.

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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.

(8) 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.

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 Tarifkennzeichen 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

(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, ausgenommen gesetzlicher Informations- und Beratungspflichten, 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 werdenen 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 kann nach erfolgter schriftlicher Anhörung und unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in folgender Höhe festgesetzt werden:

- bis zu € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3, 5, 8, 12 und 14 und Anlage 1 Nr. 2 des Vertrages;
- bis zu € 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 abgerechnete Leistung) können zu einer Vertragskündigung führen.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2020 in Kraft. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.04.2022 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: _____

Unterschrift und Stempel

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK:

Anlage 1a – Leistungsbeschreibung

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 05 und 23 (Bandagen und Orthesen) ab dem 01.05.2020

Mit den Vertragspreisen nach diesem Vertrag sind alle zur Abgabe notwendigen Dienst- und Serviceleistungen abgegolten, insbesondere

- die Abgabe der gelisteten Hilfsmittel nach vertragsärztlicher Verordnung bzw. ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung,
- die individuelle Messung durch den Leistungserbringer zu Beginn jeder Versorgung und Folgeversorgung der Versicherten. Dies gilt sowohl für konfektionierte, teilkonfektionierte und individuell herzustellende Hilfsmittel,
- die Beratung des Versicherten bei der Produktauswahl,
- die Dokumentation des Versorgungsprozesses bei Maßanfertigungen: Maßblatt, Zustandserhebung, Versorgungsdokumentation nach MPG sowie ggf. weitere Unterlagen,
- Bereitstellung der Dokumentation des Versorgungsprozesses im Genehmigungsprozess auf Anfrage,
- die Anpassung sowie Nachjustierung des Hilfsmittels,
- die umfassende Einweisung in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels auf der Grundlage der Herstellervorgaben,
- das Vorhalten einer ausreichend großen Auswahl gängiger Produkte zur Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmittels. Dies gilt insbesondere für konfektionierte Bandagen.

Die in der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) gelisteten Hilfsmittel sind genehmigungsfrei in der Erstversorgung zum Vertragspreis bis zu einem Verordnungswert von 200,00 Euro brutto, es sei denn, sie sind als genehmigungspflichtig (KV) gekennzeichnet.

Genehmigungspflicht besteht bei:

- Mehrfachausstattungen: Versorgung mit funktionsgleichen Hilfsmitteln, die aus hygienischen Gründen (Wechselversorgung) erforderlich sind,
- Ersatzversorgungen: Hilfsmittelversorgung, die aufgrund von Verschleiß des Urproduktes vor Ablauf der Mindestgebrauchszeit notwendig ist und eine Reparatur unwirtschaftlich ist,
- Leibbinden: Damenleibbinden, Herrenleibbinden, sonstige Leibbinden und maßgefertigte Leibbinden,
- Maßgefertigte Bandagen: Bei den maßgefertigten Bandagen ist neben der Verordnung und dem Kostenvoranschlag (KV) ein Maßblatt einzureichen.

Der Leistungserbringer weist den Versicherten bei Abgabe des Hilfsmittels darauf hin, sich mit dem Hilfsmittel bei seinem Vertragsarzt vorzustellen, insbesondere bei der Abgabe von individuell angefertigten und zugerichteten Hilfsmitteln.

Maßanfertigungen sind, vorausgesetzt, dass der Versicherte mitwirkt, in den ersten sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels vom Leistungserbringer zwei Mal auf Passgenauigkeit und Sitz zu überprüfen. Konfektionierte Hilfsmittel sind in Abhängigkeit vom Produkt, nach Notwendigkeit eine Woche nach Abgabe auf Passgenauigkeit, Sitz und Wirkung zu kontrollieren.

Ein Hausbesuch ist nur abrechnungsfähig, wenn auf Grund der Schwere der Erkrankung ein Besuch in der Betriebsstätte für den Versicherten aus medizinischen Gründen nicht zumutbar ist. Die Notwendigkeit bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung. Die Hausbesuchspauschale kann einmal je Versorgungsfall (patientenbezogen) geltend gemacht werden. Mit der Pauschale sind sämtliche Aufwendungen inkl. der Fahrtkosten bis zum Abschluss der Versorgung abgegolten. Es können nur tatsächlich durchgeführte Haus- und Krankenhausbesuche abgerechnet werden. Der Preis für Hausbesuche wird zur Grundleistung addiert und die gesetzliche Zuzahlung wird vom Gesamtbetrag berechnet.

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

Krankenversicherthenummer	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 Krankenversicherthenummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104491707 (Novitas BKK)
Vertragsarzt Nummer	Die lebenslange Arzt Nummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. 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 =1900407

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 Gerätenamen /-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 15.07.2017 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige

	<p>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	<p>Krankenversicherung</p>

Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ärztliche Verordnung• Ggf. 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

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzl. Vertreter

Datum der Beratung:

Gegenstand der Beratung:

(Bsp.: Kniebandage, Knieorthese)

Der o. g. Leistungserbringer hat vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- 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.

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 05 und 23 (Bandagen und Orthesen) ab dem 01.01.2020

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

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Ich bin über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine mehrkostenpflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.

Mit der Zahlung der nachfolgend aufgeführten Mehrkosten für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge hierfür anfallen können (wie zum Beispiel Reparatur, Wartungskosten etc.).

Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

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