

**Vertrag gemäß § 127 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V**

**zwischen der**

**BKK Novitas  
Schifferstraße 92-100  
47059 Duisburg**

**(im folgenden „BKK“ genannt)**

**und den**

**Verband CPM Therapie e.V.  
vertreten durch den Vorstand  
dieser wiederum vertreten durch den Geschäftsführer  
Dr. Rainer Schütze  
Semerteichstr. 92  
44263 Dortmund**

**(im folgenden „Verband“ genannt)**

**handelnd  
für seine Mitglieder**

**(im folgenden „Leistungserbringer“ genannt)**

**Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 00 451**

## **§ 1**

### **Vertragsgegenstand**

1. Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 32.04.01.0 sowie 32.09.01.0 als Sachleistung.
2. Der Vertrag kann von der BKK auch für andere Betriebskrankenkassen geöffnet werden.

## **§ 2**

### **Teilnahmevoraussetzungen**

1. Der Leistungserbringer hat sämtliche einschlägigen krankenversicherungsrechtlichen Vorgaben strikt einzuhalten. Insbesondere ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit (i.V.m.) § 135a Abs. 1 SGB V zu beachten sowie § 128 Abs. 1 und 2 SGB V. Zudem sind die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesfachverband Medizinprodukte-Industrie e.V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils geltenden Fassung einzuhalten.
2. Dieser Vertrag gilt nur solange die Präqualifizierung des Leistungserbringers nach § 126 Abs. 1 SGB V besteht.
3. Die Rechte und Pflichten nach der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV), dem Medizinproduktegesetz (MPG), der Hilfsmittelrichtlinie (HilfsM-RL) und sonstigen relevanten Vorschriften werden von der BKK auf den Leistungserbringer übertragen. Damit zusammenhängende Aufwendungen kann der Vertragspartner weder der BKK noch dem Versicherten in Rechnung stellen. Diese sind mit der Vergütung abgegolten.
4. Der Vertrag kann auch von Leistungserbringern geschlossen werden, die nur regional begrenzt versorgen. Die Erstreckung des Versorgungsgebietes ist nach Postleitzahlen, getrennt durch Komma, ohne Leerzeichen anzugeben (z.B. 45000, 45007, 45009,...).

## **§ 3**

### **Versorgungsabwicklung**

1. Die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist mit den Ausnahmen, die im nachfolgenden Satz 2 dieses Absatzes genannt sind, genehmigungsfrei. Genehmigungspflichtig sind im Rahmen einer postoperativen Therapie die Versorgung ab der 7. Nutzungswoche und im Rahmen einer konservativen Therapie die Versorgung ab der 1. Woche. Die Genehmigung der BKK ist in diesen Fällen vorab einzuholen.

Eine postoperative Versorgung im Sinne dieses Vertrages liegt vor, wenn die Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene spätestens 7 Tage nach erfolgter Operation beziehungsweise 3 Tage nach Entlassung aus einer stationären Einrichtung begonnen wird.

Wird die Versorgung nicht innerhalb des definierten Zeitraumes für die postoperative Versorgung aufgenommen oder soll eine Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene ohne vorherigen operativen Verlauf erfolgen, handelt es sich um eine sogenannte konservative Versorgung im Sinne dieses Vertrages.

2. Eine Versorgung mit Hilfsmitteln setzt die Vorlage einer ärztlichen Verordnung voraus. Diese ist auf formale Gültigkeit und Plausibilität vom Leistungserbringer zu prüfen (nach § 7 Abs. 1 – 4 HilfsM-RL i.V.m. § 8 Abs. 2 HilfsM-RL). Konkret ist auf folgende Angaben zu achten:

- eine vollständige und lesbare Bezeichnung des Versicherten mit Postanschrift;
- die Versichertennummer;
- ein Arzt-/Klinikstempel;
- eine Arztunterschrift;
- eine Diagnose.

Sollte einer oder mehrere dieser Inhalte der Verordnung fehlen oder unvollständig sein, hat der Leistungserbringer entweder durch Kontaktaufnahme mit der verordnenden Institution bzw. dem verordnenden Arzt eine Klärung und ggf. Neuausstellung oder Ergänzung herbeizuführen, andernfalls kann er die Verordnung nicht zu Lasten der BKK beliefern. Der Leistungserbringer ist nicht dazu verpflichtet, die Zugehörigkeit des Versicherten zur BKK, die Richtigkeit der auf der Verordnung angegebenen Adresse und ähnliche von ihm nicht überprüfbare Inhalte zu prüfen und er haftet nicht für einen ggf. in diesem Bereich vorhandenen Fehler.

3. In den Fällen, in denen eine Genehmigung der BKK gem. § 3 Abs.1 dieses Vertrages erforderlich ist, beantragt der Leistungserbringer die beabsichtigte Versorgung bei der BKK per eKV (zurzeit: ZHP-X3 von HMM Deutschland).

Der Antrag enthält folgende Angaben:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers;
- Schlüssel „Leistungserbringergruppe“;
- Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, soweit diese aus der Verordnung hervorgeht);
- Art der Leistung;
- Kennzeichnung (Erstversorgung und Folgeversorgung);
- Hilfsmittelnummer, ersatzweise Hersteller oder Produktbezeichnung;
- Gesamtpreis zzgl. Mehrwertsteuer.

Wenn alle geforderten Unterlagen übermittelt worden sind, setzt die BKK den Leistungserbringer im Rahmen der eKV-Plattform über die Bewilligung oder eine

Ablehnung des Antrages in Kenntnis. Es wird dabei von einer maximalen Bearbeitungsdauer von 2 Werktagen nach Eingang des Antrages ausgegangen.

4. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der BKK umgehend, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Eingang der ärztlichen Verordnung, in den genehmigungspflichtigen Fällen nach § 3 Abs. 1 dieses Vertrages spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Eingang der Genehmigung versorgt werden. Ausgenommen sind Verzögerungen, die nicht im Verschulden des Leistungserbringers liegen. In diesen Fällen ist der Versicherte umgehend zu informieren und ggf. sind alternative Versorgungsmöglichkeiten abzusprechen.
5. Eine von der Verordnung abweichende Versorgung ist grundsätzlich unzulässig (§ 7 Abs. 3 HilfsM-RL). Soweit das verordnete Hilfsmittel nicht vorrätig ist, ist dem Versicherten ein geeignetes Leih-Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Dieses ist gegenüber der BKK und dem Versicherten nicht abrechenbar.
6. Nach Annahme der Verordnung ist dem Versicherten binnen drei Werktagen nach Eingang der Verordnung bzw. in genehmigungspflichtigen Fällen binnen drei Tagen nach Eingang der Genehmigung das verordnete und ggf. das Leih-Hilfsmittel innerhalb Deutschlands kostenfrei zu liefern. Versicherte, deren Pflegeperson und/oder gesetzlicher Betreuer sind zeitnah zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen ggf. auch am Lieferort.

Dieses Beratungsgespräch ist schriftlich zu dokumentieren (Anlage 4). Gegenstand des einzelnen Auftrages ist die Bereitstellung, Lieferung, Reparatur und Abholung dieser Hilfsmittel sowie die Einweisung in die Nutzung des Hilfsmittels und die erforderliche Betreuung während des Versorgungszeitraumes. Der Versand des Hilfsmittels ist nach diesem Vertrag ausdrücklich untersagt.

7. Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen (keine kostenpflichtige Hotline). Bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten durch den Leistungserbringer sind dem Versicherten die Kontaktdaten zu übermitteln.
8. Zur hilfsmittelbezogenen Versorgung, Beratung und Betreuung der Versicherten sind vom Leistungserbringer nur Personen einzusetzen, die mindestens eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- oder Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in oder Medizinprodukteberater/in absolviert haben. Die an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer sind dazu verpflichtet, für eine fortlaufende regelmäßige Schulung ihrer Mitarbeitenden Sorge zu tragen, die die Mitarbeitenden in die Lage versetzt, die verwendeten Medizinprodukte jederzeit sachgerecht einzusetzen. Dies kann vorzugsweise durch regelmäßige Herstellerschulungen geschehen, möglich sind aber auch Schulungen durch andere autorisierte Fachkräfte, die eine qualitativ angemessene Information vermitteln können. Die regelmäßigen Schulungen sind zu dokumentieren und auf Verlangen der BKK nachzuweisen.

9. Die Bestimmungen des Hilfsmittellieferverzeichnisses nach § 139 SGB V sind zu beachten. Es werden grundsätzlich nur Hilfsmittel abgegeben, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden. Sind Hilfsmittel noch nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, können diese nach genehmigten Kostenvoranschlag abgegeben werden.

Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte müssen die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42 EWG (CE-Kennung) erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der BKK zu erbringen.

10. Der Versicherte bzw. dessen Vertreter/in haben den Empfang des Hilfsmittels zu quittieren.
11. Werden durch die BKK oder Versicherte der BKK Versorgungsaufträge erteilt, dürfen diese durch den Leistungserbringer nicht abgelehnt werden. Der Vertragspartner hat die Versorgung eigenständig durchzuführen. Eine Weitergabe von Verordnungen an andere Vertragspartner darf nur mit Zustimmung der BKK und der Versicherten erfolgen.

#### **§ 4**

#### **Gewährleistung / Haftung**

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei Auslieferung. Die Gewährleistungsfristen beginnen mit der Entgegennahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.
2. Die Gewährleistung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen (§§ 536 ff BGB). Gewährt ein Hersteller für seine Produkte Garantie- und/oder Gewährleistungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, räumt der Leistungserbringer der BKK diese im gleichen Umfang ein.
3. Treten innerhalb des Versorgungszeitraumes Defekte oder Störungen an den abgegebenen Hilfsmitteln auf, ist dem Versicherten durch den Leistungserbringer unverzüglich kostenfrei gleichwertiger Ersatz zur Verfügung zu stellen.
4. Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- oder Vermögensschäden, die im Zusammenhang mit der Erfüllung vertraglicher Verbindlichkeiten entstehen, nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Der Leistungserbringer stellt die BKK insoweit von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, frei, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Leistungserbringers stehen.
5. Die BKK haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden.

## § 5

### Vergütung und Abrechnung

1. Bei den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Vergütungspauschalen, die in Anlage 1 geregelt sind, handelt es sich um Nettopreise.
2. Werden die vereinbarten Preise dieses Vertrages neu verhandelt, gilt als Stichtag für die Gültigkeit der neu verhandelten Preise das Datum der Verordnung.
3. Werden Preise neu verhandelt, so gelten diese ab Bekanntmachung automatisch für alle bis dato dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer. In diesem Fall haben beigetretene Leistungserbringer das Recht, ihren Beitritt zu widerrufen. Begonnene Versorgungsleistungen müssen zu Ende geführt werden, auch wenn der Leistungserbringer von seinem Widerrufsrecht Gebrauch macht.
4. Die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen gemäß §§ 61 ff und 33 SGB V sind zu beachten. Die Zuzahlungen werden vom Leistungserbringer direkt von den Versicherten der BKK erhoben. Der Vergütungsbetrag, welcher der BKK in Rechnung gestellt wird, ist um diesem Anteil zu kürzen. Die Kürzung ist in der Rechnung auszuweisen. Im Übrigen erfolgt die Versorgung der Versicherten durch den Leistungserbringer aufzahlungsfrei. Versorgungsleistungen gemäß § 33 Abs. 1, Satz 5 SGB V bleiben hiervon unberührt.
5. Die BKK zahlt höchstens den oben angegebenen Stückbetrag. Wünscht ein Versicherter eine Versorgung, die über den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des § 12 SGB V („ausreichend und zweckmäßig“) hinausgeht, so hat dieser die entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherte ist jedoch vorher neutral vom Leistungserbringer darüber aufzuklären, dass die ihm über die BKK angebotene Versorgung ausreichend und zweckmäßig ist. Dieses ist in einer entsprechenden Mehrkostenerklärung (Anlage 5) zu dokumentieren und vom Versicherten zu unterzeichnen.
6. Eine Zuzahlung gemäß § 33 i.V.m. § 61 SGB V entfällt in Fällen von Folgepauschalen, Reparaturen, Wartungen und ergänzenden, zeitverzögerten Anpassungen an ein Hilfsmittel.
7. Hilfsmittel sind ausschließlich mit dem zuständigen Rechenzentrum der BKK abzurechnen.
8. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Abrechnung umfasst mindestens folgende Bestandteile:

- Originalverordnung;

- Rechnung;
  - Angabe des Operationsdatums beziehungsweise des Entlassungsdatums, sofern es sich um eine genehmigungsfreie, postoperative Versorgung handelt;
  - den mit einem Antrag auf Genehmigung verbundenen Kostenvoranschlag und dessen Genehmigung durch die BKK, soweit diese nach § 3 Abs. 1 erforderlich sind.
9. Rechnungen, die den Anforderungen der vorigen Absätze nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Bei berechtigter Zurückweisung der Rechnungen tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
10. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Verjährungsvorschriften. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingsgesetz (HHG) etc. ist eine zusätzliche Einzelrechnung zu erstellen. Die Verordnungen sind der Abrechnung stets gesondert beizufügen.
11. Die Rechnungen werden innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang bezahlt.
12. Zahlungen an Dritte, die der Leistungserbringer als Zahlungsempfänger benennt, erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung.

## **§ 6 Zusammenarbeit**

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Werbemaßnahmen bezüglich der Abgabe von Hilfsmitteln sind auf sachliche Informationen beschränkt.
2. In diesem Vertrag festgelegte Formulare oder Erklärungen sind mit dem vereinbarten Inhalt unverändert vom Leistungserbringer gegenüber den Versicherten der BKK einzusetzen. Dem Vertragspartner sind eigene Formulare erlaubt, sofern die Inhalte mit den Formularen der BKK inhaltlich übereinstimmen.
3. Die Zurverfügungstellung von vorformulierten Schreiben – wie beispielsweise zur Antragstellung oder Widerspruchsbegründung – an die Versicherten ist nicht gestattet.
4. Aussagen gegenüber Versicherten über andere Leistungserbringer sind nicht gestattet. Sollte das Verhalten anderer Leistungserbringer Anlass zu Beschwerden geben, ist dies ausschließlich zwischen den Leistungserbringern oder über die BKK zu klären.

5. Ein Verstoß gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V führt zum Entfallen des Vergütungsanspruches des Leistungserbringers.

Zulässig sind jedoch Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten Produkten in der Praxis des Arztes und in stationären Einrichtungen durch den Leistungserbringer, nachdem das Produkt in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde. Voraussetzung ist, dass die Anpassung in der Arztpraxis oder in der stationären Einrichtung von einem Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich gehalten wird.

Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße wird der Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten der BKK ausgeschlossen.

6. Eine Weitergabe des Vertrages bzw. dessen Inhalt an Dritte ist nur nach vorheriger Rücksprache mit der BKK gestattet, es sei denn, es handelt sich um eine andere Betriebskrankenkasse. Die von einem Leistungserbringer beauftragte Abrechnungsstelle darf über die Vertragsinhalte informiert werden.

## **§ 7**

### **Schadensersatz / Vertragsstrafe**

1. Bei nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistung kann die BKK Schadensersatz nach den gesetzlichen Bestimmungen (§§ 280 ff BGB) verlangen.
2. Im Falle der nicht vertragsgemäßen Leistungserbringung ist die BKK berechtigt, neben der Erfüllung der geschuldeten Leistung eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5 % der vereinbarten Vergütung vom Leistungserbringer zu verlangen (§ 341 BGB) sofern keine anderweitige Regelung dieses Vertrages vorrangig zum Tragen kommt.
3. Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:
  - € 1.000,00 bei fortdauernden Verstößen gegen Regelungen der §§ 2, 3 und 5 des Vertrages;
  - € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
4. Im Falle eines Verstoßes gegen § 128 Abs. 1 und 2 SGB V beträgt die Höhe der Vertragsstrafe pauschal 150,00 Euro. Auf die Einrede des Fortsetzungszusammenhangs wird durch den Leistungserbringer verzichtet.
5. Die BKK behält sich die Geltendmachung eines über die Vertragsstrafe hinausgehenden Schadens vor.

## **§ 8**

### **Fristlose Kündigung aus wichtigem Grund**

1. Der BKK steht gegenüber dem Leistungserbringer das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund zu soweit sie den Leistungserbringer zuvor erfolglos abgemahnt hat.
2. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei
  - a. der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
  - b. missbräuchlicher Abrechnung;
  - c. dem wiederholten Einzug von Aufzahlungen beim Versicherten im Rahmen der nach diesem Vertrag als eigenanteilsfrei geregelten Versorgung mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach §§ 61 ff und § 33 SGB V.
  - d. einem Verstoß nach § 6 Abs. 4 dieses Vertrages.
3. Die BKK behält sich die strafrechtliche Verfolgung sowie die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen vor.
4. Leistungserbringer, die wiederholt gegen die in § 8 genannten Punkte verstoßen, werden außerdem für die Dauer von zwei Jahren von der Versorgung ausgeschlossen.

## **§ 9**

### **Vertraulichkeitsverpflichtung**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zum Umgang mit vertraulichen Informationen nach Maßgabe der folgenden Erklärungen.
2. Vertrauliche Informationen im Sinne dieser Vereinbarung sind:
  - Alle mündlichen oder schriftlichen Informationen und Materialien, die der Leistungserbringer direkt oder indirekt von der BKK zur Abwicklung des Auftrages erhält und die als vertraulich gekennzeichnet sind oder deren Vertraulichkeit sich aus ihrem Gegenstand oder sonstigen Umständen ergibt, sog. Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse.
  - Beauftragte Leistungen und sonstigen Arbeitsergebnisse.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, alle ihm direkt oder indirekt zur Kenntnis gekommenen vertraulichen Informationen strikt vertraulich zu behandeln und nicht ohne vorherige schriftliche Zustimmung der BKK an Dritte weiterzugeben, zu verwerten oder zu verwenden.

4. Der Leistungserbringer wird alle geeigneten Vorkehrungen treffen, um die Vertraulichkeit sicherzustellen. Vertrauliche Informationen werden nur an die Mitarbeiter/innen oder sonstige Dritte weitergegeben, die sie aufgrund ihrer Tätigkeit erhalten müssen.
5. Die Pflicht zur absoluten Vertraulichkeit dauert auch nach der Beendigung der Zusammenarbeit an. Auf Verlangen sind ausgehändigte Unterlagen einschließlich aller davon angefertigten Kopien sowie Arbeitsunterlagen und –materialien zurückzugeben.
6. Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden in vollem Umfang, die der BKK durch Verletzung dieser vertraglichen Pflichten entstehen.
7. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt auch für die Rechtsnachfolger der Vertragspartner.

## **§ 10 Datenschutz**

1. Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeiten.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die für ihn einschlägigen Bestimmungen über den Datenschutz (Datenschutz-Grundverordnung und anwendbare Landesdatenschutzgesetze) zu beachten.
3. Werden Sozialdaten von der BKK an den Leistungserbringer übermittelt, ist der Leistungserbringer gemäß § 78 Abs. 1 SGB X zu Folgendem verpflichtet:
  - a. Die übermittelten Daten werden ausschließlich zu dem Zweck verarbeitet oder genutzt, für den sie übermittelt wurden.
  - b. Die übermittelten Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis und sind durch den Leistungserbringer gemäß § 35 SGB I geheim zu halten.
  - c. Der Leistungserbringer informiert die bei ihm beschäftigten Personen vor der Übermittlung über die sich aus § 78 Abs. 1 SGB X ergebenden Verpflichtungen.
4. Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden, die durch die Verletzung datenschutzrechtlicher Vorschriften entstehen. Der Leistungserbringer stellt die BKK von Schadensersatzansprüchen Dritter, die diesen aus einer Verletzung von datenschutzrechtlichen Vorschriften erwachsen, frei.

## **§ 11 Prüfverfahren**

1. Die BKK prüft die Verordnungen in Stichproben und bei besonderer Veranlassung ggf. mit Hilfe der Medizinischen Dienste (MD).
2. Zudem kann die BKK Maßnahmen zur Prüfung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten einleiten. Sie teilt dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Sowie eine Begehung in der zugelassenen Betriebsstätte des Leistungserbringers – nach vorheriger rechtzeitiger Ankündigung - stattfindet, ist der BKK und/oder einem von ihr bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten Zugang zu gewähren (Hausrecht bleibt bestehen). Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
3. Soweit der Leistungserbringer nach einer Prüfung gemäß § 3 Abs. 5 dieses Vertrages hätte erkennen können, dass die Voraussetzungen für eine Versorgung zu Lasten der BKK nicht gegeben waren, entfällt der Anspruch auf Versorgungsabrechnung rückwirkend. Geleistete Zahlungen werden mit künftigen Versorgungsabrechnungen aufgerechnet.

## **§ 12 Inkrafttreten und Kündigung**

1. Dieser Vertrag mit seinen Anlagen tritt am 01.04.2022 in Kraft. Im Falle von Beitritten zu diesem Vertrag tritt der Vertrag abweichend mit Unterzeichnung in Kraft. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit Unterzeichnung / Beitritt alle bisher mit der BKK geschlossenen Verträge für die Versorgungsbereiche unwirksam werden. Genehmigungen, welche bereits durch einen Altvertrag erteilt wurden, behalten bis zum Ende der Genehmigungslaufzeit ihre Gültigkeit.
2. Dieser Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31.03.2026, gekündigt werden. Preisvereinbarungen können mit gleicher Frist separat gekündigt werden, erstmalig zum 31.03.2026.
3. Sollten Festbeträge gemäß § 36 i.V.m. § 33 Abs. 2 SGB V unterhalb der vereinbarten Preise festgesetzt werden, gelten diese, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
4. Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, mit
  - a. der Aussetzung, Einschränkung bzw. Zurückziehung der Eignungsbestätigung oder Präqualifizierung gemäß § 126 SGB V;
  - b. der Aufgabe oder dem Verkauf des Betriebes.

## **§ 13**

### **Antikorruption und unlauterer Wettbewerb**

1. Die BKK hat den festen Willen, jeglicher Form von Korruption entgegenzuwirken. Der Leistungserbringer verzichtet in Hinblick auf den Abschluss und die Durchführung dieses Vertrages auf das Anbieten, Versprechen oder Gewähren von unzulässigen Vorteilen (Geschenke, Einladungen, Rabatte etc.) gegenüber der BKK, ihren Mitarbeiter/innen und den im Auftrag der BKK tätigen Personen bzw. Unternehmen.
2. Die BKK kann den Vertrag ferner mit sofortiger Wirkung kündigen,
  - a. wenn sich der Leistungserbringer im Zuge der Begründung oder Durchführung des Schuldverhältnisses an unzulässigen Wettbewerbsbeschränkungen im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB) oder des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beteiligt hat. Dies umfasst insbesondere Vereinbarungen mit Dritten über die Abgabe oder Nichtabgabe von Angeboten, über zu fordernde Preise, über die Entrichtung einer Ausfallentschädigung (Gewinnbeteiligung oder sonstige Angaben) sowie über die Festlegung der Empfehlung von Preisen oder
  - b. wenn der Leistungserbringer nachweislich eine seine Eignung in Frage stellende schwere Verfehlung begangen hat, die nach den maßgeblichen vergaberechtlichen Bestimmungen seinen Ausschluss vom Wettbewerb rechtfertigt. Eine schwere Verfehlung ist insbesondere die Gewährung von Vorteilen im Sinne der §§ 333 und 334 StGB.

## **§ 14**

### **Salvatorische Klausel / Schlussbestimmung**

1. Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine rechtlich zulässig neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am Nächsten kommt.
2. Sollten sich nach Vertragsabschluss Änderungen in wesentlichen Bereichen der regulatorischen Rahmenbedingungen ergeben (Änderungen bei Hinweisen und Inhalten des Hilfsmittelverzeichnis zur PG 32, bei relevanten Inhalten der Hilfsmittelrichtlinie, bei Datenschutzbestimmungen etc.) und sollten hierdurch insgesamt oder teilweise die Regelungen des vorliegenden Vertrages nicht mehr oder nur noch eingeschränkt umsetzbar sein, gilt: Die Vertragspartner sind dazu verpflichtet, unverzüglich nach Bekanntwerden der Änderungen Verhandlungen aufzunehmen mit dem Ziel, eine Übereinstimmung des Vertrages mit den

regulatorischen Rahmenbedingungen wieder herzustellen. Sollten diese Verhandlungen auch nach drei Monaten nicht zu einem für beide Seiten konsensfähigen Ergebnis gekommen sein, besteht für beide Seiten ein Sonderkündigungsrecht. Der Vertrag kann in diesem Fall mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des jeweils laufenden Quartals gekündigt werden.

3. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.
4. Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Duisburg.

Duisburg, den

Dortmund, den

---

Stefanie Eickmeier  
Geschäftsbereichsleiterin  
Novitas BKK

---

Verband CPM Therapie e.V.

Anlagen:

Anlage 1: Vergütungspauschalen

Anlage 2: Beitrittserklärung der Leistungserbringer

Anlage 3: Liefer- und Abrechnungsbedingen

Anlage 4: Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 u. 2 SGB V  
Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Anlage 5: Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V  
Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit  
Hilfsmitteln

Anlage 1 **Vergütungspauschalen**

Es werden folgende Vergütungspauschalen für die postoperative und konservative Therapie vereinbart:

Abrechnungs- positionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittel- kennzeichen	Mietdauer	Höchstpreis zzgl. MwSt.
<b>01.04.2022 – 31.03.2023</b>				
32.04.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
32.09.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
<b>01.04.2023 – 31.03.2024</b>				
32.04.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
32.09.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
<b>01.04.2024 – 31.03.2025</b>				
32.04.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	

32.09.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
<b>01.04.2025 – 31.03.2026</b>				
32.04.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	
32.09.01.0XXX	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen	08	bis 6 Wochen	
		09	jede weitere Woche	

- Mit der Pauschale sind folgende Leistungen abgegolten:
  - Sämtliches Zubehör und Verbrauchsmaterial
  - Lieferung, Einstellung, Abholung, Reparatur und Wartung des Hilfsmittels
  - Einweisung und Betreuung des Versicherten, der Pflegeperson und/oder des rechtlichen Betreuers.
  
- Postoperative Therapie:  
Die Erstversorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist grundsätzlich genehmigungsfrei. Die Versorgung ab der 7. Nutzungswoche ist genehmigungspflichtig. In diesen Fällen ist vorab eine Genehmigung durch die BKK einzuholen.
  
- Konservative Therapie:  
Die Versorgung im Rahmen einer konservativen Therapie ist ab der 1. Woche genehmigungspflichtig. In diesen Fällen ist vorab eine Genehmigung durch die BKK einzuholen.
  
- Eine postoperative Versorgung im Sinne dieses Vertrages liegt vor, wenn die Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene spätestens 7 Tage nach erfolgter Operation beziehungsweise 3 Tage nach Entlassung aus einer stationären Einrichtung begonnen wird.  
Wird die Versorgung nicht innerhalb des definierten Zeitraumes für die postoperative Versorgung aufgenommen oder soll eine Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene ohne vorherigen operativen Verlauf erfolgen, handelt es sich um eine sogenannte konservative Versorgung im Sinne dieses Vertrages.



**Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zum  
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln mit Bewegungsschienen  
LEGS: 19 00 451**

Name des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer bzw. Inhaber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
IK des Leistungserbringers  
(Angabe aller Institutskennzeichen): \_\_\_\_\_

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit Bewegungsschiene in der Fassung vom 01.04.2022 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 und den Leistungserbringerschlüssel per Email mitgeteilt hat.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel

Ansprechpartner für Versicherte

Name:  
Tel:  
Fax:  
Email-Adresse:

Ansprechpartner für Betriebskrankenkasse

Name:  
Tel:  
Fax:  
Email-Adresse:

**Unterlagen die der Beitrittserklärung beigelegt werden müssen:**

- genaue Firmierung inkl. Geschäftsführer/Inhaber
- Zulassung nach § 126 SGB V bzw. Präqualifizierungsnachweis
- Institutskennzeichen (Angabe aller Institutskennzeichen)
- Liefergebiet nach Postleitzahlen, getrennt durch Komma, ohne Leerzeichen anzugeben  
(z.B. 45000,45007,45009, ....)

## 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 =1900451
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

	<p>vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag.</p> <p>Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätename /-Typ manuell zu erfassen.</p>
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>
Leistungsbeginn	<p>Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist das tatsächliche Auslieferungsdatum.</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <p>Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017</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: 30.09.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.10.2017</p> <p>Leistungsbeginn bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <p>Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017</p>
<p>Leistungsende</p>	<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></p>

	Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsende 15.07.2017
Menge/Anzahl	<u>Pauschalen und Kauf</u> Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.
Einheit	<u>Pauschalen</u> Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.  <u>Kauf</u> Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.  Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verordnung</li> <li>• Ggf. weitere erforderliche Unterlagen</li> </ul> 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.

**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/ gesetzlicher Vertreter/in

Datum der Beratung:

\_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
- telefonische Beratung
- vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

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

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

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

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja  Nein

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

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

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

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

**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/in

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 der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.