

Vertrag

nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung

zwischen der

Novitas BKK
Schifferstr. 92-100
47059 Duisburg
vertreten durch den Vorstand

im Folgenden „BKK“ genannt

und der

Firma
Straße, Hausnummer
PLZ, Stadt
vertreten durch den Geschäftsführer
XXXXXX
IK: XXX XXX XXX

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V: **19 00 413**

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

Präambel

Eine häusliche Behandlung der Schlafapnoe setzt voraus, dass ein Patient ein abgestuftes System der Diagnostik und Therapie durchlaufen hat. Die Versorgung bedingt, dass ein positiver Effekt der Behandlung nachgewiesen bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und Zuverlässigkeit, Kooperationsbereitschaft und Motivation des Patienten vorhanden ist.

Das Beitrittsrecht anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag wird ausdrücklich bestätigt.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK mit den in der Anlage 1 benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 14 – Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoe-Therapiegeräte) des Hilfsmittelverzeichnisses 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 Einweisung, die Abrechnung dieser Leistung abgegolten. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation und Bestätigung), Anlage 5 (Eigentumsvorbehalt) 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 im Rubrum genannten Leistungserbringer
- c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer genannt), die diesem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen gemäß der Beitrittserklärung (Anlage 2) beitreten.

(2) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der 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 die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat. 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, 135a 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 Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität gemäß der Leistungsbeschreibung in Anlage 1 dieses Vertrages erbracht werden. Der Leistungserbringer gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten. Entscheidet sich der Versicherte für ein höherwertiges Hilfsmittel so ist dieser Vorgang mit der Anlage 6 (Mehrkostenvereinbarung) zu dokumentieren.

(3) Die Produktauswahl wird grundsätzlich 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 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 2 Arbeitstagen. Die Einlagerungsbedingungen (ZHP) sind zwingend zu beachten. Die gesamte Hilfsmittelpoolverwaltung (Versorgungspauschalhilfsmittel und Kaufhilfsmittel) erfolgt über die Plattform von ZHP. Abholaufträge sind mit der Einlagerungsmittelteilung abzuschließen. Hinderungsgründe sind in ZHP zeitnah zu dokumentieren. Bei Nichteinhaltung trotz Erinnerung und Mahnung wird der Zeitwert des Hilfsmittels in Rechnung gestellt.

(6) Die BKK überträgt mit dieser Vereinbarung die sich aus der Betreiberrolle ergebenden Verpflichtungen in Bezug auf

- die Installation
- die Einweisung
- die technischen Kontrollen/Prüfungen sowie
- die Aufbereitungen

von Hilfsmitteln/Medizinprodukten auf den Leistungserbringer.

Der Leistungserbringer wird, soweit zutreffend:

- Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben instand halten (§ 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

(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 bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis.

§ 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 stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (z.B. Angabe Diagnose) und dass die Angaben schlüssig sind. 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 darauf, sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße

dieses Vertrages gewertet. Besteht der Versicherte ausdrücklich auf die sofortige Mitnahme des Hilfsmittels, ist im Einzelfall, nach ausführlicher Aufklärung des Versicherten eine privatrechtliche Vereinbarung, über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei der BKK beantragten Kosten, für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die BKK, zulässig.

(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 zurück gewiesen.

(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 „Eilverversorgung“ oder als „Klinikentlassung“ 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. Etwaige 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. Der Leistungserbringer verfügt über einen 24 h Notdienst mit separater Notrufnummer und separatem Notrufanrufbeantworter.

(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.

(7) Eine Umversorgung innerhalb der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen ist während der Versorgung bei gleichartiger Indikation durch den Leistungserbringer kostenfrei sicherzustellen. Ergibt sich innerhalb der ersten 4 Monate des Versorgungszeitraums wegen einer neuen Indikation die Notwendigkeit einer Umversorgung im vorgenannten Sinn, ist die Differenz zwischen den einzelnen Pauschalen zu vergüten. In diesem Fall ist der Leistungserbringer verpflichtet, vor Durchführung der Umversorgung die Kopie der ärztlichen Verordnung sowie einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Betriebskrankenkasse einzureichen. Ab dem 5. Monat des Versorgungszeitraums wird die Differenz zur höheren Pauschale nicht erstattet. Die neue Pauschale wird beantragt. Der Wechsel des Leistungserbringers ist grundsätzlich ohne Angabe von

Gründen möglich. Die BKK informiert in diesen Fällen den Leistungserbringer über die Entscheidung.

§ 6 Beratung der Versicherten

Der Leistungserbringer berät gemäß § 127 Abs. 5 SGB V die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V, § 127 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind, durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter. Die Beratung wird vom Leistungserbringer persönlich vor Ort durchgeführt und 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 120,00 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 nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der BKK gesondert zu begründen. Diese klärt ggfls. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung.

§ 8 Vertragsärztliche Verordnung

(1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit 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.

(3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (insbesondere Angabe der Diagnose, ggf. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggf. des Versorgungszeitraumes) und dass die Angaben schlüssig sind. 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 Kauf-Hilfsmittel bleiben Eigentum der BKK. Der Leistungserbringer verpflichtet sich im Kauf-Verfahren, ausschließlich Hilfsmittel an die Versicherten auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Versorgungspauschalhilfsmittel bleiben Eigentum des Leistungserbringers.

§ 11 Vergütung

(1) Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Bruttopreise. Bei Änderung des Mehrwertsteuersatzes werden die Bruttopreise entsprechend angepasst.

(2) Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn der Versicherte hat ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Leistung (Hilfsmittel mit Aufzahlung) verlangt. 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 von der Mehrkostenerklärung 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)

§ 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 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 von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer 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. Die Angabe des Grundes ist nicht erforderlich, wenn die Produkte oder der Produktbereich, um den es geht, aus der Rechnung ersichtlich ist. Der Vergütungsanspruch gegenüber der BKK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

§ 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 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 werdenden 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 er zu vertreten hat, 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 verwarnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.

(2) Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:

- € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3, 5,8, 12 und 14 und Anlage 1 Nr. 2 des Vertrages;
- € 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) gegen diesen Vertrag führen ggf. zu einer Veranlassung eines Widerrufs der Zulassung und/oder zur Vertragskündigung.

§ 18

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2019 in Kraft. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2021 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. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, sofern

- 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.

§ 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, ver-

ständig 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 des Leistungserbringers:

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK:

Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung der PG 14 mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung ab dem 01.10.2019

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Schlafapnoehilfsmitteln

1.) Abrechnungsentgelt (Pauschalen) bei Systemen zur Schlafapnoebehandlung

Es gilt die nachstehende Preisregelung. Die Versorgung erfolgt aufzahlungsfrei. Alle Preise sind Bruttopreise. Bei Änderung der Mehrwertsteuer werden die Preise entsprechend verändert.

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.20.0xxx	08	CPAP-Geräte – ein Druckniveau Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verbindungsschlauch und Maske Pauschale: 1 Jahr – Erstversorgung - Genehmigungsfrei	€
14.24.20.0xxx	09	CPAP-Geräte – ein Druckniveau Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial Folgepauschale: 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei	€
14.24.20.1xxx	08	CPAP-Geräte – ein Druckniveau mit integrierter Anfeuchtung Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung - Genehmigungsfrei	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.20.1xxx	09	<p>CPAP-Geräte – ein Druckniveau mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.21.0xxx	08	<p>Auto-CPAP-Geräte</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausrüstung</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.21.0xxx	09	<p>Auto-CPAP-Geräte</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.21.1xxx	08	<p>Auto-CPAP-Geräte mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausrüstung</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.21.1xxx	09	<p>Auto-CPAP-Geräte mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung – Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.22.0xxx	08	<p>Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausrüstung</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung</p>	€
14.24.22.0xxx	09	<p>Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.22.1xxx	08	<p>Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausrüstung</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.22.1xxx	09	<p>Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Verbrauchsmaterial</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.23.0xxx	08	<p>Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske)</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung</p>	€
14.24.23.0xxx	09	<p>Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske)</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.23.1xxx	08	<p>Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau und integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske)</p> <p>Pauschale 1 Jahr – Erstversorgung</p>	€
14.24.23.1xxx	09	<p>Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau und integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske)</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr – Folgeversorgung - Genehmigungsfrei</p>	€
14.24.24.0xxx	08	<p>Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske)</p> <p>Pauschale 1 Jahr - Erstversorgung</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.24.0xxx	09	<p>Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung</p>	€
14.24.24.1xxx	08	<p>Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau und integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Pauschale 1 Jahr - Erstversorgung</p>	€
14.24.24.1xxx	09	<p>Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau und integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.25.0xxx	08	<p>Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Pauschale 1 Jahr - Erstversorgung</p>	€
14.24.25.0xxx	09	<p>Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung</p>	€
14.24.25.1xxx	08	<p>Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Pauschale 1 Jahr - Erstversorgung</p>	€

Hilfsmittelpositionsnummer	Kennzeichen Hilfsmittel	Produkt	EURO Inkl. MWSt.
14.24.25.1xxx	09	<p>Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen mit integrierter Anfeuchtung</p> <p>Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen incl. Erstausstattung (beinhaltet Feinfilter, Grobfilter, Verb.schlauch und Maske</p> <p>Folgepauschale 1 Jahr - Folgeversorgung</p>	€

Leistungsbeschreibung bei Fallpauschalen

Die Versorgungspauschale umfasst neben dem Hilfsmittel, alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören

- **Beratung**, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation, Fahrtkosten, Erprobung und Einweisung des Versicherten bzw. der betreuenden Person in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels
- **Kontaktaufnahme** zur Lieferung und Rückholung innerhalb von 2 Arbeitstagen bzw. 24 Stunden bei Eilversorgungen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP)
- **Bereitstellung** eines Schlafapnoegerätes mit/ohne Warmluftanfeuchter, inkl. Tasche, Schlauchsystem, Netzkabel, Filterset, Bedienungsanleitung in deutscher Sprache, konfektionierte Masken, beheizbares Schlauchsystem, Gecko Nasenpolster sowie sonstiges Zubehör (destilliertes Wasser wird nicht durch den LE bereitgestellt). Die beheizbaren Schlauchsysteme und die Gecko Nasenpolster sind in der Regel medizinisch nicht notwendig und werden nur bei folgenden Ausnahmen durch den Leistungserbringer innerhalb der Pauschale abgegeben:
 - bei Einreichung einer Verordnung oder
 - bei Versicherten, die bisher eine kostenlose Versorgung erhalten haben.
- **Lieferung, Installation und Inbetriebnahme des Produktes** am Wohnort des Patienten, in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers oder in der Klinik durch Fachpersonal sowie Information zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers.
- **Haus- oder Krankenhausbesuch**, Maskenanpassung.

- **Bereitstellung von Zubehör- und Verbrauchsmaterial:**
- - bei Erstversorgung/Geräteauslieferung an den Versicherten
- - Nachversorgung:

Jahresbedarf bis zu:

- zwei Masken inkl. Zubehör,
- zwei Schlauchsysteme,
- Ausatemventil(e),
- Feinfilter (Menge laut Herstellerangaben),
- Grobfilter (Menge laut Herstellerangaben),
- ggf. weitere Filter und notwendiges Zubehör.

Wird über dieses Mengengerüst an Standardzubehör hinausgehend weiteres Zubehör und Verbrauchsmaterial vom Versicherten der BKK abgefordert, so ist der Leistungserbringer berechtigt, im Sinne der BKK die Versicherten auf das Wirtschaftlichkeitsgebot hinzuweisen und eine Belieferung im Rahmen der pauschalen Versorgung abzulehnen. Vorausgehen muss eine ausführliche Beratung des Versicherten durch den Leistungserbringer, die auch besondere medizinische oder andere Umstände berücksichtigt. Ggf. hat auch eine Beratung des Versicherten in häuslicher Umgebung zu erfolgen. Sollte eine Beratung ohne Erfolg bleiben, medizinische oder andere wichtige Gründe für die Mengenausweitung nicht vorliegen, ist der Leistungserbringer berechtigt, dem Versicherten die zusätzliche Versorgung direkt zu berechnen, sofern der Versicherte die zusätzliche Versorgung wünscht und dies mit seiner Unterschrift auf einer entsprechenden Erklärung bestätigt.

- **Wartung:** Grundlage bilden die Angaben des Herstellers (Wartung nach MPG inkl. fachgerechter Reinigung/Desinfektion, Sicherheitsprüfung, Austausch der notwendigen Verbrauchsmaterialien). Die Angaben des Herstellers zu den Wartungsintervallen (Betriebsstunden, Nutzungsdauer) werden eingehalten. **Erstellung eines Wartungsprotokolls** und Dokumentation der tatsächlichen Betriebsstunden und Nutzungsdauer. Auf Anfrage werden die Unterlagen der BKK übermittelt.
- **Instandsetzung oder Austausch des Systems** bei evtl. anfallenden Reparaturen inkl. Ersatz defekter Teile. Zurverfügungstellung eines Leihgerätes.
- **Abholung** bei Beendigung der Therapie:
 - Hygienische Aufbereitung entsprechend Herstellerempfehlung,
 - Instandsetzung,
 - Technische Überprüfung sowie
 - Einlagerung.
- **Kostenvoranschlag** über ZHP-Online
- **Lieferbestätigung** – Das Datum der Lieferung ist in ZHP einzutragen, jedoch nur in den Fällen, wo das Kostenvoranschlagsverfahren erforderlich ist. Die Anlage 3 s. Liefer- und Abrechnungsbedingungen (Lieferdatum = Beginn der Versorgungspauschale, etc) ist zu beachten.
- **Erst- und Folgeversorgungen mit Genehmigungspflicht** – die Betriebsstunden sind mit dem KV über ZHP mitzuteilen. Die Ermittlung der Betriebsstunden kann schriftlich, telefonisch oder per Telemonitoring erfolgen. Eine Verordnung ist nur dann erforderlich, wenn die Betriebsstunden unter 4 Stunden liegen.

Bisher werden Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte in der täglichen Praxis von Betreibern, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, Herstellern und Krankenkassen und in der Auslegung vieler zuständiger Überwachungsorganisationen der Länder nicht der Anlage 1 MPBetreibV zugeordnet. Sollten die Bemühungen, die Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte aus der Anlage 1 der MPBetreibV herauszubekommen, nicht gelingen ist eine angemessene Übergangszeit zur Umstellung auf die neue Zuordnung

zwingend notwendig. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dann zum gegebenen Zeitpunkt gemeinsam eine zusätzliche Vergütung in Form einer Zusatzpauschale darüber zu verhandeln, wenn die Aufsichtsbehörden auf die konkrete Umsetzung dieser Forderung bestehen.

2. Rückkauf:

Alle zum Stichtag 30.09.2019 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Dienstleistungspauschalen umgestellt werden, werden der Betriebskrankenkasse vom Leistungserbringer abgekauft (25 Prozent der Versorgungspauschale) und gehen in den Bestand des Leistungserbringers.

Ab dem 01.10.2019 werden alle Hilfsmittel, die auf Dienstleistungspauschalen umgestellt werden und die beim Versicherten zurückgeholt werden, der Betriebskrankenkasse vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers.

Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Hilfsmittelpositionsnummer	Produkt	EURO inkl. MWSt.
14.24.20.0xxx	CPAP-Geräte – ein Druckniveau	€
14.24.20.1xxx	CPAP-Geräte – ein Druckniveau mit integrierter Anfeuchtung	€
14.24.21.0xxx	Auto-CPAP-Geräte	€
14.24.21.1xxx	Auto-CPAP-Geräte mit integrierter Anfeuchtung	€
14.24.22.0xxx	Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus	€
14.24.22.1xxx	Bilevel-Geräte – zwei Druckniveaus mit integrierter Anfeuchtung	€
14.24.23.0xxx	Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau	€
14.24.23.1xxx	Auto-Bilevel-CPAP-Geräte mit automatisch anpassendes Druckniveau	€

	und integrierter Anfeuchtung	
14.24.24.0xxx	Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau und integrierter Anfeuchtung	€
14.24.24.1xxx	Bilevel-CPAP-Geräte mit ST-Funktion, zwei Druckniveau und integrierter Anfeuchtung	€
14.24.25.0xxx	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen	€
14.24.25.1xxx	Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespiratorischen Erkrankungen mit integrierter Anfeuchtung	€

Die Rückkaufregelung gilt für Geräte die nicht älter als 5 Jahre (60 Monate) sind.

Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung
ab 01.10.2019
LEGS: 19 00 413**

Name des Leistungserbringers: _____
Geschäftsführer bzw. Inhaber: _____
Anschrift: _____
IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung ab 01.10.2019 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 § 18 des Vertrages kündigen. Die Kündigung ist schriftlich, auch per E-Mail, zu erklären.

Ansprechpartner für Versicherte

Name:
Tel.:
Fax:
E-Mail Adresse:

Ansprechpartner für BKK

Name:
Tel.:
Fax:
E-Mail 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)

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	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)
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (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 =1900413

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 Hilfsmitteln 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 Geräte name /-Typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 00 = Kauf 01 = Reparatur 02 = Wiedereinsatz 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 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 Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.09.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.10.2017

	<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 des gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.</p>
Mehrwertsteuer	<p>Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.</p>
Kennzeichen Kostenträger	<p>Krankenversicherung</p>
Eigentumsvorbehalt	<p>Versicherter</p>
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 – Versicherteninformation und Bestätigung

Vertrag über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung LEGS: 19 00 413

Angaben zum Versicherten

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

Angaben zum Produkt

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

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem _____ mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung.

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

Vertrag über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung LEGS: 19 00 413

Angaben zum Versicherten

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

Angaben zum Produkt

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

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem _____ mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung.

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 – Mehrkostenerklärung

zum Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung

Versicherter (Name und Adresse)

.....
.....
.....

Aufzahlungsfreie(s) Produkt(e)

.....
.....
.....

Aufzahlungspflichtige(s) (gewählte(s)) Produkt(e)

.....
.....
.....

Aufzahlung in Euro

.....
.....
.....

Erklärung des Leistungserbringers :

Der Versicherte wurde über das/die aufzahlungsfreie Hilfsmittel informiert. Nach Beratung hat er sich für das/die oben benannte(n) Hilfsmittel entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Erklärung des Versicherten :

Der Leistungserbringer hat mir mindestens ein aufzahlungsfreies Hilfsmittel angeboten. Nach Beratung entscheide ich mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____