

**Vertrag
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung
mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie
- Lymphatische Versorgung -**

zwischen dem

**Sanitätshaus
vertreten durch XXXX
XXXXXX
XXXXXXXXXX
XXXXX XXXXXXXXXXXX
IK: XXX XXX XXX**

Leistungserbringergruppenschlüssel: s. Anlage 1

- nachfolgend Leistungserbringer (LE) genannt –

und der

**Novitas BKK
vertreten durch den Vorstand,
Schifferstr. 92 – 100,
47059 Duisburg**

- nachfolgend Betriebskrankenkasse (BKK) genannt –

Vertragsnummer : 17001

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Beratung und Versorgung der Versicherten
- § 6 Qualität der erbrachten Leistungen
- § 7 Umversorgung
- § 8 Eigentumsverhältnis
- § 9 Vergütung
- § 10 Abrechnung
- § 11 Zuzahlungen
- § 12 Depotverbot
- § 13 Werbung
- § 14 Datenschutz
- § 15 Vertragsverstöße
- § 16 Inkrafttreten und Kündigung
- § 17 Salvatorische Klausel
- § 18 Schlussbestimmungen

ANLAGEN

Präambel

Eine häusliche Behandlung mit Kompressionsstrümpfen zur lymphatischen Behandlung 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

Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Versicherten mit Kompressionsstrümpfen im Rahmen der lymphatischen Versorgung, die Beratung und Einweisung der Versicherten in den Gebrauch und den Umgang mit diesen Hilfsmitteln sowie die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch den Leistungserbringer. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

Der Vertrag gilt ebenso für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer gesetzlicher Krankenversicherungsträger betreut werden.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkasse und für den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen, die in diesen Vertrag genannt sind, erfüllt.

(2) Die Betriebskrankenkasse wird ihre Versicherten über diesen Vertrag mit dem Leistungserbringer und dessen Vorteile in geeigneter Form informieren.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist das Vorliegen einer Zulassung nach § 126 SGB V oder die Präqualifizierung – soweit dieses Verfahren abgeschlossen ist.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der Betriebskrankenkasse entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12 und 70 SGB V) zu beach-

ten. Die Qualität hat dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(3) Der Leistungserbringer weist der Betriebskrankenkasse die Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485/2007 oder aktueller nach. Er übermittelt den festgelegten Prozessablauf zur lymphatischen Versorgung und eine Produktliste.

(4) Die lieferberechtigten Leistungserbringer, die an der lymphatischen Versorgung teilnehmen wollen, haben für die Beratung nach diesem Vertrag ausschließlich ausgebildete Mitarbeiter einzusetzen, die über die Bundesfachschule für Orthopädie-Technik im Rahmen von Grund- und Fortbildungskursen oder vergleichbarer Grund- und Fortbildungskursen zur lymphatischen Versorgung zertifiziert sind. Entsprechende Qualifizierungszertifikate sowie die aktuellen Produktschulungsnachweise seiner Mitarbeiter/innen hat der Leistungserbringer der Betriebskrankenkasse zu übermitteln. Personaländerungen werden unverzüglich mit den entsprechenden Nachweisen angezeigt. Der Leistungserbringer setzt kein Beratungspersonal ohne nachgewiesene Unterlagen ein. Der Nachweis der vorgenannten Voraussetzungen ist Voraussetzung für die Leistungserbringung und Abrechnung. Sollten die vorgenannten Anforderungen nachträglich entfallen, ist der Leistungserbringer zum Zeitpunkt des Wegfalls dieser Anforderungen von der Leistungserbringung und Abrechnung ausgeschlossen.

(5) Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V vorgenommen. Mit Produkten, die nicht zugelassen sind, wird nur nach individueller Genehmigung der Betriebskrankenkasse unter Angabe einer gesonderten Begründung des Leistungserbringers versorgt.

§ 4 Haftung

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zum Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung mit Deckung für Personen- und Sachschäden in angemessener Höhe.

(2) Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschlusses bzw. Vertragsbeitritts der Betriebskrankenkasse auszuhändigen.

§ 5 Beratung und Versorgung der Versicherten

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer von der Betriebskrankenkasse vor der Leistungserbringung (Auslieferung) genehmigten vertragsärztlichen Verordnung bzw. eines Lieferauftrages der Betriebskrankenkasse erbracht werden.

(2) Geht die Verordnung beim Leistungserbringer ein, hat dieser die Verordnung und einen Kostenvoranschlag auf elektronischen Weg (ZHP-Online) der Betriebskrankenkasse zur Genehmigung zu übermitteln. Geht die Verordnung bei der Betriebskrankenkasse ein, so übermittelt diese die Genehmigung ebenfalls auf elektronischen Weg an den Leistungserbringer.

(3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen Pflegeperson umfassend zu beraten.

(4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten nur mit einwandfreien lymphatischen Hilfsmitteln versorgt werden.

Maßartikel dürfen nur dann abgegeben werden, wenn eine Versorgung durch Fertigartikel nicht möglich ist. Der Nachweis ist durch den Leistungserbringer zu führen.

Als Maßartikel gelten Artikel der lymphatischen Kompressionsversorgung, die nach den individuellen Maßen des Versicherten hergestellt werden müssen, wenn eine Versorgung mit Konfektionsartikeln nicht möglich ist. In diesen Fällen sind das aktuelle Maßblatt sowie die Kommissions- oder Maßschema-Nr. des Herstellers beizufügen.

Die Auswahl, Anprobe, Abgabe und Einweisung in den Gebrauch erfolgt ausschließlich durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal.

(5) Nach erteilter Genehmigung bzw. erteiltem Lieferauftrag durch die Betriebskrankenkasse hat die Kontaktaufnahme und Terminabsprache mit dem Versicherten bzw. der Versicherten innerhalb eines Werktages zu erfolgen.

(6) Bei der Durchführung der Versorgung sind folgende Schritte durch die Fachkraft durchzuführen:

- Bedarfsermittlung beim Versicherten mit schriftlicher Dokumentation, Aufnahme des Patientenstatus und des Bedarfs
- Beratung ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen, Ärzte, Therapeuten, Kostenträger
- Auswahl
- Anpassung & Anprobe
- Abgabe
- Einweisung des Patienten in den bestimmungsgemäßen Gebrauch und die Handhabung der lymphatischen Versorgung
- Nachbetreuung des Versicherten im Bedarfsfall bei Fehlversorgungen aufgrund von Umfangänderungen

(7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung der Versicherten der BKK zu gewährleisten. Eine Beauftragung von Unterauftragnehmern durch den Vertragspartner ist nur nach vorheriger Zustimmung der BKK und in begründeten Fällen zulässig.

§ 6

Qualität der erbrachten Leistung

(1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V genügen.

(2) Der Betriebskrankenkasse 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 Krankenkassen (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

(4) Der Leistungserbringer unterrichtet den Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner, Service-Telefonnummer und den Ablauf der Versorgung.

§ 7 Umversorgung

(1) Ergibt sich während der Versorgung wegen einer neuen Indikation die Notwendigkeit einer Umversorgung im vorgenannten Sinn, ist diese entsprechend § 9 Abs. 7 des Vertrages 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.

(2) Der Wechsel des Leistungserbringers ist grundsätzlich ohne Angabe von Gründen möglich. Die Betriebskrankenkasse informiert in diesen Fällen den Leistungserbringer über die Entscheidung.

§ 8 Eigentumsverhältnisse

Der Leistungserbringer verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind.

§ 9 Vergütung

(1) Die Höhe der Vergütung der Leistungen des Leistungserbringers ist in der Anlage 1 geregelt. Der Leistungserbringer darf nur vertraglich vereinbarte Leistungen abrechnen, die er erbracht hat und die vorher genehmigt wurden, § 5 Absatz 1.

(2) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so können ihm die hierzu entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist die Erklärung des Versicherten. Hierzu hat der Versicherte die Mehrkostenberechnung unter Darlegung der aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Eine andere als die gesetzliche Zuzahlung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Mehrkosten darf vom Versicherten nicht gefordert werden.

(3) 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 Lieferung verlangt.

(4) Endet die Mitgliedschaft des Versicherten bei der Betriebskrankenkasse, so haben sich die Vertragspartner hierüber wechselseitig zu informieren.

(5) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach § 33 Abs. 8 SGB V in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung vom Versicherten ein.

§ 10 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien GKV-Spitzenverbandes 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. Die vertraglich vereinbarten Hilfsmittelpositionsnummern (10-stellig), die Hilfsmittelkennzeichen sind entsprechend zu übermitteln.

(2) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der Betriebskrankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle.

(3) Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der separaten Preisliste in Anlage 1. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung, der genehmigte Kostenvoranschlag (Ausdruck aus ZHP) sowie die vom Versicherten bestätigte Annahme der Hilfsmittel zur Kompressionstherapie der Rechnung beizufügen. Eine Abrechnung kann nur erfolgen, wenn das Lieferdatum in ZHP eingetragen ist (Lieferbestätigung).

(4) Die Abrechnung hat spätestens in dem der Auslieferung des Hilfsmittels folgenden Quartal zu 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 durch die Betriebskrankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle 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 Betriebskrankenkasse oder die von ihr benannte Abrechnungsstelle dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden.

(7) Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die Betriebskrankenkasse nach Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle

- innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang bei der Abrechnungsstelle abzüglich 2 % Skonto von den Rechnungsbeträgen
- innerhalb von 30 Tagen nach Eingang bei der Abrechnungsstelle netto.

Die Zahlungsfrist beginnt mit Eingang der vollständigen Dateien/Urbelege, bei der von der Betriebskrankenkasse benannten Abrechnungsstelle.

Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächsten folgenden Arbeitstag.

(8) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die Betriebskrankenkassen 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 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 bei der Rechnungsstellung einhält und im Rahmen der Rechnungsstellung auch insbesondere Abrechnungscode und Tarifkennzeichen sowie die Abrechnungspositionsnummern übermittelt.

(9) Sofern die Rechnungslegung einem Abrechnungszentrum gemäß Absatz 8 übertragen werden soll, ist das Abrechnungszentrum 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 Leistungserbringer auszuwählen. Der geschlossene Vertrag über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der Betriebskrankenkasse vorzulegen.

§ 11 Zuzahlungen

Der Leistungserbringer ist 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 die Art des Hilfsmittels angegeben werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der Betriebskrankenkasse verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

§ 12

Depotverbot

Das Depotverbot nach § 128 Abs.1 SGB V ist zu beachten.

§ 13 Werbung

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse 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 den Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die Betriebskrankenkasse unaufgefordert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 14 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (BDSG, SGB X. 2. Kapitel) zur Einhaltung des Daten- und Geheimnisschutzes zu beachten und personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(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 Betriebskrankenkasse bekanntgegeben werden.

(3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind. Ferner stellt der Leistungserbringer sicher, dass das von ihm

eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und eingewiesen ist. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig nach den gesetzlichen Fristen zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

(5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Betriebskrankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.

§ 15 Vertragsverstöße

(1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann ihn die Betriebskrankenkasse warnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.

(2) Die Vertragsstrafe beträgt:

- € 1.000,00 bei jeweiligem Verstoß gegen die §§ 3 und 8 und 12 des Vertrages
- € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

Die Vertragsstrafe wird insbesondere bei folgenden Vertragsverstößen festgelegt:

- a) auch einmalige Nichterfüllung von personellen Voraussetzungen, oder Nichtanzeige von Änderungen der Anforderungen nach § 3 Abs. 4 des Vertrages,
- b) auch einmalige Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Manipulation von Abrechnungsdaten,
- c) Verstoß gegen den Datenschutz nach § 14 des Vertrages,
- d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

(3) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Vertragsverstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Wiederholte oder schwere Verstöße gegen diesen Vertrag führen ggf. zur Vertragskündigung.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2015 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende (Zugang), erstmals zum 31.07.2017 schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse bzw. dem Leistungserbringer gekündigt werden. Die Kündi-

gung kann auch per eMail erfolgen. Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nach § 71 Abs. 4 SGB V.

(2) Der Vertrag 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 §§ 3 und 5 und 6 trotz Abmahnung nicht erfüllt,
- in den Fällen des § 15 Absatz 2,
- die gesetzliche Grundlage für diesen Vertrag entfällt.

(3) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den vertragschließenden Parteien sind möglich und bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Vertragsparteien.

(4) Der BKK steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht zu, das die BKK innerhalb von vier Wochen ab dem letzten Fusionsbeschluss der beteiligten Krankenkassen mit Wirkung zum Fusionszeitpunkt (Datum des Wirksamwerdens der Fusion) ausüben kann. Die Schriftform ist einzuhalten.

§ 17

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 Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 18

Schlussbestimmungen

(1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.

(2) Gerichtsstand ist Duisburg.

ANLAGEN:

Anlage 1: Vergütungsvereinbarung

Anlage 2: Anforderung/Ablaufplan lymphatische Versorgung

Ort, Datum

Duisburg,

Ort, Datum

Der Vorstandsvorsitzende
im Auftrag

Stefanie Eickmeier
Geschäftsbereichsleiterin
Versorgungsmanagement