

Vertrag

nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit XXL-Hilfsmitteln (Adipositasversorgung) der Rehatechnik (Rehahilfsmittel)

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 00 416

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

Präambel

Der Vertrag regelt die aufzahlungsfreie Adipositas-Versorgung der Versicherten der BKK mit Rehabilitationshilfsmitteln (s. Anlagen) innerhalb von Deutschland. Der Vertrag stellt eine Versorgung mit zugelassenen Produkten sicher. 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 den Anlagen 1a bis 1f benannten Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie z.B. die telefonische und persönliche Beratung der Versicherten, die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch Kauf oder Pauschalen des Hilfsmittels. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation und Bestätigung) und Anlage 5 (Eigentumsvorbehalt) dieses Vertrages stellen ein Muster mit Mindestinhalten dar, welche 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. 2a 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 1a bis Anlage 1f 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 und 135a SGB V. 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 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 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 1a bis Anlage 1f 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 Rückholung der Hilfsmittel erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen. Die Einlagerungsbedingungen (ZHP) sind zwingend zu beachten. Die gesamte Hilfsmittelpoolverwaltung (Versorgungspauschalhilfsmittel und Kaufhilfsmittel erfolgt über die Plattform von ZHP. Abholaufträge sind mit der Einlagerungsmitteilung abzuschließen. Hinderungsgründe sind in ZHP zeitnah zu dokumentieren.

(6) Der Leistungserbringer übernimmt durch diese 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.

Der Leistungserbringer

- wird Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben instand halten (§ 7 MPBetreibV)
- wird Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben aufbereiten (§ 8 MPBetreibV)
- wird Funktionsprüfungen an Medizinprodukten durchführen (§ 10 MPBetreibV)
- wird sicherheitstechnische Kontrollen an Medizinprodukten durchführen (§ 11 MPBetreibV)
- wird in Bezug auf das zu führende Medizinproduktebuch (§ 12 MPBetreibV) Dokumentationen in Bezug auf den Service und die Aufbereitungstätigkeit zur Verfügung stellen

- wird messtechnische Kontrollen an Medizinprodukten durchführen (§ 14 MPBetreibV).

(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. Vertragsbeitritts der Betriebskrankenkasse 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, Versorgungszeitraum) 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 über-

mittelt. 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 Versorgung hat innerhalb von 4 Arbeitstagen nach Vorlage der genehmigungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. 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. Wenn der Versicherte durch den Leistungserbringer nicht mehr versorgt werden möchte, ist der Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung unverzüglich an die BKK 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 Werktag vorzunehmen.

(6) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über den Leistungsumfang der jeweiligen Versorgung. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem Versicherten bei Versorgungsbeginn eine Versicherteninformation (Anlage 4) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer, eine Durchschrift wird dem Versicherten ausgehändigt.

§ 6

Beratung der Versicherten

Der Leistungserbringer berät die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V, § 127 Absatz 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Beratung wird vom Leistungserbringer 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 100,00 Euro netto 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. 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 Hilfsmittelverzeichnis 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, die Hilfsmittel im Rahmen von Versorgungspauschalen bleiben Eigentum des Leistungserbringers. Der Leistungserbringer verpflichtet sich im Kauf-Verfahren, ausschließlich Hilfsmittel an die Versicherten auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind.

§ 11 Vergütung

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

(2) Mit den in der Anlage 1a bis Anlage 1f 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 Ende der Pauschale)

§ 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 1a bis Anlage 1f. 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 erfolgt spätestens in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt.

(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. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können nach erfolgloser Mahnung – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. 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 drei 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 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 auftragungsgemäße 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 durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Sozialgeheimnis (SGB I) 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 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 01.08.2018 in Kraft. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2020 schriftlich gegenüber dem anderen Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen.

(2) Die einzelnen Anlagen 1a bis Anlage 1f können einzeln mit einer Frist von 1 Monat zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2019 gekündigt werden. Eine frühere Kündigung für einzelne Hilfsmittelpositionsnummern ist bei einer Ausschreibung gemäß § 127 Absatz 1 SGB V möglich.

(3) 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.

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

(5) 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.

(6) Mit dieser Beitrittserklärung 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, verständigen sich die Vertragsparteien und die Beigetretenen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 20
Schlussbestimmungen

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

(2) Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Duisburg.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: _____

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK: _____

Anlage 1a – Vergütungsvereinbarung PG 04 Badehilfen

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Reha-technik (Rehahilfsmittel)

Pseudohilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Genehmigungspflicht
04.40.01.0777	Badewannenlifter 131 kg bis 170 kg, mobil	08	Euro	v	Ja
	Versorgungspauschale 60 Monate	09	Euro	v	Nein
04.40.02. 0777	Badewannenbrett 131 kg – 150 kg Kauf	00	Euro	v	Nein
04.40.02.0888	151 kg – 225 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
04.40.03.1777	Duschhocker 131 kg – 180 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
04.40.03.1888	181 kg – 225 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
04.40.03.2777	Duschstuhl XL, feststehend mit Armlehnen, 131 kg – 170 kg Kauf	00	Euro	v	Ja

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Badehilfen erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen bzw. durch Kauf des Hilfsmittels. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels

2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Notwendiges Zubehör wie z.B. Saugfüße, ggfls. neuer Bezug, Dreh- und Übersetzhilfe,
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers,
7. Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen,
8. Gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
9. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.
10. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.

Bei Kauf des Hilfsmittels umfasst der Kaufpreis auch die Punkte 1, 2, 4, 5, 6, 9 und 10 der Pauschale und können nicht gesondert berechnet werden.

Sofern das Hilfsmittel im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, ist die jeweilige Beschreibung zu beachten.

Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Genehmigung einzuholen.

Rückkauf

Alle zum Stichtag 31.07.2018 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt werden und nicht älter als 7 Jahre (84 Monate) sind, werden der BKK vom Leistungserbringer in Höhe von 25 % der Versorgungspauschale abgekauft und gehen in den Bestand des Leistungserbringers. Ab dem 01.08.2018 werden alle Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt und die vom Versicherten zurückgeholt werden, der BKK vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers. Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 04

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.08.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen

Die Anlage 1a kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 1b – Vergütungsvereinbarung PG 10 Gehhilfen

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Reha-technik (Reha-hilfsmittel)

Pseudohilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Genehmigungspflicht
10.50.04.1777	Vierrädrige Schwerlastgehilfen (Rollatoren)	08	Euro	e	Ja
	131 kg – 200 kg Versorgungspauschale 60 Monate	09	Euro	e	Nein

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Gehhilfen erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels,
2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Notwendiges Zubehör, wie z.B. Korb, Tablett, Stockhalter, Gehstützenhalter, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien, ausgenommen sind Rollatoren mit Arthritisauflagen und Einhandbremsen sowie dynamische Gehwagen,
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers,
7. Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen,
8. Gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
9. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.
10. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit

von 8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.

Die Beschreibung des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses zum jeweiligen Hilfsmittel ist zu beachten.

Rückkauf

Alle zum Stichtag 31.07.2018 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt werden und nicht älter als 7 Jahre (84 Monate) sind, werden der BKK vom Leistungserbringer in Höhe von 25 % der Versorgungspauschale abgekauft und gehen in den Bestand des Leistungserbringers. Ab dem 01.08.2018 werden alle Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt und die vom Versicherten zurückgeholt werden, der BKK vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers. Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 10

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.08.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen. Die Anlage 1b kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 1c – Vergütungsvereinbarung PG 18 Kranken- / Behindertenfahrzeuge

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Rehathechnik (Rehahilfsmittel)

Abrechnungs- Positions- nummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkenn- zeichen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Genehmigungs- pflicht
18.46.02.0777	Toilettenrollstuhl				
	131 – 200 kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	e	Ja
		09	Euro	e	Nein
18.46.02.0888	201 – 220 kg Kauf	00	Euro	e	Ja
18.46.03.0777	Duschrollstuhl mit Greif- reifen				
	131 – 200 kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	e	Ja
		09	Euro	e	Nein
18.46.03.0888	201 – 250 kg Kauf	00	Euro	e	Ja
18.46.03.1777	Dusch-/Schieberollstuhl mit 4 Lenkrollen				
	131 – 200 kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	e	Ja
		09	Euro	e	Nein
18.46.03.1888	201 – 250 kg Kauf	00	Euro	e	Ja
18.50.02.3777	Verstärkter Rollstuhl				
	161 – 250kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	e	Ja
	Sitzbreite bis 70cm – Standardbeinstützen	09	Euro	e	Nein
	Notwendige verordnete Winkelbeinstützen	12	Euro	e	Ja

18.51.05.1777	Elektromobil (6 km/h) für den Außenbereich (Scooter)				
	141 – 160 kg Kauf Sitzbreite bis 51 cm	00	Euro	v	Ja
18.51.05.1888	161 – 210 kg Kauf Sitzbreite bis 60 cm	00	Euro	v	Ja
		12	Euro	v	Ja

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Kranken- bzw. Behindertenfahrzeuge erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen bzw. durch Kauf des Hilfsmittels. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels,
2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Notwendiges Zubehör wie z.B. Toiletteneinrichtung bei Toilettenstühlen, Sitzkissen, Rückenkissen, Radstandsverlängerung, Fußstützen hochschwenkbar, Armlehnen höhenverstellbar, Trommelbremse, Trommelbremse für Begleitperson, höherverstellbare Schiebegriffe, Speichenschutz, Stock-/Gehhilfenhalter, Sicherheitsgurt, Beleuchtung, Luftpumpe, Spiegel, Bremshebelverlängerung, Kippenschutz, normaler Therapietisch, Ladegerät, Beinschutzdecke, ausgenommen hiervon sind bei den Dusch- und Elektrorollstühlen die elektrischen Verstelloptionen und die Sitzkantelungen,
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leitungserbringers,
7. Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen,
8. Gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
9. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.
10. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von

8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.

11. Die Vertragspartner stimmen überein, dass der, der Berechnung zu Grunde liegende Herstellerlistenpreis (HLP) auch dem tatsächlichen Listeneinkaufspreis entspricht. Bei entsprechenden Zweifeln ist die BKK berechtigt, sich den HLP nachweisen zu lassen.

Bei Kauf des Hilfsmittels umfasst der Kaufpreis auch die Punkte 1, 2, 4, 5, 6, 9 und 10 der Pauschale und können nicht gesondert berechnet werden.

Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Genehmigung einzuholen.

Die Beschreibung des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses zum jeweiligen Hilfsmittel ist zu beachten.

Rückkauf

Alle zum Stichtag 31.07.2018 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt werden und nicht älter als 7 Jahre (84 Monate) sind, werden der BKK vom Leistungserbringer in Höhe von 25 % der Versorgungspauschale abgekauft und gehen in den Bestand des Leistungserbringers. Ab dem 01.08.2018 werden alle Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt und die vom Versicherten zurückgeholt werden, der BKK vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers. Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 18

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.08.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen

Die Anlage 1c kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 1d – Vergütungsvereinbarung PG 19 Betten

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Reha-technik (Reha-hilfsmittel)

Pseudohilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Genehmigungspflicht
19.40.01.3777	Betten, motorisch höhenverstellbar mit motorisch verstellbarer Liegefläche				
	140 – 185 kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	v	Ja
	Größe: 90 / 100 cm x 200 cm	09	Euro	v	Nein
19.40.01.3778	Betten, motorisch höhenverstellbar mit motorisch verstellbarer Liegefläche				
	140 – 185 kg Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	v	Ja
	Größe: 100 cm x 220 cm, 120 cm x 200/220 cm	09	Euro	v	Nein
19.40.01.3888	Betten, motorisch höhenverstellbar mit motorisch verstellbarer Liegefläche				
	186 – 250 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
19.99.99.0900	Pflegebettische				
	Versorgungspauschale 60 Monate	08	Euro	v	Ja
		09	Euro	v	Nein

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Betten bzw. Pflegebetten erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels,
2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Notwendiges Zubehör wie z.B. Bettgalgen, Seitengitter, Seitenpolster, Bettverlängerer, Standardmatratze entsprechend des Gewichtes mit Bezug (12 cm, Kaltschaum RG40, schwer entflammbar nach DIN 597-1/2),
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers,
7. Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen,
8. Gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
9. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.
10. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.
11. Die Vertragspartner stimmen überein, dass der, der Berechnung zu Grunde liegende Herstellerlistenpreis (HLP) auch dem tatsächlichen Listeneinkaufspreis entspricht. Bei entsprechenden Zweifeln ist die BKK berechtigt, sich den HLP nachweisen zu lassen.

Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Genehmigung einzuholen.

Die Beschreibung des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses zum jeweiligen Hilfsmittel ist zu beachten.

Rückkauf

Alle zum Stichtag 31.07.2018 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt werden und nicht älter als 7 Jahre (84 Monate) sind, werden der BKK vom Leistungserbringer in Höhe von 25 % der Versorgungspauschale abgekauft und gehen in den Bestand des Leistungserbringers. Ab dem 01.08.2018 werden alle Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt und die vom Versicher-

ten zurückgeholt werden, der BKK vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers. Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 19 und 50

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.04.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen

Die Anlage 1d kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 1e – Vergütungsvereinbarung PG 22 Mobilitätshilfen

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Reha-technik (Reha-hilfsmittel)

Abrechnungs- Positions- nummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkenn- zeichen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Geneh- migungs- pflicht
22.40.01.0777	Lifter, fahrbar zur Fremd- bedienung mit XXLStan- dardgurtsystem	08	Euro	v	Ja
	131 kg – 180 kg	09	Euro	v	Nein
	Versorgungspauschale 60 Monate	12	Euro	v	Ja
22.40.01.0888	Lifter, fahrbar zur Fremd- bedienung mit XXL Stan- dardgurtsystem	00	Euro	v	Ja
	181 kg – 250 kg Kauf	12	Euro	v	Ja

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Mobilitätshilfen erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen sowie durch Kauf des Hilfsmittels. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels,
2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Notwendiges Zubehör wie z.B. Fuß- und Kniestützen, Haltegurt, Standardtrage-tuch, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien, (bei Versorgungspauschalen)
4. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
5. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
6. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leitungserbringers,

7. Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen, (bei Versorgungspauschalen)
8. Gleichwertige Ersatzversorgung während der Reparatur,
9. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.
10. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.
11. Die Vertragspartner stimmen überein, dass der, der Berechnung zu Grunde liegende Herstellerlistenpreis (HLP) auch dem tatsächlichen Listeneinkaufspreis entspricht. Bei entsprechenden Zweifeln ist die BKK berechtigt, sich den HLP nachweisen zu lassen.

Die Beschreibung des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses zum jeweiligen Hilfsmittel ist zu beachten.

Rückkauf

Alle zum Stichtag 31.07.2018 im Lagerbestand befindlichen Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt werden und nicht älter als 7 Jahre (84 Monate) sind, werden der BKK vom Leistungserbringer in Höhe von 25 % der Versorgungspauschale abgekauft und gehen in den Bestand des Leistungserbringers. Ab dem 01.08.2018 werden alle Hilfsmittel, die auf Versorgungspauschalen umgestellt und die vom Versicherten zurückgeholt werden, der BKK vom Leistungserbringer abgekauft und gehen ebenfalls in den Bestand des Leistungserbringers. Nach Absprache werden Lagerauflösungen durchgeführt.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 22

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.08.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen

Die Anlage 1e kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 1f – Vergütungsvereinbarung PG 33 Toilettenhilfen

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Reha-technik (Reha-hilfsmittel)

Abrechnungs- Positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zei- chen	Bruttopreis	MWSt. e = 7% v = 19%	Geneh- mi- gungs- pflicht
33.40.01.0777	Toilettensitzerhöhung 131 – 200 kg Kauf	00	Euro	v	Nein
33.40.02.0777	Toilettenstützgestell 131 – 180 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
33.40.04.0777	Feststehender Toiletten- stuhl aus Metall oder Kunst- stoff 131 – 180 kg Kauf	00	Euro	v	Ja
33.40.04.0888	181 – 250 kg Kauf	00	Euro	v	Ja

Leistungsbeschreibung

Die Leistung für die Toilettenhilfen erfolgt durch Kauf des Hilfsmittels. Der Kaufpreis umfasst neben dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

1. Beratung, Beratungsprotokoll, Versicherteninformation und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels,
2. Lieferung innerhalb von 4 Arbeitstagen und Rückholung innerhalb von 5 Arbeitstagen (inkl. Liefer- und Rückholbestätigung in ZHP),
3. Beratungsprotokoll Versicherteninformation und Bestätigung,
4. Gebrauchsanleitung in deutscher Sprache,
5. Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leitungserbringers,
6. Die Abrechnung hat nach § 302 SGB V zu erfolgen.

7. Zur Sicherstellung einer Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 17.00 Uhr. Die Telefonnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben.

Die Beschreibung des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses zum jeweiligen Hilfsmittel ist zu beachten.

Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Genehmigung einzuholen.

Inkrafttreten/Kündigung der Vergütungsvereinbarung PG 33

Die Preisvereinbarung gilt für alle ab 01.08.2018 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen

Die Anlage 1f kann gemäß § 18 Absatz 2 gekündigt werden.

Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit XXL-Rehabilitationsmitteln
LEGS: 19 00 416**

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

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit XXL-Rehabilitationsmitteln 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 1a – Anlage 1k) bei:

alle (Anlage 1a – Anlage 1f)

oder einzelnen Produktgruppen

PG 04 (Anlage 1a)

PG 10 (Anlage 1b)

PG 18 (Anlage 1c)

PG 19 (Anlage 1d)

PG 22 (Anlage 1e)

PG 33 (Anlage 1f)

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 =1900416

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 02 = Wiedereinsatz 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 12 = Zubehör
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 Leistungsbeginn bei <u>Kauf</u> des Hilfsmittels

	<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 Kostenvorschlag 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 bei mit XXL-Rehabhilfsmitteln LEGS: 19 00 416

Angaben zum Versicherten

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

Angaben zum Produkt

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

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem _____ mit XXL-Rehabhilfsmitteln.

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 bei mit XXL-Rehabhilfsmitteln LEGS: 19 00 416

Angaben zum Versicherten

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

Angaben zum Produkt

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

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem _____ mit XXL-Rehabhilfsmitteln.

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. 2 SGB V über die Versorgung mit XXL-Rehabilitationsmitteln

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(n) Produkte informiert. Nach Beratung hat er sich für das/die oben benannte(n) Produkt(e) entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Erklärung des Versicherten :

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

Ort, Datum _____

Unterschrift _____