

**Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung
mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln**

zwischen der

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

- im folgenden Betriebskrankenkasse (BKK) oder Novitas genannt -

und der

Leistungserbringer
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
vertreten durch die/den Geschäftsführer/Inhaber
XXXXXXXXX
IK: XXX XXX XXX

- im folgenden Leistungserbringer genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel: 1997001

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

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

- Anlage 1: Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2: Beitrittserklärung Leistungserbringer
- Anlage 3: Mehrkostenvereinbarung
- Anlage 4: Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvorschlägen
- Anlage 5: Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel
- Anlage 6: Versicherteninformation
- Anlage 7: Beitrittserklärung Betriebskrankenkasse

Präambel

Der Vertrag dient der Sicherstellung der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten und des digitalen Fortschritts. Der Vertrag stellt eine hochwertige Versorgung mit zugelassenen Produkten sicher. Das Beitrittsrecht anderer Betriebskrankenkassen und anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag wird ausdrücklich bestätigt.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten mit qualitativ hochwertigen aufsaugenden Inkontinenzartikeln im ambulanten Bereich, die telefonische und - auf Wunsch der Versicherten - persönliche Beratung der Versicherten zur Auswahl und zum Gebrauch der Produkte, die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch Monatspauschalen – im folgenden Pauschalen genannt – durch den Leistungserbringer. Er gilt ebenfalls für stationäre Pflegeeinrichtungen gem. § 71 Abs. 2 SGB XI, für vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI i.V.m. § 71 Abs. 4 SGB XI soweit kein vorrangiger Vertrag besteht. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.
2. Die Anlagen 3 (Mehrkostenvereinbarung) und 6 (Versicherteninformation) dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

1. Dieser Vertrag gilt für alle Leistungserbringer, sofern sie die Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllen (§ 3). Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt durch die Beitrittserklärung gemäß der Anlage 2. Das Liefergebiet (Versorgungsgebiet) muss angegeben werden. Der Vertrag kommt zustande, wenn die Novitas den Beitritt schriftlich bestätigt hat.
2. Der Vertrag kann von der BKK auch für andere Betriebskrankenkassen geöffnet werden. Eine Veröffentlichung der Beitritte erfolgt für alle Vertragspartner in geeigneten Medien der Novitas.
An diesem Vertrag teilnehmende Betriebskrankenkassen erklären mit ihrem Beitritt (Anlage 7), keinem weiteren Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten beigetreten zu sein. Sollte dies doch der Fall sein, kann die Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen durch die BKK beendet werden.
3. Die BKK wird ihre Versicherten über diesen Vertrag in geeigneter Form informieren.

§ 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.
2. Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der §§ 12, 33, 70, 127, 135a und 139 SGB V sowie § 47 SGB IX. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und 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. Dies gilt unabhängig davon, ob die Kosten der notwendigen Versorgung die Höhe der vereinbarten Monatspauschale übersteigen oder darunterliegen (Mischkalkulation).
3. Der Leistungserbringer hat ein aufzahlungsfreies Produktportfolio vorzuhalten, welches eine ausreichende Auswahl für den individuellen, medizinisch notwendigen Versorgungsbedarf der Versicherten ermöglicht. Mit Vertragsbeginn hat der Leistungserbringer eine Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel im Excel-Format analog der Anlage 5 dieses Vertrages zu übermitteln.
4. Der Leistungserbringer hat für die Beratung nach diesem Vertrag ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Als Nachweis der Qualifikation übermittelt der Leistungserbringer auf Anforderung der Novitas die Produktschulungsnachweise seiner Beratungsmitarbeiter/innen. Der Leistungserbringer setzt kein Beratungspersonal ohne nachgewiesene Produktschulung ein.
5. Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 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.
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) - soweit nach diesem Vertrag erforderlich - mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten.
7. Der Leistungserbringer übernimmt alle Pflichten nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), nach der europäischen Verordnung über Medizinprodukte (MDR) - ergänzt durch das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) - sowie der Hilfsmittelrichtlinie (HilfsM-RL) und sonstige relevante Vorschriften in ihrer gültigen Fassung. Damit zusammenhängende Aufwendungen kann der Leistungserbringer weder der Betriebskranken-

kasse noch den Versicherten in Rechnung stellen. Diese sind mit der Vergütung der Versorgung abgegolten.

8. Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und der/dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.
9. Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis. Für genehmigungsfreie Versorgungen nach diesem Vertrag behält sich die BKK das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Leistungserbringer hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.

§ 4 Haftung

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und fristgerechte Auslieferung der Hilfsmittel.
2. Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.
3. 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.
4. Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschlusses bzw. Vertragsbeitritts der BKK auf Anforderung auszuhändigen.
5. Die BKK haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die BKK von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.

§ 5 Beratung und Versorgung der Versicherten

1. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Darüber hinaus wird eine Verordnung des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V akzeptiert. 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 der Ärztin / dem Arzt 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. Sofern ein/e Vertragsarzt /-ärztin die dauerhafte Notwendigkeit von Inkontinenzhilfen bescheinigt, beträgt der Versorgungszeitraum maximal 6 Monate. Versorgungen über diesen Zeitraum hinaus bedürfen einer erneuten ärztlichen Verordnung. Bei der Versorgung einer/eines Versicherten mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln nach der allgemeinen Pauschale verzichtet die BKK auf eine Genehmigung.

Die BKK ist berechtigt, den Genehmigungsverzicht zu widerrufen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Kalendermonat vor Umsetzung mitzuteilen.

2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten oder deren Pflegepersonen umfassend und individuell zu beraten. Dies schließt die Auswahl der Produkte nach kostenfreier Bemusterung mit aufzahlungsfreien Produkten in passender Größe ein. Den Versicherten sind mindestens zwei aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten in anatomisch passender Größe anzubieten. Bis zu einer Abgabemenge von 6 Produkten pro Tag ist allein die Mengenangabe der ärztlichen Verordnung verbindlich. Wird ein höherer Tagesbedarf geltend gemacht, ist der Ablauf nach § 6 Absatz 2 dieses Vertrages verbindlich. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten oder Dritten nicht abgewertet werden. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der/die Versicherte innerhalb des jeweiligen Versorgungszeitraumes nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Leistungserbringer dem/der Versicherten bei Versorgungsbeginn (gilt nur für Neuversorgungen) eine Versicherteninformation (Anlage 6) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information bei dem/der Versicherten ein. Eine Durchschrift verbleibt bei dem/der Versicherten. Sofern ein/e Versicherte/r die Erklärung gegenüber mehreren Vertragspartnern unterzeichnet und hierdurch Mehrkosten- bzw. doppelte Kosten entstehen, gehen diese nicht zu Lasten der BKK. In diesem Falle vergütet die BKK die Leistung ausschließlich gegenüber dem Vertragspartner, welcher zuerst die Leistung erbracht hat. Die Versicherteninformation ist auf Anforderung der BKK unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Soweit es der/die Versicherte wünscht, wird die Beratung in seiner häuslichen Umgebung durchgeführt. Eine nicht von den Versicherten gewünschte Kontaktierung hat zu unterbleiben.

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten ein Videoportal zur Verfügung, in dem die verordneten Produkte ausführlich, anschaulich und leicht verständlich dargestellt und erklärt werden.

3. Soweit der/die Versicherte mit aufzahlungspflichtigen Produkten versorgt werden möchte, hat der Leistungserbringer dies entsprechend der Anlage 3 gesondert zu dokumentieren und eine Durchschrift dem/der Versicherten auszuhändigen. Der BKK ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln. Kann der Leistungserbringer die Mehrkostenerklärung nicht beibringen, sind dem Versicherten die Mehrkosten zu erstatten. Die BKK behält sich vor, einen möglichen Vertragsverstoß nach § 18 des Vertrages zu prüfen.
4. Die Vertragsparteien tauschen sich jährlich mit einzelnen, aufgrund der Versorgungsmenge ausgewählten Leistungserbringern zur Entwicklung der Mehrkostenquote aus. Hierbei werden jeweils mindestens 10 Versorgungsfälle des Leistungserbringers bewertet. Dazu werden insbesondere Versorgungsfälle mit ho-

hen Mehrkostenbeträgen herangezogen. Die Vertragsparteien tauschen sich über mögliche Hintergründe aus und vereinbaren geeignete Maßnahmen, um der Entwicklung und Fehlversorgungen von Versicherten entgegenzuwirken und die Sicherstellung des Sachleistungsprinzips zu gewährleisten.

5. Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Produkte erfolgt grundsätzlich für einen Kalendermonat. Auf Wunsch der Versicherten kann im Ausnahmefall die Belieferung der Produkte für maximal 3 Kalendermonate erfolgen und nur unter Beachtung einer kostenfreien Rücknahme unverbrauchter und originalverpackter Produkte.
6. Benötigen Versicherten für einen vollen Monat keine Produkte (z.B. wegen eines Krankenhausaufenthalts) so kann für diesen Monat keine Pauschale abgerechnet werden.
7. Im Falle der Rücknahme eines kompletten Monatsbedarfs (vgl. Abs. 5) erfolgt keine Abrechnung der Pauschale. Ist die Abrechnung bereits erfolgt (vgl. Abs. 5 und 6), hat der Leistungserbringer eine Verrechnung mit der Pauschale des Folgemonats vorzunehmen oder eine Erstattung vorzunehmen.
8. Die Versorgung hat innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Vorlage der abrechnungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Erfolgt die Belieferung trotz vollständiger Unterlagen nicht innerhalb von 3 Arbeitstagen schuldhaft durch den Leistungserbringer, so hat dieser dem/der Versicherten eine erforderliche Zwischenversorgung in der angefallenen Höhe umgehend zu erstatten.
9. Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit zu den ortsüblichen Telefonkosten von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 09.00 Uhr bis 18.00 Uhr und am Samstag von 08.00 bis 13.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Werktag vorzunehmen.
10. Erfolgt eine dauerhafte Versorgung, ist unabhängig von Beratungen die sich aus dem jeweiligen individuellen Bedarf ergeben, drei Wochen nach der erstmaligen Belieferung mit Produkten der aufsaugenden Inkontinenz durch telefonische Rücksprache mit den Versicherten, deren Pflegepersonen bzw. der stationären Einrichtung nach deren Zufriedenheit mit der durchgeführten Versorgung zu fragen und bei Bedarf ein Besuch in der Einrichtung durch qualifiziertes Personal durchzuführen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

§ 6

Versorgung in Sonderfällen

1. Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der BKK gesondert zu begründen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) die Versorgung abschließend.

2. Versicherte sind mit Produkten in ausreichender Anzahl mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall mehr als 6 Produkte pro Tag erforderlich, so hat dies zunächst der/die behandelnde Arzt/Ärztin medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit der Anzahl der täglichen Produkte bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MD die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des MD ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.
3. Versicherte sind mit Produkten ausreichender Saugstärke mehrkostenfrei zu versorgen. Sind im Einzelfall Produkte der höchsten Saugstärke erforderlich, so hat dies zunächst der/die behandelnde Arzt/Ärztin medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MD die Versorgung abschließend. Auf der Grundlage des Ergebnisses des MD ist die weitere Versorgung mit dem Leistungserbringer abzustimmen und umzusetzen.
4. Versicherte sind mit Produkten mehrkostenfrei zu versorgen, die im Einzelfall geeignet sind. Ist im Einzelfall die Versorgung mit Pants medizinisch erforderlich, so hat dies zunächst der/die behandelnde Arzt/Ärztin medizinisch zu begründen. Eine Belieferung hat dann wie ärztlich verordnet im Rahmen der allgemeinen Pauschale zu erfolgen. Sollten Zweifel zur medizinischen Notwendigkeit bestehen, so sind diese unter Angabe der aufzahlungsfreien Versorgungsmenge und Produkte an die BKK zu übermitteln. Diese klärt unter Einschaltung des MD die Versorgung abschließend. Soweit sich ein Erfordernis ergibt, ist die Versorgung mit Pants durch die allgemeine Pauschale abgegolten. Eine Erforderlichkeit ist bei Pants in der Regel gegeben bei attestierter halbseitiger Lähmung, schweren motorischen Störungen, Demenz mit Akzeptanzstörungen und Einarmigkeit. Eine Mehrkostenfähigkeit ergibt sich hieraus nicht. Wird das Produkt aus Komfortgründen durch die/den Versicherte/n gewählt, so ergibt sich hieraus Mehrkostenfähigkeit.
5. Bei der Versorgung mit geschlechtsspezifischen Vorlagen ist die allgemeine Pauschale anzusetzen.

§ 7 Verordnung

1. Der/Die verordnende Arzt/Ärztin stellt die Versorgungsnotwendigkeit fest. Die auf der Verordnung angegebenen Zeiträume oder Mengenangaben sind für die Beteiligten maßgebend.
2. Als Versorgungszeitraum wird der Kalendermonat angesehen. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 12.03.2023 – 11.04.2023) werden im Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Ver-

ordnung zu belegen. Die Betriebskrankenkassen akzeptieren Verordnungen – auch ohne ärztliche Angabe von Versorgungszeiträumen – für längstens 6 Kalendermonate, es sei denn die Verordnung ist von dem Arzt / der Ärztin mit einem kürzeren Zeitraum versehen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt / die Ärztin mit Datum erneut abzuzeichnen. Nach Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

3. Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig. Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.
4. 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 / die Ärztin mit Datum erneut abzuzeichnen.

§ 8

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 zulassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den MD sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.
3. Die Lieferung der Produkte erfolgt auf Wunsch der/des Versicherten in neutraler Verpackung. Als Nachweis gilt die Unterschrift auf dem Lieferschein oder bei Übermittlung durch einen Paketdienst die der Lieferung zugrundeliegende Sendungsverfolgungsnummer.
4. Der Leistungserbringer unterrichtet die Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner/innen, Telefonnummer und den Ablauf der Versorgung.
5. Der Anteil der mehrkostenpflichtigen Versorgungsleistungen an der Gesamtzahl der Versorgungsleistungen des einzelnen Leistungserbringers wird jährlich durch die BKK ausgewertet. Bei Abweichungen des Leistungserbringers zum Durchschnitt der Leistungserbringer erfolgen Gespräche.
6. Kundenbeschwerden werden ausgewertet. Hier erfolgen ebenfalls Gespräche, wenn von Kundinnen/Kunden gravierende Beschwerden vorgetragen werden oder die Menge der Beschwerden anhand der Gesamtversorgungsleistungen auffällig sind.

§ 9 Umversorgung

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraumes erst zum Ende eines Monats im Versorgungszeitraum möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung - in Abstimmung mit dem/der Versicherten - den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Die BKK ist vor Beginn des Wechsels ebenfalls zu informieren. Wurde ein/e Versicherte/r im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen.

§ 10 Eigentumsverhältnisse

Der Leistungserbringer verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Wird eine Betriebskrankenkasse von einem Dritten in Anspruch genommen, stellt der Leistungserbringer die BKK von diesen Ansprüchen frei.

§ 11 Vergütung

1. Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise. Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten.
2. Verlangt der/die Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so können ihm/ihr die hierzu entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist die Erklärung des/der Versicherten nach der Anlage 3.
Hierzu hat der/die Versicherte die Mehrkostenberechnung unter Darlegung der aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Eine Durchschrift ist dem/der Versicherten auszuhändigen. Der BKK ist auf Anforderung unverzüglich eine Kopie der Mehrkostenerklärung zu übermitteln. Eine andere als die gesetzliche Zuzahlung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Mehrkosten darf von dem/der Versicherten nicht gefordert werden.
3. Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen – bei pauschaler Versorgung für den kompletten Versorgungszeitraum - abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber dem/der Versicherten ist unzulässig, es sei denn der/die Versicherte hat, ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Lieferung verlangt.
4. Die Pauschale kann je Versorgungszeitraum nur einmal abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung der Pauschale während des Versorgungszeitraumes ist unzulässig.

mes - z. B. bei einem Wohnortwechsel oder einer Doppelversorgung des/der Versicherten - ist nicht zulässig.

5. Die Vergütung erfolgt in Monatspauschalen. Teilmonate (Beginn oder Ende der Versorgung im Kalendermonat) werden ebenfalls mit der vollen Monatspauschale vergütet. Die Monatspauschale beginnt immer mit dem 1. eines Kalendermonats und endet grundsätzlich mit dem letzten Tag eines Kalendermonats (die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten).
6. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Vergütung nur für tatsächlich notwendige und gelieferte Hilfsmittel monatlich abgerechnet wird.
7. Sofern Versicherte für einen vollen Kalendermonat die Leistungen des Leistungserbringers wegen vollstationärer Behandlung (Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung) nicht in Anspruch nimmt, erfolgt keine Abrechnung für diesen Kalendermonat. Wird der BKK dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für den betreffenden Kalendermonat erfolgen. Die Rückforderung muss innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe erfolgen.
8. Die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse endet im Falle:
 - der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
 - der Beendigung der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit
 - dem Ende der Mitgliedschaft des/der Versicherten bei der BKK

Die Versorgung endet mit Ablauf des letzten Kalendermonats, in dem der/die Versicherte die Produkte zur Versorgung benötigt. Wird der Betriebskrankenkasse dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für die betreffenden Kalendermonate erfolgen (z.B. bei abgerechneten Leistungen nach dem Tod).

9. Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach § 33 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung von dem/der Versicherten ein.

§ 12 Abrechnung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände 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 (zurzeit: Condatesta GmbH & Co. KG, Hohmannstr. 7A, 04129 Leipzig). Die Anlage 4 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 (z.B. Lieferschein) beizufügen. Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz unter dem TEXT-Segment anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der BKK jederzeit auf Anforderung eingesehen werden. Der Leistungserbringer ermöglicht den Versicherten der BKK wenn möglich eine Auftrags- und Paketverfolgung in Echtzeit. Auf Wunsch erhalten Versicherte die gültige Auftrags- bzw. Sendenummer, so dass sie damit online den aktuellen Auftrags- und Paketstatus, die Bestell- und Lieferhistorie, die Zuzahlungs- und Aufzahlungsrechnungen einsehen können.
4. Alternativ zur Abrechnung nach Absatz 1 und 3 prüft die BKK, ob weitere Digitalisierungen der Abrechnung und der Abrechnungsprüfung im rechtlich zulässigen Rahmen ermöglicht werden können. In diesem Zusammenhang könnte zum Beispiel die Anlieferung und Nutzung von digitalen „Images“ der rechnungsbegründenden (Papier-) Unterlagen, unter Beachtung aller maßgeblichen rechtlichen Anforderungen, ermöglicht werden. Anstelle der papiergebundenen Abrechnungsbelege (rechnungsbegründende Unterlagen) könnte der Vertragspartner „Images“ dieser Dokumente zu den Abrechnungsdaten mittels Datenaustausch(DA)-Verfahren liefern. Unter "Images" werden dabei die mittels Scan-Verfahren digitalisierten, zahlungsbegründenden Originalbelege, die bildlich mit dem physischen Original übereinstimmen, verstanden. Das Image erhielt dadurch einen Beweiswert des ursprünglichen Originals, weswegen auf Papierabrechnungen inklusive Originalverordnungen vollständig verzichtet werden könnte (sog. „Image-Link Verfahren“).
5. Die BKK kann im Einzelfall oder bei regelmäßigen Auffälligkeiten für einen definierten Abrechnungszeitraum eine stichprobenhafte Überprüfung abgerechneter Leistungen auf vorhandene Empfangsbestätigungen vornehmen. Dazu werden dem Vertragspartner von der BKK die entsprechenden Abrechnungsfälle anhand der Krankenversicherernummern benannt. Zu diesen Abrechnungen hat der Vertragspartner der BKK die Empfangsbestätigungen innerhalb von 4 Wochen in Kopie vorzulegen. Sofern der Nachweis der Empfangsbestätigungen nicht erbracht wird, behält sich die BKK die Prüfung einer Vertragsstrafe vor.
6. Der Leistungserbringer ermöglicht den Versicherten der BKK wenn möglich eine Auftrags- und Paketverfolgung in Echtzeit. Auf Wunsch erhält der Versicherten die gültige Auftrags- bzw. Sendenummer, so dass er damit online den aktuellen Auftrags- und Paketstatus, die Bestell- und Lieferhistorie, die Zuzahlungs- und Aufzahlungsrechnungen einsehen kann.
7. Den vereinbarten Vergütungen ist jeweils die gesetzliche Umsatzsteuer hinzuzufügen. Sie ist in den Rechnungen gesondert auszuweisen. Besteht oder bestand keine oder eine geringere Umsatzsteuerpflicht als abgerechnet, hat die BKK gegen den Vertragspartner einen Anspruch auf Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Umsatzsteueranteile. Der Vertragspartner ist dazu verpflichtet, innerhalb der Festsetzungsfrist die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, wenn Anhaltspunkte dafür erkennbar wer-

den, dass die Umsatzsteuer möglicherweise ganz oder teilweise rückwirkend entfallen wird; der Vertragspartner hat die ihm aufgrund einer solchen Abänderung von der Steuerverwaltung erstatteten Umsatzsteuerbeträge an die BKK zu erstatten. Versäumt es der Vertragspartner schuldhaft, rechtzeitig gemäß Satz 5 die nachträgliche Abänderung von Steueranmeldungen bei der Steuerverwaltung zu beantragen, hat die BKK gegen den Vertragspartner einen Schadensersatzanspruch in Höhe der Umsatzsteuerbeträge, die der Vertragspartner bei rechtzeitiger Beantragung der Abänderung nach Satz 5 von der Steuerverwaltung hatte zurückerlangen können und an die BKK erstatten müssen. Ebenso kann der Leistungserbringer von der BKK eine Nachberechnung der zu wenig entrichteten Umsatzsteuer verlangen, wenn dieser z.B. durch eine Umsatzsteuerprüfung der Finanzbehörde belegen kann, dass aus Sicht der prüfenden Finanzbehörde eine bisher gültige unverbindliche Zolltarifauskunft nicht hinreichend ist bzw. die Finanzbehörde diese ggf. für zeitlich zurückliegende Abrechnungen nicht anerkennt. Grundsätzlich vereinbaren sich die vertragsschließenden Parteien darauf, dass das Thema „Umsatzsteuer“ in partnerschaftlichem Austausch gelöst wird. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag im Feld "Mehrkosten" bei der Abrechnung zu übermitteln. Bei Nichtübermittlung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten im Rahmen des DTA behält sich die BKK die Prüfung einer Vertragsstrafe vor.

8. Die Abrechnung der Pauschale erfolgt nach Möglichkeit monatlich. Die Pauschale sollte spätestens in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt, abgerechnet werden.
9. 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.
10. 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 – 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 3 Monaten mit Begründung zu widersprechen.
11. 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 oder von der BKK benannten Abrechnungsstelle bezahlt. 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.

12. 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 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.
13. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 7 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 verpflichtet, die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V und § 61 SGB V von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name der/des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie der Grund zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel angegeben werden. 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/einer Vertragsarzt/-ärztin und/oder einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.
3. Es ist unzulässig, Ärzte/Ärztinnen 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/Ärztinnen, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeitenden 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 Patientinnen/Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte/-ärztinnen als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die jeweilige Betriebskrankenkasse unaufgefordert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 16 Datenschutz

1. Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes verarbeiten.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über das Sozialgeheimnis gemäß § 35 SGB I sowie die allgemeinen Vorschriften über den Datenschutz zu beachten. Insbesondere verpflichtet er sich, solche Sozialdaten, die ihm dienstlich bekannt werden, nur im Rahmen seiner vertraglichen Berechtigung zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.
3. Die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes, der EU-DSGVO, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der §§ 35, 37 SGB I, §§ 284, 294 und 302 SGB V sowie die diesbezüglichen Regelungen des SGB X sind zu beachten.
4. Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden, die durch die Verletzung datenschutzrechtlicher Vorschriften entstehen. Der Leistungserbringer stellt die Novitas BKK von Schadensersatzansprüchen Dritter, die diesen aus einer Verletzung von datenschutzrechtlichen Vorschriften erwachsen, frei.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Datenschutzbestimmungen seinen Mitarbeitenden bekannt zu geben und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen.

§ 17 **Vertraulichkeitsverpflichtung**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich zum Umgang mit vertraulichen Informationen nach Maßgabe der folgenden Erklärungen.
2. Vertrauliche Informationen im Sinne dieser Vereinbarung sind:
 - Alle mündlichen oder schriftlichen Informationen und Materialien, die der Leistungserbringer direkt oder indirekt von der BKK zur Abwicklung des Auftrages erhält und die als vertraulich gekennzeichnet sind oder deren Vertraulichkeit sich aus ihrem Gegenstand oder sonstigen Umständen ergibt, sog. Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse.
 - Beauftragte Leistungen und sonstigen Arbeitsergebnisse.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, alle ihm direkt oder indirekt zur Kenntnis gekommenen vertraulichen Informationen strikt vertraulich zu behandeln und nicht ohne vorherige schriftliche Zustimmung der BKK an Dritte weiterzugeben, zu verwerten oder zu verwenden.
4. Der Leistungserbringer wird alle geeigneten Vorkehrungen treffen, um die Vertraulichkeit sicherzustellen. Vertrauliche Informationen werden nur an die Mitarbeiter/innen oder sonstige Dritte weitergegeben, die sie aufgrund ihrer Tätigkeit erhalten müssen.
5. Die Pflicht zur absoluten Vertraulichkeit dauert auch nach der Beendigung der Zusammenarbeit an. Auf Verlangen sind ausgehändigte Unterlagen einschließlich aller davon angefertigten Kopien sowie Arbeitsunterlagen und –materialien zurückzugeben.
6. Der Leistungserbringer haftet für alle Schäden in vollem Umfang, die der BKK durch Verletzung dieser vertraglichen Pflichten entstehen.
7. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt auch für die Rechtsnachfolger der Vertragspartner.

§ 18 **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 gegen diesen Vertrag führen ggf. zum Widerruf des Beitritts bzw. der Vertragskündigung.

§ 19

Inkrafttreten, Nachverhandlungen und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am 01.11.2023 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2025, schriftlich gegenüber der BKK gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.
2. Treten nach Abschluss des Vertrages Kostenerhöhungen bei den Produkten bzw. Dienstleistungen auf (etwa durch steigende Rohstoff-, Transport-, Personal- oder Energiebeschaffungskosten), so hat der Leistungserbringer das Recht, Verhandlungen über eine Preisanpassung an die gestiegenen Kosten zu verlangen. Treten nach Abschluss des Vertrages Kostensenkungen bei den Produkten bzw. Dienstleistungen auf (etwa durch sinkende Rohstoff-, Transport-, Personal- oder Energiebeschaffungskosten), so hat die BKK das Recht, Verhandlungen über eine Preisanpassung an die gesunkenen Kosten zu verlangen.
3. 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 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 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. Zudem besteht bei gravierenden Vertragsverstößen des Leistungserbringers ein Sonderkündigungsrecht mit sofortiger Wirkung.

§ 20

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 Leistungserbringer unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 21
Schlussbestimmungen

1. Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.
2. Gerichtsstand ist Duisburg.

Duisburg, den

_____, den

Novitas BKK

XXXXXXXX

Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung

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

FALLPAUSCHALE (FP):

Preise in netto

Abrechnungspositionennummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Monatspauschale in netto	Genehmigungspflicht
15.25.99.8000	<p>Allgemeine Pauschale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 <p>Versicherte ab dem vollendeten 14. Lebensjahr</p>	08/09	XX,XX Euro	Nein
15.25.99.9000	<p>Erhöhte Pauschale</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15.25.30 ➤ 15.25.31 ➤ 15.25.32 <p>Versicherte bis zum vollendeten 14. Lebensjahr</p>	08/09	XX,XX Euro	Nein

Anlage 2 – Beitrittserklärung Leistungserbringer

Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V zum Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln LEGS: 19 97 001

Name des Leistungserbringers: _____
 Geschäftsführer/in bzw. Inhaber/in: _____
 Anschrift: _____

 IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln 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 vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die nach dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Der Beigetretene ist berechtigt, seinen Beitritt gemäß § 18 Abs. 1 des Vertrages mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2025, schriftlich gegenüber der BKK zu kündigen. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.

Eine Beendigung des Vertrages bewirkt auch eine Beendigung des Beitritts.

Ansprechpartner/in für Versicherte

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

Ansprechpartner/in für Betriebskrankenkassen

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

Seite 2 der Beitrittserklärung zum Vertrag aufsaugende Inko (LEGS: 19 97 001)

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (bitte unbedingt mit einreichen):

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: _____

Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Produktliste der aufzahlungsfreien Artikel (**bitte als EXCEL-Datei übermitteln**)

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Anlage 3 - Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/in/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 4 – Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen

1 Grundsätze

- Die BKK verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- 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 eine gültige Krankenversicherthenummer 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 Datum des Kostenvoranschlages.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben: 19 97 001

Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Nach diesem Vertrag zulässig: 15.25.99.5000 (allgemeine Pauschale) und 15.25.99.6000 (erhöhte Pauschale)
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Nach diesem Vertrag zulässig: <u>Allgemeine Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.25.99.5000) <u>Erhöhte Pauschale</u> (bei Verwendung der Hilfsmittelnummer 15.25.99.6000)
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen)
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist immer der 1. eines Kalendermonats. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.01.2023, Leistungsbeginn 01.01.2023 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.04.2023, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.05.2023
Leistungsende	Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> ist grundsätzlich der letzte Tag eines Kalendermonats. <u>Ausnahme:</u> Sofern dem Vertragspartner das Todesdatum eines/einer Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.
Menge/Anzahl	Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.

Einheit	Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherte/r
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 • Mehrkostenvereinbarung – bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen (vgl. Anlage 3 des Vertrages) <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>

Anlage 5 – Produktliste der aufzahlungsfreien Produkte

Name Leistungserbringer	IK	PLZ

Ort	Str. / Hausnummer

Die folgenden Produkte werden entsprechend der vertraglichen Bestimmungen aufzahlungsfrei zur Verfügung gestellt:

15.25.02

Netzhosen, Größe 1 0001-0999
Netzhosen, Größe 2 1000-1999

Netzhosen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.30

Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung 0001-0999
Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung 1000-1999
Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung 2000-2999
Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 3000-3999
Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 4000-4999
Vorlagen für Urininkontinenz 5000-5999
Wiederverwendbare Vorlagen 6000-6999

saugende Inkontinenzvorlagen

Artikelbezeichnung	Hersteller

15.25.31.

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1 0001-0999

Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

Artikelbezeichnung	Hersteller

Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2 1000-1999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3 2000-2999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1 3000-3999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 4000-4999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3 5000-5999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1 6000-6999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2 7000-7999		
Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3 8000-8999		

Anlage 6 - Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 u. 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson / gesetzliche/r Vertreter/in

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

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

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 7 – Beitrittserklärung Krankenkasse

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln
LEGS: 1997001**

Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
IK	
Ansprechpartner/in	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

Hiermit tritt die _____
(Name der Krankenkasse)

dem Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden zwischen der Novitas BKK und dem/den Leistungserbringern

(LEGS: 1997001) zum _____ bei.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst aller Anlagen (1-7) haben wir erhalten und lassen den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen uns gelten.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel