

Rahmenvereinbarung – Hilfsmittelmanagement

zwischen der

**mhplus Betriebskrankenkasse und der mhplus BKK Pflegekasse
vertreten durch den Vorstand Herrn Winfried Baumgärtner
Hauptverwaltung
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg**

- im Folgenden “Krankenkasse“ genannt

und der

- im Folgenden “Leistungserbringer“ genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 500

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Geltungsbereich und Beitrittsvoraussetzungen	4
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	5
§ 4 Art und Umfang der Leistungen	8
§ 5 Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)	11
§ 6 Vergütungsregelungen	11
§ 7 Zuzahlung	12
§ 8 Qualitätssicherung	13
§ 9 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungsstellung	14
§ 10 Provisionen und sonstige Vorteilsgewährung	16
§ 11 Vertragsverstöße	17
§ 12 Datenschutz/Bundesdatenschutzgesetz	18
§ 13 Haftung und Gewährleistung	19
§ 14 Organisationskontrolle und Kontrolle durch die Aufsichtsbehörde	20
§ 15 Schlussbestimmungen	20
§ 16 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages	21
Anlage I - Produktdefinition	23
Anlage II - Honorar und Leistungstabelle	25
Anlage III - Beitrittserklärung für Leistungserbringer	31
Anlage IV - Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung	33

Präambel

Diese Rahmenvereinbarung über den „Wiedereinsatz“ der mhplus Hilfsmittel soll dazu dienen den Wiedereinsatz von mhplus Hilfsmitteln zu forcieren und zu optimieren, damit die mhplus Versicherten optimal versorgt sind und im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Hilfsmittelleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Das Maß des Notwendigen der Versorgung soll beachtet werden, die Hilfsmittelversorgung soll dabei auch vorrausschauend erfolgen.

Der Wiedereinsatz von mhplus Hilfsmitteln – wahlweise der Kassenübergreifende Wiedereinsatz soweit möglich – soll unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit vorrangig vor einer Neuversorgung erfolgen.

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die bundesweite Versorgung mit wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln vom Kassenlager (oder Kassenübergreifend) der in Anlage I genannten Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unter Berücksichtigung des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibVO) und des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V), sowie deren Vergütung und Abrechnung. Die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte müssen mindestens erfüllt sein, entsprechend den Regelungen des § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
- (2) Der Leistungserbringer stellt die bundesweiten Versorgung der Versicherten und der Anspruchsberechtigten mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln aus dem Eigentum des Kostenträgers / aus dessen Lager sicher (Versorgungen im Rahmen des Wiedereinsatzes). Der Leistungserbringer hat den Versicherten dabei vor Inanspruchnahme der Leistung / des Wiedereinsatzes zu beraten, welche Hilfsmittel und ggf. zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V – ergänzend auch Hilfsmittel nach § 84 SGB IX – für die vorliegend konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen.
- (3) Die Regelungen dieses Vertrages gelten für die Versorgung von Versicherten im ambulanten (häuslichen) Bereich, d. h. die Versorgung in der Wohnung des Versicherten oder dessen Aufenthaltsort. In Behinderteneinrichtungen, Alten – und Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen, mit denen zum Leistungszeitpunkt keine vertraglichen Regelungen für die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln getroffen worden sind, ist der Versicherte ebenso nach diesem Vertrag zu versorgen. Es ist im Vorfeld zu prüfen, ob und inwieweit das Hilfsmittel in die Vorhaltepflcht der Einrichtung fällt.

- (4) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundes Ausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln „Hilfsmittel- Richtlinien“ genannt, in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Bezeichnung der Produktart.
- (5) Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Auftragsvergabe, Zuweisung von Versicherten oder eine Mindestmengenabgabe besteht nicht.
- (6) Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass die Leistungen des Kostenträgers wirtschaftlich und zweckmäßig erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Die Bedürfnisse, die Art der Behinderung und die örtlichen Gegebenheiten des Versicherten sind zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist die geltende Rechtslage zu beachten.
- (7) Der Leistungserbringer räumt dem Kostenträger, für im Rahmen dieser Vereinbarung übernommen Tätigkeiten, Weisungsrecht ein.
- (8) Die Anlagen I – IV sind Bestandteil dieses Vertrages.

Anlage I	Produktdefinition
Anlage II	Honorar und Leistungstabelle
Anlage III	Beitrittserklärung für Leistungserbringer
Anlage IV	Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung

§ 2 Geltungsbereich und Beitrittsvoraussetzungen

- (1) Der Vertrag gilt für Versicherte und Anspruchsberechtigte der Krankenkasse.
- (2) Der Vertrag gilt für Leistungserbringer, die diesem Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetreten sind.

Diesem Vertrag mit einem einzelnen Leistungserbringer können Leistungserbringer beitreten, sofern sie gemäß § 126 SGB V i. V. m. Anlage III dieses Vertrages für den entsprechenden Versorgungsbereich die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme erfüllen und dies der Krankenkasse gemäß Anlage III nachgewiesen haben. Die Vorlage eines entsprechenden Zertifikates einer Präqualifizierungsstelle gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist Voraussetzung.

- (3) Ein Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V wird erst nach schriftlicher Bestätigung des Kostenträgers bei Erfüllung der Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme wirksam.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Präqualifizierung und damit die Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen. In diesem Fall prüft die Krankenkasse, ob die Vertragsvoraussetzungen weiterhin vorliegen. Sodann erhält der Leistungserbringer von der Krankenkasse eine schriftliche Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung.
- (5) Voraussetzung für den Beitritt zum Vertrag durch den Leistungserbringer ist, dass der Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem erstunterzeichnenden Leistungserbringer besteht.
- (6) Maßgeblich für die Geltung dieses Vertrages ist das Ausstellungsdatum der Verordnung.
- (7) Jeder Leistungserbringer gibt mit Vertragsschluss bzw. mit Beitritt sein Institutionskennzeichen (IK) an, mit dem er auch die Leistungen nach diesem Vertrag erbringen und abrechnen wird. Das IK des Leistungserbringers dient der Identifizierung als Vertragspartner dieses Vertrages. Ein fehlerhaftes IK führt sowohl bei der Genehmigung als auch bei der Abrechnung zur Abweisung eines Versorgungsfalles und kann nur durch die korrekte Einreichung geheilt werden.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Im Übrigen sind die Grundsätze der §§ 12, 70 und 135a SGB V zu beachten.
- (2) Jede Versorgung nach diesem Vertrag erfolgt grundsätzlich aufzahlungsfrei, es sei denn, der Versicherte wünscht eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung (wirtschaftliche Aufzahlung). Die gesetzliche Zuzahlung bleibt davon unberührt.
- (3) Sollte der Versicherte eine Versorgung wünschen, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht und dadurch für den Versicherten Mehrkosten entstehen, so hat der Leistungserbringer den Versicherten über diese durch ihn zu tragenden Mehrkosten zu informieren und aufzuklären. Diese Beratung des Versicherten ist schriftlich (oder elektronisch) kostenfrei durch den Leistungserbringer zu dokumentieren und durch den Versicherten per Unterschrift zu bestätigen.

- (4) Der Versicherte hat das Recht auf die freie Wahl unter den leistungsberechtigten/ beigetretenen Leistungserbringern. Sollten dadurch Mehrkosten bzw. ergänzende Kosten entstehen werden diese nicht vom Kostenträger übernommen. Übt der Versicherte sein Wahlrecht nicht aus, wird der Versorgungsauftrag von der Krankenkasse direkt an einen der Leistungserbringer dieses Vertrages übergeben.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung der Versicherten des Kostenträgers zu gewährleisten. Dazu verfügt er über eine eigene Logistik, die eine kurzfristige Lieferung (Privatadresse, Wohngemeinschaften, Aufenthaltsort des Versicherten, usw.) gewährleistet. Es wird sichergestellt, dass alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der Kostenträger ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Versorgung in der ihm geeigneten Form zu überprüfen, oder überprüfen zu lassen, insbesondere auch durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen „MDK“. Anfragen zu Versorgungsfällen bzw. zur Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Leistungserbringer zu beantworten und / oder mittels EDV-Zugriff sicher zu stellen. Des Weiteren ist der Kostenträger jederzeit dazu berechtigt – auch unangemeldet – die Räume des Leistungserbringers aufzusuchen um eine Überprüfung der aktuell anstehenden Wiedereinsätze durchzuführen.
- (7) Der Leistungserbringer schafft eine unmittelbare Verbindung zwischen der Verwaltung von Kasseneigentum und dem professionellem Wiedereinsatz von Hilfsmitteln. Der Leistungserbringer holt die Hilfsmittel des Kostenträgers mit geeignetem und qualifiziertem Personal im Lager des Kostenträgers ab und prüft diese vor der Durchführung des Wiedereinsatzes. Er geht dabei sorgsam und pfleglich mit dem Kasseneigentum um.
- (8) Der Neukauf von Hilfsmitteln fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich des Leistungserbringers nach diesem Vertrag. Um Interessenskonflikte auszuschließen kann ein Leistungserbringer entweder den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln durchführen oder die Neuversorgung von Hilfsmitteln. Beide Versorgungsformen durch denselben Leistungserbringer sind nicht möglich – Vermeidung von Interessenskonflikten / Entscheidungskonflikten.

Mittels konsequenten Wiedereinsatzes von Kasseneigentum werden Einsparungen bei dem Kostenträger erzielt, ohne dass die Versicherten in Umfang und Güte benachteiligt werden. Der Leistungserbringer erstellt hierzu mindestens einmal monatlich eine Statistik, Wiedereinsatzquoten nach Produkten usw. Der Kostenträger kann nach Schaffung der technischen Voraussetzungen (Fernzugriff auf das System des Leistungserbringers) jederzeit selbständig Lagerbestände und weiterreichende Informationen über Versorgungsaufträge / Abholungen einsehen (zusätzliche Transparenz für den Kostenträger).
- (9) Jede Versorgung ist durch den Leistungserbringer unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung bei der Krankenkasse anzuzeigen (Kostenvorschlag). Bei Erstversorgungen im Zusammenhang mit

Klinikentlassungen sind sogenannte Klinikverordnungen zulässig. Dies ist auf elektronischem Wege vorzunehmen. Jede Versorgung bedarf grundsätzlich der Genehmigung durch die Krankenkasse, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet darauf. Hierbei ist die korrekte Bezeichnung der Hilfsmittelpositionsnummer, des Hilfsmittelkennzeichens, des Abgabebereichs, des ggf. notwendigen Versorgungszeitraumes und des Preises gemäß Anlage II verbindlich. Nicht korrekt ausgestellte elektronische Kostenvoranschläge werden mit der Bitte um Berichtigung zurückgewiesen.

- (10) Ein Versorgungsauftrag, der von der Krankenkasse direkt an den Leistungserbringer übergeben wird, gilt bereits als genehmigt. Hierzu werden jeweils Verordnung und Versorgungsauftrag an den Leistungserbringer gesandt.
- (11) Versorgungsaufträge, die durch die Krankenkasse oder vom Versicherten an den Leistungserbringer gehen, dürfen nicht von diesem abgelehnt werden. Der Leistungserbringer behandelt die Versicherten der Krankenkasse nach gleichen Grundsätzen.
- (12) Die ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung enthält:
- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer) / Kostenträgerkennung
 - b. Name der Krankenkasse
 - c. Versichertennummer / eGK Nummer (12-stellig)
 - d. Name, Vorname, Anschrift, Geb. Datum des Versicherten
 - e. Gültigkeit der Versichertenkarte
 - f. Vertragsarzt Nummer (LANR und BSNR)
 - g. Ausstellungsdatum des Verordnungsblattes
 - h. Versichertenstatus
 - i. Vertragsarztstempel
 - j. Unterschrift des Vertragsarztes
 - k. medizinische Indikation oder Diagnose oder Diagnoseschlüssel
 - l. Name des Hilfsmittels, Hilfsmittelpositionsnummer aus dem Vertrag, bzw. die Positionsnummer aus dem bundeseinheitlichen Positionsverzeichnis
 - m. Versorgungszeitraum
 - n. die Kennzeichnung „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstige“.
- (13) Wird die Hilfsmittelverordnung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.
- (14) Der Leistungserbringer hat für die Vollständigkeit der vertragsärztlichen Verordnung gemäß Abs. 11 selbst Sorge zu tragen. Liegt der Krankenkasse eine unvollständige vertragsärztliche Verordnung zur Genehmigung vor, kann diese zurückgewiesen werden. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen gemäß § 7 Abs. 4 HMRL einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die Versorgung des Versicherten hat grundsätzlich aufzahlungsfrei zu erfolgen. Wünscht der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung (ohne entsprechende medizinische Begründung), so hat der Leistungserbringer den Versicherten über entstehende Mehrkosten aufzuklären und dies zu dokumentieren. Die Dokumentation ist jeweils den rechnungsbegründenden Unterlagen beizufügen. Zudem hat der Leistungserbringer dem Versicherten gegenüber diese Aufzahlung entsprechend § 6 Abs. 2 dieses Vertrages zu quittieren.
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt bundesweit mit eigenem, weisungsgebundenem Personal (keine Subunternehmer). Hierzu stellt der Leistungserbringer eine bundesweite Logistik sicher bzw. hält diese vor. Dadurch wird sichergestellt, dass der Wiedereinsatz von Kasseneigentum stets zeitnah und unverzüglich erfolgen kann, nach Auftrag bzw. Genehmigung durch den Kostenträger. Dies hat innerhalb von maximal 3 Arbeitstage, bundesweit und flächendeckend, zu erfolgen. Bei der Frist hat der Leistungserbringer eine mögliche Abholung im Kasenlager durch eigenes, qualifiziertes Personal zu berücksichtigen. Abweichungen sind möglich, wenn es sich um Maßanfertigungen, spezifische Ersatzteile (des Herstellers) oder ähnliches handelt, was eine Fristverlängerung plausibel begründet. In diesen Fällen ist der Versicherte aktiv und regelmäßig über den Prozessstand / den Versorgungsstand zu unterrichten.
- (3) Mit Aufbereitungskosten geht der Leistungserbringer nach eigenem Ermessen in Vorleistung, um reibungslose und zeitnahe Versorgungsabläufe des Kasseneigentums zu gewährleisten. Aufbereitungskosten sind vom Leistungserbringer hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit zu überwachen. Der Leistungserbringer übernimmt für sein wirtschaftliches Handeln die Verantwortung und die Haftung (Kosten, die sich im Nachgang als unwirtschaftlich erweisen, können dem Kostenträger nicht in Rechnung gestellt werden).
- (4) Der Leistungserbringer übernimmt alle Rechte und Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie den Hilfsmittelrichtlinien und sonstigen relevanten Vorschriften in ihrer jeweils gültigen Fassung vollständig.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Versorgung des Versicherten grundsätzlich für den auf der ärztlichen Verordnung angegebenen Zeitraum und ohne Unterbrechung sicherzustellen, auch wenn der Versicherte seinen Wohnort innerhalb Deutschlands wechselt.

- (6) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die verordneten Hilfsmittel sorgfältig, einwandfrei und unverzüglich abgegeben werden. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, in dem die Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel anzugeben ist. Der Aufgabenbereich des Leistungserbringers umfasst:
- Die Klärung örtlicher Begebenheiten, sowie Sonderheiten, die bei der Nutzung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen sind,
 - die Anpassung von Hilfsmitteln (bei anzupassenden Hilfsmitteln zusätzlich mittels Hausbesuch),
 - die Auslieferung vom Hilfsmittellager des Kostenträgers (Krankenkasse/Pflegekasse) – der Wiedereinsatz - mit Einweisung des Versicherten oder der Angehörigen, Betreuungspersonen usw. in den sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel.
 - Die Einweisung umfasst dabei den sachgerechten Gebrauch und das Handling der Hilfsmittel inklusive Pflege/Reinigung usw. und ist ausschließlich durch fachlich qualifiziertes Personal beim Versicherten vor Ort durchzuführen. Zum Lieferumfang der Hilfsmittel gehört ebenfalls zwingend eine Gebrauchs- und Informationsanleitung des Herstellers.
- (7) Werden innerhalb des 6-monatigen Gewährleistungszeitraums Reparaturen an Zurüstungen und / oder durchgeführten Reparaturen des Hilfsmittels (getauschten Bauteilen) notwendig, und die Defekte sind nicht aufgrund mutwilliger Zerstörung zurückzuführen, werden diese für den Kostenträger kostenfrei durchgeführt. Alle Reparaturen nach Ablauf des 6-monatigen Gewährleistungszeitraums werden nach Aufwand berechnet. Bei umfangreichen Reparaturen, die nicht direkt vor Ort durchgeführt werden können, stellt der Leistungserbringer im Bedarfsfall dem Versicherten ein Leihhilfsmittel für die Dauer der Reparatur zur Verfügung. Hierfür werden marktübliche Mietgebühren berechnet. Diese sind im Vorfeld durch den Kostenträger zu prüfen und zu genehmigen.
- (8) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit an Werktagen von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr sicher. Als Werktage im Sinne dieser Vereinbarung gelten Montag bis Freitag. Für lebenserhaltene Hilfsmittel (Hilfsmittel der Medizintechnik: Sauerstoffversorgungen, Beatmung) verfügt der Leistungserbringer über einen 24 h Notdienst mit separater Notruf-Nr. und separatem Notrufanrufbeantworter. Die Notdienst Telefonnummer ist dem Versicherten bei diesen Versorgungen gesondert bekannt zu geben.
- (9) Über den Umfang der Leistung im Rahmen des Wiedereinsatzes entscheidet der Kostenträger in jedem Einzelfall mittels der eKV Plattform MIP. Papierkostenvoranschläge bzw. Papieranträge werden vom Kostenträger nicht akzeptiert und ohne weitere Rückmeldung umgesteuert. Der Aufwand für die Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlages ist bereits in den vereinbarten Preisen enthalten und wird nicht gesondert vergütet.
- (10) Vor jeder Versorgung ist zwingend das Kassenlager zu prüfen. Ergänzend ist, vor allem bei ausgefallenen Hilfsmitteln, auch die Überprüfung

kassenübergreifender Hilfsmittellager durchzuführen (kassenübergreifender Wiedereinsatz), um im System der GKV Synergieeffekte zu generieren.

- (11) Bevor eine Neuversorgung erfolgen kann hat der Leistungserbringer die negative Lagerprüfung in geeigneter Weise nachzuweisen. Der Kostenträger kann dies überprüfen und ggf. einen möglichen Wiedereinsatz einleiten, auch kassenübergreifend.
- (12) Der Kostenträger beauftragt den Leistungserbringer in der Regel elektronisch über das eKV System MIP mit der Lagerprüfung bzw. mit dem Wiedereinsatz. Ergänzend kann der Kostenträger eigenständig mittels EDV-Zugriff auf das System des Leistungserbringers / die Lagersoftware zugreifen und die Wiedereinsatzmöglichkeiten prüfen.
- (13) Der Leistungserbringer stimmt sich mit dem Versicherten bzw. dessen Angehörigen, Betreuern o.ä. zwecks der Lieferung des Hilfsmittels ab. Bei der abschließenden Hilfsmittelversorgung – und generell im ganzen Prozessablauf – finden die allgemeinen Bestimmungen des Datenschutzes Anwendung.
- (14) Stellt der Leistungserbringer bei Anpassungen vor Ort fest, dass objektiv zusätzliche Hilfsmittel notwendig sind, informiert er mittels abgestimmter Medien den Kostenträger. Dieser entscheidet dann über das weitere Vorgehen. Der Leistungserbringer weckt im keinem Fall beim Versicherten einen Bedarf. Außerdem besteht kein Anspruch auf die Versorgung mit zusätzlichen Produkten. Der Kostenträger behält sich vor, einen Leistungserbringer der zusätzliche Bedürfnisse beim Versicherten weckt – ohne dass der Kostenträger hierzu beauftragt hat – mit sofortiger Wirkung von der Wiedereinsatzversorgung auszuschließen.
- (15) In dringenden Versorgungsfällen muss eine unverzügliche Hilfsmittelversorgung ggf. auch im Rahmen einer Interimsversorgung durch den Leistungserbringer durchgeführt werden. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten nur mit funktionsgerechten und technisch einwandfreien Hilfsmitteln versorgt werden.
- (16) Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig an erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Nachweise sind dem Kostenträger bei Bedarf und auf Verlangen vorzulegen.
- (17) Bei Beendigung des Vertrages durch Nichterfüllung der Pflichten dieses Vertrages, durch Kündigung oder Betriebsaufgabe sind nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen unverzüglich an die Krankenkasse zurückzugeben.

§ 5 Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

- (1) Die Aufgaben, die sich aus den Pflichten des Kostenträgers aus der MPBetreibV ergeben, werden dem Vertragspartner gemäß § 3 Abs. 2 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung) übertragen. Hierzu gehören insbesondere:
 - die Ersteinweisung in die Handhabung für Patienten und weitere im Termin/bei der Einweisung anwesende Personen (z.B. Pflegekräfte, betreuende Angehörige)
 - die geforderten fachlichen Qualifikationen seiner eigenen (Leistungserbringer) Mitarbeiter
 - Instandhaltung der Medizinprodukte unter der Voraussetzung, dass der Mitarbeiter Zugang zu dem Produkt erhält
 - der Aufbereitung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben
 - Sicherheitstechnische Kontrollen unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und Erstellen des entsprechenden Protokolls
 - Durchführen der vor Inbetriebnahme erforderlichen Funktionsprüfung
 - die Dokumentation von Service- und Aufbereitungstätigkeiten
 - das Führen der Bestandsverzeichnisse und der Medizinproduktebücher
 - Durchführung der Messtechnischen Kontrollen gem. § 14 MPBetreibV – soweit erforderlich
- (2) Sofern die/der Versicherte bei einer (mindestens) einmaligen Erinnerung keine Instandhaltung oder Sicherheitstechnische Kontrolle an seinem überlassenen Produkt zulässt, ist dies vom Leistungserbringer zu protokollieren und der Krankenkasse unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (3) Die Krankenkasse behält sich die Überprüfung der Erfüllung der nach der MPBetreibV an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

§ 6 Vergütungsregelungen

- (1) Es gelten die in der Anlage II vereinbarten Vertragspreise. Bei Änderung der Mehrwertsteuer erfolgt eine entsprechende Preisanpassung.

- (2) Entfallen vertraglich geregelte Leistungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, können diese nicht mehr zur Abrechnung gebracht werden.
- (3) Werden neue Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, die ebenfalls technisch wiedereinsatzbar sind, so ist der Vertrag analog in Anwendung zu bringen.
- (4) Die Abrechnung kann erst nach Abgabe der Hilfsmittel an den Versicherten erfolgen und orientiert sich an dem Versorgungsumfang der der Lieferung zugrunde liegenden ärztlichen Verordnung. Zur Abrechnung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten notwendig.
- (5) Verweigert ein Versicherter die Annahme einer Leistung oder ist durch einen Krankenhausaufenthalt nicht in der Lage, die Leistung anzunehmen, ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Leistung zurück zu nehmen und zu stornieren. Eine Vergütung erfolgt in diesem Fall nicht. Die Krankenkasse ist unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (6) Bei Eintreten folgender Ereignisse endet die Vergütungspflicht der Krankenkasse:
 1. Änderung der medizinischen Indikation
 2. Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
 3. Beendigung der Mitgliedschaft.
- (7) Alle Dienst- und Serviceleistungen des Leistungserbringers, wie zum Beispiel Kosten für ein Beschwerdemanagement sind in den Wiedereinsatzpauschalen eingepreist. Ebenfalls erfolgt keine gesonderte Vergütung für die Erstellung des monatlichen Berichtswesens, sowie weiterer Selektionen und Datenauswertungen auf Anforderung des Kostenträgers.

§ 7 Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zu überprüfen, ob der Versicherte eine Zuzahlung zu leisten hat oder ob eine Befreiung nach § 62 SGB V vorliegt.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V von dem Versicherten einzuziehen und diesem gegenüber zu quittieren. Die Quittung hat mindestens folgende Angaben zu enthalten:
 - Bezeichnung des Hilfsmittels / Produktgruppe
 - Zeitraum bzw. Versorgungsbeginn

- Grund der Zuzahlung: „gesetzl. Zuzahlung Hilfsmittel“
 - Datum, Stempel, Unterschrift (bei persönlicher Quittierung).
- (3) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse verringert sich um die Zuzahlung gemäß § 61 SGB V in Verbindung mit § 33 Absatz 8 SGB V.

§ 8 Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in der ihr geeignet erscheinenden Weise zu prüfen. Hierzu zählen insbesondere die Überprüfung auf medizinische Notwendigkeit der Leistung, Begutachtungen oder Beratung durch den MDK oder die Evaluation nach § 275 Abs. 3 SGB V. Um den Prozess der Evaluation zu beschleunigen, ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf Verlangen der Krankenkasse bzw. dem MDK den Einsatz sämtlicher Leistungen für die betreffenden Versicherten an den beauftragten MDK zu senden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Einsatz sämtlicher Produkte mit der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer zu dokumentieren.
- (2) Der Kostenträger kann die Qualität der Versorgungen in geeigneter Weise auch durch Betriebsstätten-Besichtigungen, überprüfen. Die Betriebsstätten-Besichtigung vor Ort kann unangemeldet erfolgen. Sie soll allerdings zu den Betriebszeiten des Leistungserbringers erfolgen. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte, die Einsichtnahme über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Der Kostenträger kann den MDK hinzuziehen. Darüber hinaus können seitens des Kostenträgers aktuelle Schulungsnachweise der entsprechend eingesetzten Produkte analog des MPG bzw. der MPBetreibV verlangt werden.
- (3) Der Kostenträger wird die Einhaltung des Vertrages, der Vertragsinhalte regelmäßig kontrollieren. Hierzu werden zum einen die Genehmigungsdaten regelmäßig geprüft, zum anderen werden die Abrechnungsdaten geprüft. Des Weiteren werden situationsbedingt Stichprobenprüfungen und Versichertenbefragungen durchgeführt. Bei Auffälligkeiten und Prüffeststellungen werden zwischen dem Kostenträger und dem Leistungserbringer Gespräche geführt, es werden beim Leistungserbringer schriftliche Stellungnahmen angefordert, es werden entsprechende Maßnahmen ergriffen.

§ 9 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungsstellung

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach § 302 SGB V und den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat derzeit folgende Bestandteile:
 - a. Abrechnungsdaten, u.a. Hilfsmittelpositionsnummer, Hilfsmittelkennzeichen, Preis gemäß Anlage 3, Menge der abgegebenen Leistungen
 - b. Diagnose / ICD- 10 Schlüssel (Kann-Feld)
 - c. Verordnungsblätter im Original
 - d. Empfangsbestätigungen der Versicherten oder bzw. die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer (txt-Segment/EHI)
 - e. ggf. Mehrkostenerklärung (Anlage 4)
 - f. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
 - g. Genehmigungskennzeichen.

- (2) Die Krankenkasse akzeptiert als Empfangsnachweis der Hilfsmittel auch die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. die Nummer des Abliefernachweises oder gleichwertiger Daten des beauftragten Versandunternehmens. Diese sind dann jeweils versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch Datensatz (txt-Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet die Aufbewahrung des elektronischen Abliefernachweises bzw. den Zugriff auf die entsprechenden Daten mindestens zwölf Monate sicherzustellen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Datum des Rechnungseinganges. Zur Durchführung stichprobenartiger Prüfungen sind der Krankenkasse die Lieferunterlagen (Kopie von Lieferschein und Abliefernachweis) auf Anforderung innerhalb angemessener Frist zur Verfügung zu stellen. Die damit verbundenen Kosten trägt der Leistungserbringer.

- (3) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 1 sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungsstellung im Original in der in den Richtlinien nach § 302 SGB V beschriebener Sortierreihenfolge an die von der Krankenkasse benannte Abrechnungsstelle zu liefern. Es ist möglich, eine Dauerverordnung für max. 12 Monate einzureichen. In diesem Fall wird zu Beginn der Abrechnung das Original der vertragsärztlichen Verordnung eingereicht und für die Folgemonate ist das Genehmigungskennzeichen der Genehmigung der Krankenkasse ausreichend.

- (4) Es werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen (bzw. des GKV-Spitzenverbandes) über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V.

- (5) Auf der Rechnung ist das Institutionskennzeichen (IK) anzugeben.

- (6) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den gemeinsamen Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Leistungserbringer mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (7) Bei Differenzen bzw. Beanstandungen der Abrechnungsunterlagen kann die Krankenkasse den Leistungserbringern die zu beanstandenden Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Ergibt sich bei einer Prüfung der Rechnungen des Leistungserbringers, dass die Bestimmungen dieses Vertrages nicht beachtet worden sind, so ist die Krankenkasse berechtigt, entsprechende Absetzungen von der Rechnung vorzunehmen. Dies sind insbesondere:
 - a. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - b. Doppelabrechnung
 - c. Versorgung 2 Leistungserbringer für den gleichen Zeitraum
 - d. Vollabrechnung des Leistungserbringers bei Teilgenehmigung
- (8) Rechnungen werden unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen ohne Abzug bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen und korrekten Datenlieferung bei der benannten Abrechnungsstelle der Krankenkasse. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird. Bei Differenzen oder Beanstandungen gem. Abs. 6 beginnt die Frist erst zu laufen, wenn die die Differenzen bzw. Beanstandungen bereinigt worden sind.
- (9) Rechnungsbeanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Der Leistungserbringer kann gegen eine Rechnungsbeanstandung innerhalb von sechs Monaten seine Einwände vortragen. Anderenfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (10) Forderungen aus Vertragsleistungen muss der Leistungserbringer bis zum Ablauf von zwölf Monaten erheben, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistung erfolgt ist.
- (11) Im Rahmen von Rechnungsprüfungen ist der Leistungserbringer nach Aufforderung durch die Krankenkasse verpflichtet, angeforderte Abrechnungsunterlagen, Aufzeichnungen über Versorgungen und Dokumentationen zur Aufklärung von Überzahlungen unverzüglich an diese zu übergeben. Dies schließt medizinische Dokumentationen aus, soweit diese dem Datenschutz unterliegen.

- (12) Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits zu Unrecht geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unter Geltendmachung des Rückzahlungsanspruchs unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Der Rückzahlungsanspruch ist innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung zu begleichen.
- (13) Der Leistungserbringer kann eine Abrechnungsstelle zur Abrechnung und Einziehung seiner Forderungen ermächtigen. Dazu ist der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorzulegen. Die Abrechnungsstelle reicht mit den Rechnungen die Originalrechnungsunterlagen ein. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihr ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vor Anweisung der Zahlung vorliegt. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Verletzt der Leistungserbringer oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle eine Pflicht aus diesem Vertrag, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle für den entstandenen Schaden als Gesamtschuldner. Fällige Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 10 Provisionen und sonstige Vorteilsgewährung

- (1) Der Leistungserbringer und dessen Personal verpflichten sich, keine Provisionen oder sonstige Vorteile oder Annehmlichkeiten von Lieferanten und externen Anbietern von Dienstleistungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung anzunehmen oder annehmen zu lassen.
- (2) Verlangt der Versicherte neben den von diesem Vertrag umfassenden Leistungen eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, sind in diesen Fällen der Kostenträger als Eigentümer der Hilfsmittel stets mit einzubinden und Wünsche der Versicherten und daraus entstehende Kosten / Mehrkosten dem Kostenträger detailliert offenzulegen. Erst nach dessen Zustimmung sind diese Versorgungsleistungen einzuleiten und entstehende Mehrkosten können dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (§ 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V).

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Leistungserbringer durch die Krankenkasse angehört. Im Anhörungsverfahren legt die Krankenkasse alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten wird nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung ausgesprochen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000 EUR festgesetzt werden. Zudem behält sich die Krankenkasse das Recht vor, gemäß § 15 Abs. 5 eine außerordentliche Kündigung auszusprechen und gemäß § 128 Abs. 3 SGB V den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Vertragsteilnahme auszuschließen. Nach Ablauf der Sperrfrist werden die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme, insbesondere die Eignung und Zuverlässigkeit des Leistungserbringers, erneut durch die Krankenkasse geprüft.
Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - c) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung
 - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - e) Aufnahme von Leistungen von Nichtvertragspartnern in die eigene Abrechnung
 - f) Verstöße nach § 128 SGB V
 - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Versorgungsstandards aus diesem Vertrag.
- (3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen.
- (4) Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V hat die Krankenkasse bzw. die Krankenkassenverbände die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht strafbarer Handlungen mit nicht geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

§ 12 Datenschutz/Bundesdatenschutzgesetz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich entsprechend der geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Einhaltung des Datenschutzes. Auf die §§ 27, 35 SGB I sowie §§ 276, 284, 294 und § 304 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X und die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wird hingewiesen.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe des BDSG nur im Rahmen der Weisungen der Krankenkasse zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben des Leistungserbringers gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen dem Personal bekannt sind, und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihnen übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu bewahren und vor der Einsichtnahme Dritter zu schützen.
- (5) Der Leistungserbringer haftet im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für Verstöße gegen den Datenschutz.
- (6) Der Leistungserbringer erklärt sich damit einverstanden, dass die Krankenkasse alle i. R. d. § 127 Abs. 5 SGB V erforderlichen Informationen bereitstellt.
- (7) Gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V legt der Leistungserbringer für den Fall der Prüfung, Begutachtung oder Stellungnahme dem MDK die versichertenbezogene Aufnahme- und Verlaufsdocumentation vor.

§ 13 Haftung und Gewährleistung

- (1) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle materiellen Schäden im gesetzlichen Rahmen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Dem Leistungserbringer obliegt gegenüber den Versicherten – insbesondere bei der Anpassung von Hilfsmitteln und bei der Einweisung – einer besonderen gesteigerten Sorgfaltspflicht.
- (4) Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die er, bzw. seine Mitarbeiter in Ausübung der beschriebenen Tätigkeit verursachen. Der Leistungserbringer stellt den Kostenträger von jeglicher Haftung gegenüber Versicherten oder Dritten frei. Kann ein Anpassungs- oder Einweisungsfehler infolge der Missachtung der besonderen Sorgfaltspflicht durch den Leistungserbringer bei einem Versicherten oder dem Kostenträger zu einem nachgewiesenen Schaden geführt haben, obliegt es im Einzelfall dem Leistungserbringer, das Fehlen der haftungsbegründenden Kausalität zu beweisen. Sofern ein in einem solchen Fall Geschädigter den Kostenträger in Anspruch nehmen will, kann ihm dieser unter Hinweis auf den Leistungserbringer gegenüber bestehendem Freistellungsanspruch, sowie unter Hinweis auf diese Beweiserleichterung vorschlagen, den Leistungserbringer direkt in Anspruch zu nehmen.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, zur Absicherung dieser Schadensrisiken eine Haftpflichtversicherung in angemessener Höhe abzuschließen, zu unterhalten und auf Anforderung dem Kostenträger nachzuweisen.
- (6) Der Servicepartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Qualität, Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der abgegebenen Hilfsmittel sowie deren Zubehör bei Auslieferung.

§ 14 Organisationskontrolle und Kontrolle durch die Aufsichtsbehörde

- (1) Der Kostenträger hat das Recht die Geschäftsräume, in denen der Servicepartner die Aufgaben oder Hilfsgeschäfte wahrnimmt, jederzeit zu betreten.
- (2) Der Kostenträger kann jederzeit von dem Servicepartner bzw. seinem Personal Unterlagen oder Auskünfte fordern, die er für eine eigene Kontrolle sowie zur Vorlage gegenüber der Rechtsaufsicht benötigt. Insofern verpflichtet sich der Servicepartner zu einer Mitwirkung.
- (3) Der Kostenträger hat das Recht unter Umständen auf die elektronische Datenverarbeitung des Servicepartners zurückzugreifen, sofern dies für seine Prüfung erforderlich ist.
- (4) Der Aufsichtsbehörde steht jederzeit die Möglichkeit, die Durchführung der Aufgaben zu prüfen. Insbesondere werden die Rechte der Aufsichtsbehörde durch die in dieser Vereinbarung geregelten Aufgabenübertragung nicht beschränkt.
- (5) Der Prüfdienst nach § 274 SGB X ist ferner dazu befugt, unter Umständen auf die elektronische Datenverarbeitung des Servicepartners zurückzugreifen, sofern dies für seine Prüfung erforderlich ist.
- (6) Der Servicepartner muss dafür Sorge tragen, dass der Prüfdienst nach § 274 SGB X alle notwendigen Auskünfte und Unterlagen erhält.

§ 15 Schlussbestimmungen

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, unterschiedliche Auffassungen bei der Anwendung dieses Vertrages einvernehmlich zu klären.
- (2) Falls einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sind oder unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Rechtsunwirksame Bestimmungen sollen einvernehmlich durch die Vertragsparteien, soweit irgend möglich, durch wirksame Bestimmungen ersetzt werden, die zum gleichen, ähnlichen oder nächstgelegenen Ergebnis der unwirksamen Bestimmung führen. Entsprechend verfahren wird, wenn sich bei Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.

- (3) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Ein Verzicht auf das Schriftformerfordernis kann ebenfalls nur schriftlich vereinbart werden.
- (4) Der Gerichtsstand ist Ludwigsburg.

§ 16 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2020 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals jedoch zum 31.12.2023 gekündigt werden.
- (2) Der Vertrag kann von den beigetretenen Leistungserbringern jeweils nach Maßgabe des Abs. 1 Satz 2 gekündigt werden. Die Kündigung hat gegenüber der erstunterzeichnenden Krankenkasse zu erfolgen.
- (3) Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem beigetretenen Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer.
- (4) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.
- (5) Das Recht der Vertragsparteien, diesen Vertrag aus wichtigem Grund außerordentlich und fristlos zu kündigen, bleibt unberührt. Ein zur außerordentlichen Kündigung berechtigender wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
 - eine der Vertragsparteien schuldhaft gegen ihm obliegende wesentliche vertragliche Verpflichtungen verstoßen hat und den Verstoß trotz Abmahnung mit angemessener Fristsetzung nicht innerhalb der gesetzten Frist abstellt oder wiederholt. Einer vorherigen Abmahnung bedarf es jedoch nicht, wenn die andere Partei die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert oder besondere Umstände vorliegen, die unter Abwägung der Interessen beider Vertragsparteien die sofortige Kündigung aus wichtigem Grund rechtfertigen.
 - die jeweils andere Vertragspartei zahlungsunfähig (§ 17 InsO), drohend zahlungsunfähig (§ 18 InsO) und/oder überschuldet (§ 19 InsO) ist, die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt wird oder wenn ein wesentlicher Vermögensgegenstand der jeweils anderen Partei Gegenstand von Maßnahmen der Einzelzwangsvollstreckung ist;
 - die jeweils andere Vertragspartei ihre Geschäftstätigkeit tatsächlich einstellt,

- die für den Kostenträger zuständige Aufsichtsbehörde die Beendigung des Vertrages fordert,
- durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch höhere behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Erreichung der angestrebten Ziele dieses Vertrages für die Vertragspartner unmöglich oder untersagt wird,
- der Kostenträger mit einer anderen Krankenkasse fusioniert.

(6) Jede Kündigung bedarf der Schriftform.

Ludwigsburg, den

mhplus Krankenkasse
Dr. Oliver Gapp
Unternehmensbereichsleiter
Versorgung und Gesundheitsökonomie

Anlage I - Produktdefinition

Für den Wiedereinsatz geeignet sind folgende Produktgruppen entsprechend Hilfsmittelverzeichnis, diese Hilfsmittel können durch den Leistungserbringer wiedereingesetzt werden und unterliegen somit diesem Vertrag.

Hilfsmittelpositions-Nr.	Produktgruppen Abholung Stand 10/2019
01.24.01.xxxx	Absauggeräte netzabhängig
01.24.02.xxxx	Absauggeräte mobil
01.24.03.xxxx	Absauggeräte mit Inhalator netzabhängig
01.24.04.xxxx	Absauggeräte mit Inhalator mobil
02.40.07.20xx	Adaptionshilfen Umblättergerät
04.40.01.0000 - 3999	Badewannenlifter
04.40.02.1000 - 3999	Badewannensitze
04.40.03.0000 - 5999	Duschhilfen
04.40.04.1000 - 1999	Badeliegen
06.30.01.1000 - 1999	UV Punktbestrahlungsgeräte
07.99.01.0000 - 3999	Blindenhilfsmittel Systeme Schriftumwandlung geschlossen
07.99.02.0000 - 0999	Blindenhilfsmittel Systeme Schriftumwandlung offen
07.99.01.2000 - 2999	Blindenhilfsmittel Sprachausgabe
07.99.03.0000 - 4999	Zubehör Blindenhilfsmittel
07.99.04.0000 - 3999	Blindenhilfsmittel Spezial
10.46.02.0000 - 3999	Gehgestelle
10.46.03.0000 - 0999	Gehübungsgeräte
10.50.04.1000 - 1999	Rollatoren
10.99.02.0000 - 0999	Sonstige Gehhilfen
11.29.01. - 11.29.12.xxxx	Hilfsmittel gegen Dekubitus Ganzkörper
11.39.01 - 11.39.04	Hilfsmittel gegen Dekubitus Gesäß
14.24.04.0000 - 3999	Sauerstofftherapiegeräte
14.24.04.6000 - 8999	Sauerstofftherapiegeräte
14.24.05.0000 - 0999	Sauerstoff Druckminderer
14.24.05.4000 - 5999	Sauerstofftherapiegeräte Sparsysteme
14.24.05.7000 - 8999	Sauerstofftherapiegeräte mit Überwachung
14.24.08.2000 - 2999	Atemtherapie Abklopf/ Vibration

14.24.09.x - 14.24.25.6x	Beatmungsgeräte und sonstige Atemtherapie-Geräte / Zubehör
16.99.xx.xxxx	Kommunikationshilfen
17.99.01.xxxx	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
17.99.02.xxxx	Hilfsmittel zur Impuls Kompressionstherapie
18.xx.xx.xxxx	Kranken / Behindertenfahrzeuge
19.40.01.xxxx	Krankenpflegeartikel / Betten
19.40.02.xxxx	Krankenpflegeartikel / Zubehör
19.40.03.xxxx	Krankenpflegeartikel / Einlegerahmen
20.29.xx.xxxx	Lagerungshilfen
21.30.01.xxxx	Überwachungsgeräte Vital Kind
21.30.02.xxxx	Messgeräte Körperfunktionen / Überwachungsgeräte
21.34.01.1000 - 1999	Messgeräte Koagulation
22.xx.xx.xxxx	Mobilitätshilfen
25.21.85.0000 - 0999	elektronische Sehhilfen
26.11.xx.xxxx	Sitzhilfen
26.46.02.xxxx	Sitzhilfen Innenraum
26.99.01.xxxx	Fahrgestelle Sitzschalen
26.99.02.xxxx	Zubehör Sitzschalen
28.xx.xx.xxxx	Stehhilfen
32.06.01.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Beintrainer
32.10.01.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Armtrainer
32.29.xx.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Ganzkörper
33.40.01.4000 - 4999	Toilettensitze Kinder
33.40.02.xxxx	Toilettenstützgestelle
33.40.03.0000 - 1999	Toilettensaufstehhilfen
33.40.04.xxxx	Toilettenstühle
50.45.xx.xxxx	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung / PflegeRS etc.
51.45.xx.xxxx	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Waschsysteme etc.

Anlage II - Honorar und Leistungstabelle

Wiedereinsatzpauschalen:

Die Wiedereinsatzpauschale beinhaltet die nachfolgenden zu erbringenden Dienstleistungen: Reinigung und Desinfektion der Hilfsmittel (unter Berücksichtigung von Besonderheiten und gesonderter Hygienevorschriften), bundesweite Anlieferung und Einweisung der Hilfsmittel in den Gebrauch. Anfallende und erforderliche Reparaturen und bedarfsgerechte Zurüstungen im Zusammenhang mit dem Wiedereinsatz, werden nach Aufwand berechnet. Auf Zurüstungen und durchgeführte Reparaturen (z.B.: ausgetauschtes Bedienteil, Antriebseinheit, etc.) gelten die üblichen Garantien und Gewährleistungen des Herstellers. Nicht in der Wiedereinsatzpauschale inbegriffen sind Wartungen gemäß Herstellerangaben (nach MPG / Betreiberverordnung) oder Reparaturen aufgrund falscher Anwendung oder mutwilliger Zerstörung.

1. Für die Anpassung und die Auslieferung wird nur eigenes, geschultes Fachpersonal eingesetzt, das mindestens über eine 2-jährige Berufserfahrung in diesem Bereich und über Schulungen der Hersteller verfügt oder Mitarbeiter, die aus Heilberufen kommen (z. B. Krankenschwester, Krankenpfleger, Arzthelferin, usw.).
2. Die notwendigen Wartungen und Sicherheits-Technische-Kontrollen (STK) der Hilfsmittel werden im Rahmen des Medizin-Produkte-Gesetzes (MPG) vom Leistungserbringer EDV-technisch überwacht und nach Herstellerangaben durchgeführt. Die Wartungen werden zum Teil pauschal berechnet.
3. Werden innerhalb des 6-monatigen Gewährleistungszeitraums Reparaturen an Zurüstungen und / oder durchgeführten Reparaturen des Hilfsmittels (getauschten Bauteilen) notwendig, und die Defekte sind nicht aufgrund mutwilliger Zerstörung zurückzuführen, werden diese für den Kostenträger kostenfrei durchgeführt. Alle Reparaturen nach Ablauf des 6-monatigen Gewährleistungszeitraums werden nach Aufwand berechnet. Bei umfangreichen Reparaturen, die nicht direkt vor Ort durchgeführt werden können, stellt der Leistungserbringer im Bedarfsfall dem Versicherten ein Leihhilfsmittel für die Dauer der Reparatur zur Verfügung. Hierfür werden marktübliche Mietgebühren berechnet. Diese sind im Vorfeld durch den Kostenträger zu prüfen und zu genehmigen.
4. Die Kosten für den Wiedereinsatz setzen sich zusammen aus der Pauschale und den ggf. notwendigen Reparaturen und Zurüstungen je nach Aufwand.
5. Auf die angegebenen Preise wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz hinzugerechnet.

Wiedereinsatzpauschalen		
HMKZ	Bezeichnung	Betrag EUR Netto
02	Wiedereinsatzpauschale für kleinere Hilfsmittel inkl. 6 Monate Garantie auf die durchgeführten Reparaturen	51,12
02	Wiedereinsatzpauschale für größere Hilfsmittel inkl. 6 Monate Garantie auf die durchgeführten Reparaturen	98,82
02	Arbeitswert (1 AW = 10 Min, 6 AW = 1 Stunde)	5,88
z.B. 12 für Zubehör	Ersatzteile / Zurüstungen werden separat nach Aufwand berechnet	KVA

Hilfsmittelpositions-Nr.	Bezeichnung	Preis Netto
01.24.01.xxxx	Absauggeräte netzabhängig	51,12 €
01.24.02.xxxx	Absauggeräte mobil	51,12 €
01.24.03.xxxx	Absauggeräte mit Inhalator netzabhängig	51,12 €
01.24.04.xxxx	Absauggeräte mit Inhalator mobil	51,12 €
02.40.07.20xx	Adaptionshilfen Umblättermittel	98,82 €
04.40.01.0000 - 3999	Badewannenlifter	51,12 €
04.40.02.1000 - 3999	Badewannensitze	51,12 €
04.40.03.0000 - 5999	Duschhilfen	51,12 €
04.40.04.1000 - 1999	Badeliegen	98,82 €
04.40.05.xxxx	Sicherheitsgriffe u. Aufrichthilfen	51,12 €
06.30.01.1000 - 1999	UV Punktbestrahlungsgeräte	51,12 €
07.99.01.0000 - 3999	Blindenhilfsmittel Systeme Schriftumwandlung geschlossen	98,82 €
07.99.02.0000 - 0999	Blindenhilfsmittel Systeme Schriftumwandlung offen	98,82 €
07.99.01.2000 - 2999	Blindenhilfsmittel Sprachausgabe	98,82 €
07.99.03.0000 - 4999	Zubehör Blindenhilfsmittel	51,12 €
07.99.04.0000 - 3999	Blindenhilfsmittel Spezial	98,82 €
10.46.02.0000 - 3999	Gehwagen	98,82 €
10.46.04.0000 - 0999	Gehübungsggeräte	98,82 €
10.50.04.1000 - 1999	Rollatoren (XL / XXL / sonst. Sonderheiten)	51,12 €
10.50.05.xxxx	Fahrbare Gehhilfen mit Rollstuhlfunktion	98,82 €
10.99.02.0000 - 0999	Sonstige Gehhilfen	98,82 €
11.29.01. - 11.29.12.	Hilfsmittel gegen Dekubitus Ganzkörper	98,82 €
11.39.01 - 11.39.04	Hilfsmittel gegen Dekubitus Gesäß	51,12 €
14.24.04.0000 - 3999	Sauerstofftherapiegeräte	98,82 €
14.24.04.6000 - 8999	Sauerstofftherapiegeräte	98,82 €
14.24.05.0000 - 0999	Sauerstoff Druckminderer	51,12 €
14.24.05.4000 - 5999	Sauerstofftherapiegeräte Sparsysteme	98,82 €
14.24.05.7000 - 8999	Sauerstofftherapiegeräte mit Überwachung	98,82 €
14.24.08.2000 - 2999	Atemtherapie Abklopf/ Vibration	98,82 €
14.24.09.x - 14.24.25.6x	Beatmungsgeräte und sonstige Atemtherapie-Geräte / Zubehör	98,82 €

16.99.xx.xxxx	Kommunikationshilfen	98,82 €
17.99.01.xxxx	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	98,82 €
17.99.02.xxxx	Hilfsmittel zur Impuls Kompressionstherapie	98,82 €
18.46.02.0	Toilettenrollstuhl	51,12 €
18.46.02.1	Toilettenrollstuhl XL	51,12 €
18.46.03.0	Dusch-Schieberrollstuhl mit Greifreifen	98,82 €
18.46.03.1	Dusch-Schieberrollstuhl	51,12 €
18.46.04.0	Rollstuhl mit Einarmhandantrieb/ Greifreifen/Doppelgreifrei- fen	98,82 €
18.46.04.2	Rollstuhl mit Einarmhandantrieb	98,82 €
18.46.05.0	Elektrollstuhl Standard	98,82 €
18.50.02.0	Standardrollstuhl	51,12 €
18.50.02.2	Leichtgewichtrollstuhl	51,12 €
18.50.03.0	Adaptivrollstuhl	98,82 €
18.50.03.1	Adaptivrollstuhl Kinder	98,82 €
18.50.04.0	Elektrollstuhl indirekter Lenkung	98,82 €
18.50.04.1	Elektrollstuhl direkter elektr. Lenkung	98,82 €
18.50.04.2	Elektrollstuhl direkter manueller Lenkung	98,82 €
18.50.05.1	Elektrollstuhl mit multifunktioneller Sitzeinheit für Kinder	98,82 €
18.50.02.7	Multifunktionsrollstuhl	98,82 €
18.51.05.1	Elektromobil	98,82 €
18.51.01.0	Rollstuhl mit Hebelantrieb große Räder vorne	98,82 €
18.51.01.1	Rollstuhl mit Hebelantrieb große Räder hinten	98,82 €
18.51.01.2	Rollstuhl mit Hebelantrieb für Kinder	98,82 €
18.51.04.0	Vorspann/Einhändefahrrad mit Handkurbelantrieb für Kin- der	98,82 €
18.65.01.1	Treppensteiger	98,82 €
18.99.01.1	Buggys	98,82 €
18.99.01.2	Reha-Karren	98,82 €
18.99.02.1	Spezialrollstühle zur aktiven Nutzung durch Kinder	98,82 €
18.99.03.0	Greifreifenrollstuhl mit manuell betriebener Stehvorrichtung	98,82 €
18.99.03.1	Greifreifenrollstuhl mit motorisch betriebener Stehvorrich- tung	98,82 €
18.99.03.2	E-Rollstuhl mit motorisch betriebener Stehvorrichtung	98,82 €
18.99.04	Rollstuhlzug/-schubgerät	98,82 €
18.99.05.2	Rollstuhlaufsteckantriebe, Radnabenantriebe	98,82 €
18.99.06.1	E-Rollstuhl mit motorisch betriebener Hubvorrichtung	98,82 €
18.99.06.2	Greifreifenrollstuhl mit motorisch betriebener Hubvorrich- tung	98,82 €
18.99.07	Behindertengerechte Sitzelemente	98,82 €
PG 18	Sonstige hier nicht genannte Produkte	98,82 €
19.40.01.xxxx	Krankenpflegeartikel / Betten	98,82 €
19.40.02.xxxx	Krankenpflegeartikel / Zubehör	51,12 €
19.40.03.xxxx	Krankenpflegeartikel / Einlegerahmen	98,82 €
20.29.xx.xxxx	Lagerungshilfen	51,12 €

21.30.01.xxxx	Überwachungsgeräte Vital Kind	98,82 €
21.30.02.xxxx	Messgeräte Körperfunktionen / Überwachungsgeräte	98,82 €
21.34.01.1000 - 1999	Messgeräte Koagulation	51,12 €
22.xx.xx.xxxx	Mobilitätshilfen	51,12 €
25.21.85.xxxx	Sehhilfen /Bildschirmlesegeräte	98,82 €
26.11.xx.xxxx	Sitzhilfen	98,82 €
26.46.02.xxxx	Sitzhilfen Innenraum	98,82 €
26.99.01.xxxx	Fahrgestelle Sitzschalen	98,82 €
26.99.02.xxxx	Zubehör Sitzschalen	51,12 €
28.xx.xx.xxxx	Stehhilfen	98,82 €
32.06.01.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Beintrainer	98,82 €
32.10.01.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Armtrainer	98,82 €
32.29.xx.xxxx	Therapeutische Bewegungsgeräte / Ganzkörper	98,82 €
33.40.01.4000 - 4999	Toilettensitze Kinder	51,12 €
33.40.02.xxxx	Toilettenstützgestelle	51,12 €
33.40.03.0000 - 1999	Toilettensaufstehhilfen	98,82 €
33.40.04.xxxx	Toilettenstühle	51,12 €
50.45.xx.xxxx	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung / PflegeRS ect.	98,82 €
51.45.xx.xxxx	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Waschsysteme ect.	98,82 €

Wartungen / Wartungspauschalen		
Für viele Hilfsmittel müssen aufgrund des Medizin-Produkte-Gesetzes (MPG) Wartungen durchgeführt werden. Somit fallen die folgenden Kosten zusätzlich an. Die Wartung wird nach Herstellerangaben durchgeführt (MPG-Richtlinie), einschließlich Sicherheits-Technischen-Kontrolle (STK). Diese Pauschalen beinhalten die Anfahrt und die Arbeitszeit. Die evtl. benötigten Ersatzteile werden nach Aufwand in Rechnung gestellt.		
HMKZ	Bezeichnung	Betrag EUR Netto
14	Wartung Sauerstoffkonzentrator und Sauerstoff-Spar-System	121,85
14	Wartung Absauggerät mit STK Prüfung	121,85
14	Wartung Atemgasbefeuchter mit STK Prüfung	121,85
14	Wartung Infusionspumpe mit STK Prüfung	142,86
14	Wartung Pulsoxymeter mit STK Prüfung	205,89
14	Wartung Treppensteiggerät mit STK Prüfung (Pflegekasse)	210,09
14	Wartung Ultraschallvernebler mit STK Prüfung	121,85
14	Wartung Pflegebett mit STK Prüfung, wenn außerhalb der Pauschale des Kostenträgers	121,85
14	Wartung Einlegerahmen mit STK Prüfung, wenn außerhalb der Pauschale des Kostenträgers	121,85
14	Wartung elektrische Schiebehilfe mit STK Prüfung	205,89
14	Wartung elektrischer Zusatzantrieb mit STK Prüfung	205,89
14	Wartung Elektrorollstuhl / Scooter mit STK Prüfung	205,89
14	STK-Sicherheitstechnische Kontrolle	84,03
14	Technischer Service komplette Kontrolle	151,26

Für alle übrigen Medizinprodukte, die nicht in Wartungspauschalen geregelt sind erfolgt die Kostenberechnung für Wartungen nach Aufwand.

Wartungen individuell nach Aufwand		
Wartungen für Medizinprodukte, die nicht in Wartungspauschalen geregelt sind und die ebenfalls gemäß Medizin-Produkte-Gesetzes (MPG) durchgeführt werden müssen, erfolgt die Kostenberechnung individuell nach Aufwand.		
HMKZ	Bezeichnung	Betrag EUR Netto
14	Wartung von Medizinprodukten individuell nach Aufwand	KVA

Kassenübergreifender Wiedereinsatz		
<p>Beim kassenübergreifenden Wiedereinsatz werden Hilfsmittel zwischen den Kostenträgern mit Kostenausgleich (richtet sich nach Beschaffenheit und dem Zeitwert des jeweiligen Medizinproduktes) vermittelt und in das Eigentum des übernehmenden Kostenträgers übertragen. Gleichzeitig werden diese Hilfsmittel für den übernehmenden Kostenträger in den Wiedereinsatz gebracht. Abwicklung und Kostenausgleich erfolgen durch den Leistungserbringer. Der individuelle Zeitwert der Medizinprodukte wird zusätzlich zum Wiedereinsatz in Rechnung gestellt. Der Kostenträger muss dem Kassenübergreifenden Wiedereinsatz zustimmen.</p>		
		Betrag EUR Netto
HMKZ	Bezeichnung	
02	Kassenübergreifender Wiedereinsatz KÜW	KVA

Reparaturen		
<p>Die Reparaturen werden innerhalb des Gewährleistungszeitraums für den Kostenträger kostenfrei durchgeführt. Reparaturen werden separat berechnet bei allen Hilfsmitteln, bei denen der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist. Das zu reparierende Hilfsmittel (10-steller) ist anzugeben.</p>		
		Betrag EUR Netto
HMKZ	Bezeichnung	
01	Anfahrtpauschale	32,77
01	Arbeitswert (1 AW = 10 Min, 6 AW = 1 Stunde)	5,88
01 / 12	Ersatzteile / Zurüstungen werden separat nach Aufwand berechnet	KVA
01	Leihgeräte werden separat nach Aufwand / Zeitfenster berechnet und sind durch den Kostenträger zustimmungspflichtig	KVA

Notdienst		
<p>Die Notdienstpauschale wird berechnet bei lebenserhaltenden Geräten der Medizintechnik oder anderen Hilfsmitteln, bei denen eine unverzügliche Reparatur oder Überprüfung vor Ort notwendig ist. Die Pauschale wird zusätzlich berechnet in der Zeit von 17:00 Uhr bis 8:00 Uhr, an Samstagen und an Sonn- und Feiertagen und gilt bundesweit einheitlich.</p>		
		Betrag EUR Netto
HMKZ	Bezeichnung	
01	Notdienstpauschale	250,00

Anlage III - Beitrittserklärung für Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für den Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V zur Versorgung der Versicherten im Rahmen des Wiedereinsatzes. (Wiedereinsatz-Vertrag)

Es können nur Leistungserbringer am o. g. Vertrag teilnehmen, die die Voraussetzungen nach § 126 SGB V für die entsprechenden Produkte erfüllen. Die „Beitrittserklärung für Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V“ ist daher in Verbindung mit den unter „Beitrittsvoraussetzungen“ benannten Nachweisen **für jede am Vertrag teilnehmende Betriebsstätte** auszufüllen und unter folgender Postanschrift einzureichen:

mhplus Krankenkasse
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg

Abrechnungskennzeichen Tariffkennzeichen (AC / TK) 19 99 500			
Beitrittsvoraussetzungen (in Kopie)			
Beschreibung	Erläuterung		
Präqualifizierung nach § 126 SGB V	über die Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen des Wiedereinsatzes, zu jeder relevanten Produktgruppe entsprechend Anlage I – die entsprechenden Versorgungsbereiche müssen für jede Betriebsstätte vorliegen und nachgewiesen werden.		
Zertifizierung	<ul style="list-style-type: none"> ○ DIN EN ISO 13485 oder ○ DIN EN ISO 13488 oder ○ DIN ISO 9001 Bitte entsprechende Zertifikate in Kopie vorlegen.		
Kontaktdaten (Veröffentlichung) ¹			
Firma			
Institutionskennzeichen			
Rechtsform			
vertretungsberechtigte Person ^{2, 3, 4, 5}			
Anschrift	Straße, Haus Nr.		
	PLZ		Ort
Telefon		Fax	
Telefonnummer Servicehotline			
E-Mail			

¹ Bitte wenn zutreffend, die Kästchen ankreuzen und mit Druckschrift schreiben.

² Bei Einzelfirmen Unterschrift des Betriebsinhabers.

³ Bei Filialbetrieben Unterschrift des Betriebsinhabers und des Betriebsleiters.

⁴ Bei Personengesellschaften Unterschrift des persönlich haftenden Gesellschafters mit fachlicher Qualifikation.

⁵ Bei juristischen Personen Unterschrift des Vertretungsberechtigten und des technischen Betriebsleiters mit fachlicher Qualifikation.

Erklärung des Leistungserbringers	
Mir liegt der Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V „Wiedereinsatz-Vertrag“ vor.	
Ich erkenne hiermit alle Inhalte des Vertrages nebst seiner Anlagen für die vorgenannte Betriebsstätte an.	
Durch die Teilnahme am Wiedereinsatzvertrag des Kostenträgers werde ich – um Interessenskonflikte zu vermeiden – keine Neuversorgungen für Versicherte des Kostenträgers in den genannten Produktbereichen durchführen. Mit Beitritt zu diesem Vertrag endet ein ggf. bestehender Beitritt zum mhplus RehaHilfsmittelvertrag zur Vermeidung von Interessenskonflikten.	
Ich versichere, dass seit Ausstellung der Präqualifizierung für die vorgenannte Betriebsstätte keine Änderungen der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse eingetreten sind, die eine Vertragsteilnahme nach § 127 Abs. 2 SGB V unwirksam werden lässt.	
Ich versichere, meine Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden über die gesamte Vertragslaufzeit aufrecht zu halten.	
Ich bin darüber informiert, dass bei falschen oder unzutreffenden Angaben die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V nicht erfüllt sind und damit die Grundlage des nachfolgenden Vertragsschlusses gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für die aufgeführte Betriebsstätte (sowohl für erstmalige Prüfungen als auch für Prüfungen infolge von Sachverhaltsveränderungen) entfällt.	
Ich versichere, Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards und insbesondere die personellen Anforderungen gemäß des Vertrages zu erfüllen.	
Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.	
Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und/oder Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich den Änderungen und/oder Ergänzungen nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerspreche. Erfolgt ein fristgerechter Widerspruch, endet der Beitritt und damit die Versorgungsberechtigung.	
Ansprechpartner für den Kostenträger bei Beschwerden:	Telefon: E-Mail:
Ansprechpartner für den Kostenträger zum Berichtswesen/Controlling:	Telefon: E-Mail:
Ort/ Datum:	Stempel der Betriebsstätte:
Unterschrift der vertretungsberechtigten Person	

Anlage IV - Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung

mhplus Krankenkasse

eGK Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

MIP-Beleg Nummer:

Stichwort:	
Bemerkungen:	

ID-Nummer	Hilfsmittelbeschreibung	
	Hilfsmittelnummer	Seriennummer, Baujahr
Zubehör:		

Das Hilfsmittel wurde in einwandfreiem sowie ordnungsgemäßem Zustand übergeben und mir/uns mit einer Einweisungszeit von _____ Minuten erklärt.
Die Zuzahlung i.H.v. _____ EUR

wurde bar bezahlt wird überwiesen Versicherter ist befreit.

Das Merkblatt zur Datenerhebung nach Art. 13 Abs. 1 DSGVO nehme ich zur Kenntnis und wurde mir in Papierform übergeben. Es ist zusätzlich jederzeit im Internet unter "*Homepage des Leistungserbringers (Link/ Pfad)*" abrufbar.

Bemerkungen:

Datum:	Unterschrift:
Datum, Uhrzeit:	Unterschrift Fahrer:

mhplus Krankenkasse

eGK Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung

Stichwort:	
Bemerkungen:	

Der oben genannte Kostenträger überträgt dem Versicherten als Leistung das (die) angegebene(n) Hilfsmittel.

Eine Bedienungsanleitung mit Hinweisen zu Gefahren und zur Wartung bzw. Instandhaltung habe ich erhalten. In den Gebrauch des Hilfsmittels wurde ich eingewiesen. Auf Gefahren und den sachgemäßen Umgang wurde ich hingewiesen. Ich erkläre nunmehr, dass das Hilfsmittel in hygienisch und technisch einwandfreiem Zustand ist. Ich verpflichte mich, das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern. Bei Beschädigung durch Dritte ist dem Leistungserbringer und dem Kostenträger unverzüglich ein Schadenprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln.

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum der mhplus. Bei Diebstahl ist eine Kopie der polizeilichen Anzeige und der Schadensmeldung für die Hausratversicherung beim Eigentümer des Hilfsmittels einzureichen. Sobald das Hilfsmittel nicht mehr benötigt wird oder die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel sofort an den Leistungserbringer zurückzugeben, bzw. die Abholung des Hilfsmittels zu veranlassen.

Das leihweise überlassene Hilfsmittel darf nicht an Dritte verliehen, verpfändet oder sonst irgendwie weitergegeben werden. Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind dem Leistungserbringer unverzüglich anzuzeigen. Die Hilfsmittel sind dem Leistungserbringer zur Reparatur zu überlassen. Eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, der Leistungserbringer hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt. Sollten Schäden verursacht werden, die auf (grobe) Fahrlässigkeit zurückzuführen sind, müssen diese Schäden auf eigene Rechnung sofort beseitigt werden.

Ich erkläre mit den überlassenen Hilfsmitteln sorgsam umzugehen, diese entsprechend den Herstellervorgaben zu pflegen und zu reinigen, so wie vor unsachgemäßen Einflüssen zu schützen, zum Beispiel sichere Unterstellmöglichkeit von Rollstühlen. Des Weiteren erkläre ich ggf. notwendige Akkus sachgerecht zu laden und zu entladen, damit eine möglichst große Effektivität entsteht. Das Tiefentladen von Akkus wird vermieden. Eine Abschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum, Unterschrift