Vertrag

über die Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

**mhplus Krankenkasse
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg**

- im Folgenden Kostenträger genannt –

und der

**XXX
XXX
XXX**

- im Folgenden Leistungserbringer genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19.99.141

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen / Mitteilungspflichten	3
§ 4 Qualität der Versorgung	5
§ 5 Abgabe und Umfang der Leistungen	5
§ 6 Ärztliche Verordnung	9
§ 7 Kostenvoranschlag, Genehmigung	10
§ 8 Versorgungsablauf	11
§ 9 Notwendige Änderungen in der Versorgung (Umversorgung)	13
§ 10 Vergütung	14
§ 11 Zuzahlung und Quittung	14
§ 12 Abrechnung	15
§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz	18
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit Dritten	19
§ 15 Datenschutz	20
§ 16 Überprüfung der Leistungserbringung	22
§ 17 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsverstöße, Regressverfahren	23
§ 18 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung	24
§ 19 Sonderkündigungsrecht bei Fusion	25
§ 20 Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel	25
Anlage 1: Vergütungsvereinbarung	27
Anlage 2: Zubehör und Verbrauchsmaterial	28
Anlage 3: Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels	30
Anlage 4: Patienteninformation	31
Anlage 5: Erklärung zur Weiterversorgung	32
Anlage 6: Beendigungsanzeige	33
Anlage 7: Mehrkostenerklärung	34

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten des Kostenträgers oder diesem Vertrag beigetretenen Kostenträgern sowie aller durch diese Kostenträger betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) nach § 33 i.V.m. § 127 Abs. 2 SGB V mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen der Produktuntergruppen 14.24.20-14.24.25 Zubehör und Verbrauchsmaterial (14.99.99) - im nachfolgenden Hilfsmittel genannt - sowie sämtlicher damit zusammenhängender und in Verbindung stehender Dienst- und Serviceleistungen (erforderliche Reparaturen, sicherheitstechnische Kontrollen, Wartungen) auf der Basis von Versorgungspauschalen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage 1	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2	Zubehör und Verbrauchsmaterial
Anlage 3	Empfangsbestätigung
Anlage 4	Patienteninformation
Anlage 5	Erklärung zur Weiterversorgung
Anlage 6	Beendigungsanzeige
Anlage 7	Mehrkostenerklärung des Versicherten
- (3) Die Verwendung der Anlagen 3-7 dient der Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen Vertragspartnern und dem Kostenträger. Die Anlagen 3-7 können in ihrem Layout, von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein; inhaltliche Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für die mhplus und für den Leistungserbringer. Er umfasst die Versorgung aller mhplus Versicherten sowie aller durch die mhplus betreuten Anspruchsberechtigten.

Der Leistungserbringer stellt die Versorgung der Versicherten, insbesondere die Beratung und Betreuung vor Ort am Wohnort des Patienten bzw. an dessen Aufenthaltsort, bundesweit sicher.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen / Mitteilungspflichten

- (1) Der Vertragspartner hat sicherzustellen, dass er die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) in der jeweils gültigen Fassung erfüllt.

- (2) Am Vertrag teilnehmende Verbände prüfen das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag gemäß Abs. 1 für ihre Mitglieder und stellen dem Kostenträger eine Vertragspartnerliste zur Verfügung. Diese Übersicht wird jeweils am Anfang eines Kalendermonats in einem von den Krankenkassen vorgegebenen Format allen am Vertrag teilnehmenden Kostenträgern zur Verfügung gestellt. Sie enthält mindestens die Namen und Anschriften der Betriebsstätten, das Institutionskennzeichen der Betriebsstätten, Vor- und Zuname des fachlichen Leiters, Kontaktdaten für Versicherte und Krankenkassen (Telefon, Fax, Mailadresse), Vertrags-Beitritts-Datum, das Versorgungsgebiet nach Postleitzahlen sowie ggf. das Institutionskennzeichen des Hauptbetriebes.
- (3) Der Vertragspartner hat das Vorliegen der vorgenannten Anforderungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Jeder Filialbetrieb des Vertragspartners hat die vorgenannten Anforderungen gleichermaßen zu erfüllen und nachzuweisen. Jegliche Änderungen, welche die Sicherstellung der technischen, personellen und fachlichen Voraussetzungen in Frage stellen, oder Änderungen die Eignung betreffend, sind dem Kostenträger unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bzw. eines Widerrufs der Beitrittsbestätigung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr im erforderlichen Umfang erfüllt ist. Die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen endet ebenso automatisch bei Tod des Leistungserbringers. In begründeten Einzelfällen können sich die Vertragspartner über abweichende Regelungen schriftlich verständigen.
- (5) Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber den Versicherten. Hierdurch zu Unrecht erhaltene Vergütungen sind dem Kostenträger innerhalb von 4 Wochen auch ohne Aufforderung zu erstatten.
- (6) Der Vertragspartner hält die zur Versorgung medizinisch notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung der regelmäßig benötigten Ersatz- und Zubehörteile sowie von Verbrauchsmaterial.
- (7) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl Fachkräfte zur direkten persönlichen produktbezogenen Einweisung, Beratung und Betreuung der Versicherten und/oder der betreuenden Personen ein.

Er hat dafür Sorge zu tragen, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen dieses Vertrages die hilfsmittelbezogenen Beratungen und Versorgungen durchführen, an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Als Schwerpunkte der Fortbildungsmaßnahmen sind dabei zu berücksichtigen:

- fachspezifische medizinische Fortbildung,
- Inhalte und Standards für die nach diesem Vertrag mit seinen Anlagen geregelten Produkte,
- Handhabung von neuen Produkten.

§ 4 Qualität der Versorgung

- (1) Die Versorgung erfolgt entsprechend den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung, der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL), der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA, den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibVO), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Verordnung zur Regelung der Abgabe von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Abgabeverordnung – MPAV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV) sowie gemäß den Hygiene-Sterilvorschriften des Arbeitssicherheitsgesetzes. Bei der Versorgung sind die Hygienestandards - vor allem im Rahmen der Wiederaufbereitung und des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln - gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert- Koch-Instituts (RKI) sicherzustellen.
- (2) Die Qualität der Hilfsmittel muss einwandfrei sein und hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Die gesetzliche Gewährleistung ist zu beachten. Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen.
- (3) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Versicherten ausschließlich mit solchen Hilfsmitteln zu versorgen, die den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V genannten Qualitätsstandards entsprechen.
- (4) Der Kostenträger ist berechtigt, die Qualität der Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form (u.a. durch Versichertenbefragung) zu überprüfen oder überprüfen zu lassen. Insbesondere kann er für fachliche Prüfungen nach § 275 Abs. 3 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und/oder andere Fachkräfte beauftragen. Anfragen des Kostenträgers und/oder der beauftragten Gutachter zu Versorgungsfällen bzw. zur Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Vertragspartner zu beantworten.

§ 5 Abgabe und Umfang der Leistungen

- (1) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen nach diesem Vertrag beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Lieferung, Beratung, Erprobung, Anpassung, Wartung, Reparatur, rechtzeitige und ausreichende Lieferung von Zubehör und Verbrauchsmaterial, Ersatzbeschaffung. Darüber hinaus ist die Abholung und Verschrottung sowie eine umfassende Einweisung der Versicherten beziehungsweise der Betreuungspersonen an deren Aufenthaltsort in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels inklusive der kostenlosen Überlassung einer Bedienungsanleitung sicherzustellen.

- (2) In den nach diesem Vertrag vereinbarten Versorgungspauschalen sind Hilfsmittel der Produktuntergruppe 14.24.16.7xxx (individuelle Masken) nicht beinhaltet. Individuelle Masken können per elektronischem Kostenvoranschlag beim Kostenträger beantragt werden. Vor der Einreichung eines elektronischen Kostenvoranschlages über eine individuelle Maske hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Versorgung mit einer konfektionierten Maske nicht möglich ist. Dem elektronisch eingereichten Kostenvoranschlag ist eine vertragsärztliche Verordnung über eine individuelle Maske mit einer entsprechenden ärztlichen Begründung beizufügen. Ebenfalls ist eine Auflistung beizufügen, aus der hervorgeht, welche konfektionierten Maskentypen zur Probe gekommen sind.
- (3) Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 i.V.m. § 70 SGB V ist dabei zwingend zu beachten.
- (4) Die Ausstattung der Hilfsmittel umfasst die für die Versorgung notwendigen Zubehörteile, Zurüstungen und Verbrauchsmaterialien. Näheres ist in der Anlage 2 geregelt.
- (5) Stellt der Vertragspartner die medizinische Notwendigkeit von Zubehör bzw. Verbrauchsmaterial hinsichtlich Art und/oder Umfang, auf Basis der Arbeitshilfe Schlafbezogene Atmungsstörung des MDS, der Empfehlungen zur hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln des Spectaris Fachverbandes und der Herstellerangaben, in Frage, ist ggf. Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vorzunehmen.
- (6) Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln soll den Wünschen des Versicherten Rechnung getragen werden, soweit die Versorgung angemessen ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Jede Versorgung nach diesem Vertrag erfolgt grundsätzlich aufzahlungsfrei. Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, so hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. In einem solchen Fall ist der Versicherte ausführlich und nachvollziehbar über die Auswirkungen seiner Wahl zu informieren, insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass er die sich daraus ergebenden Mehrkosten, ggf. auch für weitere Leistungen wie z.B. Reparaturen, selbst zu tragen hat und diese nicht vom Kostenträger übernommen werden. Dies dokumentiert der Vertragspartner mittels der Anlage 7. Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Bei Bedarf ist diese dem Kostenträger zur Verfügung zu stellen. Die gesetzliche Zuzahlung bleibt hiervon unberührt.
- (7) Die Lieferung des Hilfsmittels ist binnen 2 Werktagen auszuführen. Sofern die Versorgung genehmigungspflichtig ist, gilt diese Frist ab Auftragserteilung durch den Kostenträger. Der Vertragspartner gibt auf jedem nach diesem Vertrag ausgelieferten Hilfsmittel seinen Namen (Firmenbezeichnung) die Anschrift und die Telefonnummer an.

- (8) Erfüllungsort ist die vom Versicherten angegebene Anschrift. Die Nachlieferung von Verbrauchsmaterial kann durch Versand sichergestellt werden. Dies gilt nur dann, wenn sich der Vertragspartner vergewissert hat, dass der Versicherte oder der Angehörige bzw. die betreuende Person das Verbrauchsmaterial bestimmungsgemäß verwenden kann. Für die Nachlieferung der Hilfsmittel kann der Vertragspartner auch ein Versandunternehmen beauftragen.
- (9) Bei Versorgung mit wiederaufbereiteten Hilfsmitteln hat der Vertragspartner diese nach geltenden technischen und hygienischen Vorschriften aufzubereiten. Die Einhaltung der Hygienevorgaben nach den Empfehlungen des Fachverbandes SPECTARIS wird sichergestellt.
- (10) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Versicherten und ggf. die Betreuungspersonen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Während der gesamten Versorgungszeit ist jederzeit eine umfassende Beratung sicherzustellen. Falls erforderlich sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten als am Wohnort des Versicherten (z.B. Krankenhaus) durchzuführen. Bei Bedarf ist die Versorgungsqualität auch im Hausbesuch zu überprüfen. Die Beratungsleistungen sind zu dokumentieren und dem Kostenträger auf Verlangen nachzuweisen.
- (11) Der Vertragspartner ist Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel und bleibt dies auch während der Versorgung. Er überlässt das Hilfsmittel dem Versicherten zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet für die gesamte Zeit der Versorgung eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.
- (12) Bei Hilfsmitteln, die im Vorfeld des Vertrages seitens des Kostenträgers nach Kauf-/Wiedereinsatzprinzip abgegeben wurden, geht das Eigentum am Hilfsmittel mit der ersten Inanspruchnahme nach diesem Vertrag auf den Vertragspartner über. Es gelten dann die Regelungen dieses Vertrages.
- (13) Der Vertragspartner informiert den Versicherten beziehungsweise die Betreuungspersonen über die Eigentumsverhältnisse sowie die weiteren Modalitäten entsprechend Anlage 3 und lässt sich den Empfang des gebrauchsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person zweifach schriftlich bestätigen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten. Darüber hinaus informiert der Vertragspartner den Versicherten über seine Mitwirkungspflichten gemäß Anlage 4 (Patienteninformation), um einen optimalen Versorgungsprozess für den Versicherten sicherzustellen. Dabei kann der Vertragspartner selbst entscheiden, ob er sich die Patienteninformation vom Versicherten schriftlich bestätigen lässt.
- (14) Der Vertragspartner stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 bis 17.00 Uhr eine kostenfreie Service-Hotline sicher. Die Service-Hotline des Vertragspartners ist dem Versicherten bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich mitzuteilen. Der Vertragspartner teilt dem Kostenträger die Service-Hotline auf Verlangen mit.
- (15) Der Vertragspartner stellt im Sinne eines technischen 24 Stunden Notdienstes eine telefonische Erreichbarkeit durch qualifiziertes Personal sicher und verpflichtet sich, technische Probleme an den Hilfsmitteln oder am Zubehör am

nächsten Arbeitstag zu beheben, soweit dies nicht durch eine telefonische Anleitung gelöst werden kann.

Auf lebensbedrohliche Notfälle bzw. wenn die technisch bedingte Therapieunterbrechung lebensbedrohliche Notfälle nach sich ziehen kann, muss der technische Notdienst umgehend reagieren. Der Versicherte ist bei Übergabe des Hilfsmittels schriftlich über die kostenfreie Hotline- und Notdienstnummer zu informieren.

- (16) Sofern für die Dauer einer notwendigen Reparatur oder Wartung ein Ersatzgerät erforderlich ist, stellt der Vertragspartner dies dem Versicherten kostenlos zur Verfügung.
- (17) Der Vertragspartner hat die Versorgung gemäß dieses Vertrages auch bei einem Wohnortwechsel des Versicherten in ein anderes Bundesland sicherzustellen. Kann der Leistungserbringer die Versorgung in dem anderen Bundesland nicht sicherstellen, erfolgt eine anteilige Rückerstattung der bereits bezahlten Versorgungspauschale gemäß Anlage 1 in Höhe der jeweiligen Restlaufzeit oder der Versicherte wird über einen alternativen Vertragspartner weiter versorgt. Wird zwischen zwei Leistungserbringern nach Absprache mit dem Versicherten eine Übernahme der Pauschale nach Satz 3 vereinbart, ist der neue Leistungserbringer der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.
- (18) Die Versorgung gemäß diesem Vertrag wird durch den Vertragspartner sichergestellt, solange der Versicherte beim Kostenträger versichert ist. Wird das Versicherungsverhältnis seitens des Versicherten durch Kündigung gegenüber dem Kostenträger beendet – dies gilt ebenfalls für nach § 10 SGB V versicherte – so endet auch die Versorgung nach diesem Vertrag. Der Vertragspartner kann gegenüber dem Patienten dann sein Eigentum zurückfordern bzw. abholen. Es erfolgt eine anteilige Rückerstattung der bereits bezahlten Versorgungspauschale gemäß Anlage 1 in Höhe der jeweiligen Restlaufzeit.
- (19) Die in Absatz 17 und 18 benannte Restlaufzeit für die Berechnung der Rückerstattung wird auf (Kalender)Monate gerundet.
- (20) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung gemäß dieses Vertrages ablehnen, auch nicht die, die ihm vom Kostenträger zugewiesen werden.
- (21) Bei Betriebsveräußerung bzw. Betriebsaufgabe sorgt der Leistungserbringer für die Weiterführung der begonnenen Versorgungen nach Rücksprache mit dem Kostenträger durch einen anderen, dieser Vereinbarung beigetretenen, Leistungserbringer. Hierbei ist der Datenschutz zu beachten.
Im Fall der Insolvenz ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Insolvenzverwalter umgehend an den Kostenträger zu verweisen. In beiden genannten Fällen sind dem Kostenträger unverzüglich Angaben zu den versorgten Versicherten (Versicherungsnummer, Name, Anschrift, Versorgungszeitraum) schriftlich – auch per E-Mail – mitzuteilen.
- (22) Wechselrichter zur Benutzung des Hilfsmittels im Kraftfahrzeug, beheizbare Schläuche und externe Spannungsversorgungen sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zählen nicht zum Inhalt der Vergütungspauschale.

§ 6 Ärztliche Verordnung

- (1) Für die Versorgung nach diesem Vertrag sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (2) Eine Verordnung durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt (z.B. Pneumologe, HNO-Arzt, Kardiologe, oder Verordnung durch Schlaflabor) ist für die Erstversorgung, sowie im Falle einer Umversorgung auf eine höherwertigere oder kostengünstigere Versorgung (vgl. § 9) zwingend notwendig. Die Verordnung zur Erstversorgung bzw. Umversorgung hat den Apnoe-Index (AI) oder den Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) oder den Respiratory Disturbance Index (RDI) sowie die Parameter der Therapieeinstellung zu enthalten.

Für die erste Folgeversorgung ist eine Verordnung oder eine Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung (**Anlage 5**) durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt notwendig, sofern die notwendige Anzahl an Betriebsstundengemäß § 8 nicht erreicht wird.

- (3) Eine Verordnung für Hilfsmittel nach diesem Vertrag durch einen Krankenhausarzt ist im Ausnahmefall ausreichend, sofern diese über eine stationäre Behandlung hinaus aus medizinischen Gründen erforderlich ist, das verordnete Hilfsmittel nicht bereits mit der Vergütung der Krankenhausleistung abgegolten ist und nach Entlassung des Versicherten eine unverzügliche Versorgung im häuslichen Bereich sichergestellt werden muss.
- (4) Die ärztliche Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten ärztlichen Verordnung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt selbst oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorgenommen werden und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (5) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsmaßnahmen gemäß § 7 gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums beim Kostenträger eingeht.
- (6) Der Leistungserbringer darf nur eine solche Verordnung annehmen, die alle erforderlichen Angaben der Vorgaben des Bundesmantelvertrages Ärzte (Vordruck-Vereinbarung, Muster 16) inklusive der Angabe der Diagnose enthält. Gegebenenfalls notwendige Änderungen oder Ergänzungen sind nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und von diesem erneut unter Angabe des Datums unterzeichnen zu lassen.
- (7) Hat der Arzt ein konkretes Produkt (Produktname oder 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Leistungserbringer nur dann zur Abgabe

verpflichtet, wenn der Arzt eine medizinische Begründung speziell für diese Versorgung gegeben hat. Dieses Produkt ist dann mit der Vergütung nach diesem Vertrag (Pauschale) abgegolten. Liegt eine medizinische Begründung für ein konkretes Produkt nicht vor, so erfolgt die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Positionsnummer (Produktuntergruppe).

- (8) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.

§ 7 Kostenvoranschlag, Genehmigung

- (1) Die Abgabe von Hilfsmitteln ist grundsätzlich genehmigungspflichtig (§ 16 Abs. 1 SGB I, § 2 SGB V).

Die Genehmigungspflicht entfällt für die Produktgruppen 14.24.20, 14.24.21, 14.24.22 und 14.24.23. Der Verzicht auf die Genehmigungspflicht kann mit einer Frist von 4 Wochen durch den Kostenträger einseitig zurückgenommen werden.

- (2) Die Kostenvoranschläge sind auf dem elektronischen Weg als eKV beim Kostenträger einzureichen. Papierkostenvoranschläge werden seitens des Kostenträgers nicht akzeptiert.
- (3) Der Vertragspartner erstellt einen Kostenvoranschlag und sendet diesen unmittelbar zur Prüfung an den Kostenträger. Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben:

- Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)
- Name, Anschrift, Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
- Name, Vorname, eGK-Versichertennummer (10-stellig)
- Vertragsarztnummer
- Verordnung mit Verordnungsdatum
- Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig)
- Hilfsmittelkennzeichen
- Hilfsmittelbezeichnung (genaue Bezeichnung, Hersteller, Typ, Modell)
- Versorgungszeitraum
- Erforderliches Zubehör, ggf. Menge und Einheit
- Netto- und Bruttopreise, Gesamtkosten

- (4) Dem Kostenvoranschlag sind folgende Unterlagen beizufügen:

Erstversorgung (12 Monate):

- Verordnung durch schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt,

Erste Folgepauschale (24 Monate):

- Verordnung durch schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt wenn Mindestnutzungsdauer nicht erfüllt
oder

- Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5)

Besteht nach Ablauf der ersten Folgepauschale weiterhin die medizinische, versicherungsrechtliche und vertragliche Voraussetzung für eine weitere Versorgung des Versicherten, so kann eine weitere Folgepauschale entsprechend Anlage 1 (Folgevergütungspauschale) ohne Genehmigung abgerechnet werden. Eine erneute Anlieferung der Nutzungsstunden bzw. eine erneute ärztliche Verordnung ist nicht mehr notwendig.

Umversorgung:

- Verordnung durch schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt mit entsprechender Begründung
- (5) Ist der Versicherte durch den Leistungserbringer nicht zu erreichen, oder reagiert er nicht auf die Abfrage der Betriebsstunden durch den Leistungserbringer, oder ist durch den Versicherten in anderer Weise die Erstellung der Anlage 5 blockiert, oder der Versicherte legt bei Nichterfüllung der Mindestbetriebsstunden keine erneute ärztliche Verordnung vor, so ist der Leistungserbringer nach mindestens zwei vergeblich durchgeführten schriftlichen Kontaktversuchen berechtigt, das Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen. Die entsprechenden Nachweise sind beim Leistungserbringer zu archivieren. Auf Verlangen des Kostenträgers sind diese Nachweise dem Kostenträger innerhalb von drei Arbeitstagen elektronisch vorzulegen.
- (6) Der Kostenvoranschlag ist für den Kostenträger kostenfrei zu erstellen. Anfragen zu verordneten Leistungen sind unentgeltlich, unverzüglich und vollständig zu beantworten. Der Kostenträger behält sich vor, bei einem unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlag bzw. unvollständiger oder fehlerhafter Anlagen, keine Genehmigung zu erteilen und die eingereichten Unterlagen an den Vertragspartner zurückzusenden.
- (7) Der Kostenträger prüft, ob eine Versorgung bzw. Weiterversorgung gerechtfertigt ist (ggf. auch mit Einbindung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung). Wird eine Versorgung genehmigt oder abgelehnt, erfolgt eine Mitteilung an den Vertragspartner. Eine Ablehnung der Versorgung durch den Kostenträger berechtigt den Leistungserbringer nicht zur unmittelbaren Abrechnung mit dem Versicherten.

§ 8 Versorgungsablauf

- (1) Erstversorgung (12 Monate):
Die Erstversorgung beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten, jedoch frühestens mit Verordnungsdatum. Voraussetzung ist die Vorlage einer fachärztlichen Verordnung durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt. Sofern der Versicherte während eines stationären Aufenthaltes an das Hilfsmittel adaptiert wird, gilt das Datum der Entlassung als Beginn der Versorgung, jedoch frühestens das Verordnungsdatum.
- (2) Erste Folgeversorgung (24 Monate):
Die 1. Folgeversorgung schließt an die Erstversorgung an. Vor Ablauf des Erstversorgungszeitraums ermittelt der Vertragspartner rechtzeitig die Therapiestunden des Gerätes und dokumentiert dies in der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5). Eine Weiterversorgung erfolgt, wenn der Versicherte das Hilfsmittel mindestens jährlich 1440 Stunden/ monatlich 120 Stunden

genutzt hat. Wurde die Nutzungsdauer in Höhe von mindestens 1440 Stunden jährlich/ 120 Stunden monatlich nicht erreicht, ist für die Weiterversorgung eine fachärztliche Verordnung oder Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5) durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt vorzulegen. Der Vertragspartner hat den Versicherten rechtzeitig und (soweit erforderlich) zweimalig zur Meldung der Betriebsstunden bzw. zur Einholung einer fachärztlichen Verordnung aufzufordern.

(3) Zweite Folgeversorgung (24 Monate):

Die 2. Folgeversorgung schließt sich an die 1. Folgeversorgung an. Besteht weiterhin die medizinische, versicherungsrechtliche und vertragliche Voraussetzung für eine weitere Versorgung des Versicherten, so kann ab der 2. Folgepauschale ohne Genehmigung abgerechnet werden.

(4) Bestandsversorgungen:

Bestandsversorgungen sind Versorgungen, die vor Vertragsbeginn erfolgt sind. Hierbei ist der Versicherte mit einem Hilfsmittel der mhplus bereits versorgt. Mit Eintritt des Leistungsfalls erfolgt für das beim Versicherten im Einsatz befindliche Hilfsmittel (Hilfsmittel des Kostenträgers) ein Eigentumsübertrag auf den Vertragspartner. Diese Bestandsversorgungen können als 1. Folgepauschale durch den Vertragspartner abgerechnet werden.

Mit Eintritt des Leistungsfall und bevor die Folgepauschale abrechenbar ist, ermittelt der Vertragspartner rechtzeitig die Betriebsstunden des Hilfsmittels und dokumentiert diese in der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5). Eine Weiterversorgung erfolgt, wenn der Versicherte das Hilfsmittel durchschnittlich mindestens jährlich 1440 Stunden/ monatlich 120 Stunden genutzt hat. Wurde die Nutzungsdauer in Höhe von mindestens 1440 Stunden jährlich/ 120 Stunden monatlich nicht erreicht bzw. ist die Einholung der Betriebsstunden nicht möglich, ist eine Verordnung oder Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5) durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt vorzulegen. Der Vertragspartner hat den Versicherten rechtzeitig und (soweit erforderlich) zweimalig zur Meldung der Betriebsstunden bzw. zur Einholung einer fachärztlichen Verordnung aufzufordern. Der Versicherte wird darüber hinaus gemäß der Patienteninformation (Anlage 4) über die weiteren Versorgungsbedingungen informiert.

(5) Vertragspartnerwechsel:

Wechselt der Versicherte zu einem anderen Vertragspartner ist die Versorgung bis zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes sicherzustellen. Der Wechsel des Vertragspartners ist rechtzeitig durch den Versicherten und / oder den neuen Vertragspartner anzuzeigen. Ein Wechsel des Vertragspartners während einer bereits vergüteten und laufenden Versorgungspauschale erzeugt keinen erneuten Vergütungsanspruch des neuen Vertragspartners bis zum Ablauf der laufenden Pauschale / Versorgungszeitraumes. Die Vertragspartner stimmen untereinander die Verteilung der seitens des Kostenträgers erfolgten Vergütung ab.

(6) Beendigung der Versorgung:

a. Sofern der Kostenträger Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung eines Versicherten erlangt, erhält der Vertragspartner eine entsprechende Mitteilung. Im umgekehrten Fall obliegt es dem Ver-

tragspartner, den Kostenträger umgehend über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung des Versicherten mittels der Beendigungsanzeige **(Anlage 6)** zu informieren.

- b. Die Versorgung gilt direkt als beendet, wenn der Facharzt die Therapieführung verneint oder die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht mehr vorliegen (z.B. Kassenwechsel oder Tod des Versicherten), der Vertragspartner zum Ende des vergüteten Versorgungszeitraumes gewechselt wird bzw. freiwillig seitens des Versicherten die Hilfsmittel vor Ende des Versorgungszeitraumes zurückgegeben werden.
- c. Bei den vorgenannten Beendigungsgründen obliegt es dem Vertragspartner die von ihm gelieferten Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen.
- d. Die Klärung zur Mitwirkungspflicht obliegt grundsätzlich dem Vertragspartner.
- e. Bei fehlender Mitwirkung des Versicherten, d.h. wenn der Versicherte nicht zu erreichen ist oder nicht auf die Abfrage der Betriebsstunden bzw. Aufforderung zur Vorlage der fachärztlichen Verordnung durch den Vertragspartner reagiert, so ist der Vertragspartner berechtigt, dass Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen (vgl. § 7 Abs. 5). Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte rechtzeitig, mindestens zweimal zur Mitwirkung, d.h. zur Einholung der notwendigen Unterlagen durch den Vertragspartner aufgefordert wurde. Der Vertragspartner hat dies auf Anfrage des Kostenträgers mittels der Anlage 6 nachzuweisen.

§ 9 Notwendige Änderungen in der Versorgung (Umversorgung)

- (1) Sollte im Rahmen der Versorgung beim Versicherten eine Umstellung auf ein anderes Hilfsmittel notwendig sein, so ist diese innerhalb von preislich gleich geregelten Produktuntergruppen bzw. Produktarten gemäß Preisvereinbarung (Anlage 1) während der gesamten Versorgungszeit kostenfrei sicherzustellen.
- (2) Bei Notwendigkeit einer Umstellung in der Versorgung auf ein anderes Gerät, das höher oder niedriger gemäß Anlage 1 vergütet wird, beginnt mit erteilter Genehmigung ein neuer Versorgungszeitraum als Folgeversorgung. In diesem Fall ist anteilig (je voller Kalendermonat) die bereits gezahlte Versorgungspauschale des noch nicht beendeten Versorgungszeitraumes mit der Folgeversorgungspauschale zu verrechnen.

§ 10 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen erfolgt entsprechend der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) dieses Vertrages. Vorbehaltlich einer rechtswirksamen Festsetzung von Festbeträgen nach § 36 Abs. 2 SGB V. Die dort vereinbarten Preise verstehen sich zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- (2) Mit der Vergütung sind sämtliche Leistungen nach diesem Vertrag und Kosten für die fachgerechte Versorgung mit Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen und alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen abgegolten.
- (3) Für Leistungen, die auf eine Zuweisung oder auf eine unzulässige Form der Zusammenarbeit im Sinne des § 128 Absatz 2 SGB V zurückzuführen sind, besteht kein Vergütungsanspruch. Die Zahlung einer Rückvergütung oder eines Abschlages an den Versicherten ist nicht zulässig.
- (4) Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung des Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden. Die gesetzlich geforderte Zuzahlung ist hiervon ausgenommen. Der Vertragspartner kann dem Versicherten nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte ausdrücklich die Versorgung mit Hilfsmitteln wünscht, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen.
- (5) Die Versorgungspauschale kann pro Versorgungszeitraum nur einmal mit dem Kostenträger abgerechnet werden; frühestens mit Beginn des jeweiligen Versorgungszeitraums. Eine nochmalige Abrechnung der Versorgungspauschale während eines Versorgungszeitraumes (z.B. wegen Wohnortwechsel des Versicherten) ist nicht zulässig.
- (6) Wird die Therapie innerhalb eines vom Kostenträger bereits vergüteten Versorgungszeitraumes abgebrochen, begründet die erneute Aufnahme der Therapie auf der Grundlage der bisherigen oder einer neuen fachärztlichen Verordnung keinen neuen Vergütungsanspruch. Die erneute Bereitstellung der Versorgung innerhalb des noch laufenden Versorgungszeitraumes einschließlich aller erforderlichen Sach-, Dienst- und Serviceleistungen ist bereits mit der vergüteten Versorgungspauschale abgegolten.

§ 11 Zuzahlung und Quittung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung gemäß §§ 33 Abs. 8 und 61 SGB V in Verbindung mit ergänzenden gesetzlichen Regelungen wie Richtlinien und Rundschreiben von den Versicherten des Kostenträgers einzubehalten bzw. einzuziehen, soweit diese zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht von der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend § 62 SGB V befreit sind.

- (2) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Kostenträger verringert sich um die gesetzliche Zuzahlung.
- (3) Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten unentgeltlich zu quittieren. Die Quittung hat folgende Mindestangaben zu enthalten:
- Bezeichnung des Hilfsmittels
 - Name und KV-Nummer des Versicherten
 - Lieferdatum
 - Grund der Zahlung (beispielsweise „Gesetzliche Zuzahlung für eine Hilfsmittelversorgung“)
 - Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Wirtschaftliche Aufzahlungen sind entsprechend der oben genannten Regelung gegenüber dem Versicherten zu quittieren.

- (4) Der Leistungserbringer hat in diesem Zusammenhang anzugeben, welches Hilfsmittel und in welcher Anzahl abgegeben wurde. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist ferner der Versorgungszeitraum – unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung – anzugeben.
- (5) Die Regelungen des § 33 Abs. 8 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 43b SGB V gelten vollumfänglich.

§ 12 Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit der von der mhplus benannten Abrechnungsstelle ab.

Abrechnungsstelle der mhplus:

Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

Telefon: 07641 9201-100
Fax: 07641 9201 4507
E-Mail für Datenannahme: tp@arz-emmendingen.de

- (2) Die Rechnungen über abgeschlossene Versorgungsfälle sind mindestens einmal monatlich in getrennten Sammelrechnungen für Leistungen mit und ohne Skontoabzug, getrennt nach Kostenträger Krankenkasse sowie unterteilt nach West- und Ostkasse, einzureichen. Die ärztliche Verordnung ist - soweit vorhanden - beizufügen.
- (3) Die Abrechnung erhält grundsätzlich folgende Bestandteile:
1. Abrechnungsdaten (vgl. § 5 sowie Anlage 1 der DTA-Richtlinien)

2. Gesamtaufstellung (§ 6 der DTA-Richtlinien)
3. Begleitzettel der Urbelege (vgl. Anlage 4 der DTA-Richtlinien)
4. Urbelege

Folgende Unterlagen sind der Abrechnung beizufügen:

Erstversorgung (12 Monate):

- Verordnung eines schlafmedizinisch qualifizierten Facharztes im Original
- Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels (Anlage 3)
- Genehmigter Kostenvoranschlag bei Produktgruppe 14.24.24 und 25.

Erste Folgeversorgung (24 Monate):

- Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5)
- Werden die Betriebsstunden (mindestens 1440 jährlich/ 120 monatlich) nicht erreicht, ist die Vorlage der Verordnung oder Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5) durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt im Original beizufügen.
- Genehmigter Kostenvoranschlag bei Produktgruppe 14.24.24 und 25.

Ab der zweiten Folgeversorgung (24 Monate):

- Keine Unterlagen notwendig

Bestandsversorgung gemäß § 8 Abs. 4:

- Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5)
- Werden die Betriebsstunden (mindestens 1440 jährlich/ 120 monatlich) nicht erreicht, ist die Vorlage der Verordnung oder Bestätigung der Erklärung zur Weiterversorgung (Anlage 5) durch einen schlafmedizinisch qualifizierten Facharzt im Original beizufügen.

Umversorgungen auf ein höher oder niedriger vergütetes Hilfsmittel gemäß Anlage 1:

- Verordnung eines schlafmedizinisch qualifizierten Facharztes
- Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels (Anlage 3)
- Genehmigter Kostenvoranschlag

- (4) Die mhplus bzw. das Abrechnungszentrum bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind in diesem Fall ausgeschlossen. Nur wenn die mhplus innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der mhplus scheidet allerdings aus, soweit die mhplus berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder soweit eine Berechtigung oder eine Aufrechnungslage gegeben war.
- (5) Forderungen auf Vertragsleistungen des Leistungserbringers können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden, nicht mehr erhoben werden.

- (6) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Unabhängig davon sind der jeweilige Versorgungszeitraum und das Hilfsmittelkennzeichen gemäß Anlage 3 im Abrechnungsdatensatz anzugeben. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Leistungserbringergruppenschlüssel für diesen Vertrag lautet 19.99.141. Werden die Daten der mhplus vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der mhplus nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages.
- (7) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 1 vereinbarten Preise kann die mhplus dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (8) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der mhplus eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der mhplus ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der mhplus vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.
- (9) Die mhplus ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtet und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die mhplus, so gilt diese als anerkannt.
- (10) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der mhplus ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die mhplus nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der mhplus gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der mhplus ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertrags-

partner gehen davon aus, dass die mhplus aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen.

- (11) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die mhplus mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.
- (12) Für Anspruchsberechtigte nach den verschiedenen Versorgungsgesetzen sowie für Betreute nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform durch den Vertragspartner zu erstellen (vgl. § 2 Abs. 2 der DTA-Richtlinien).

§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz

- (1) Der Vertragspartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels.
- (2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist der Kostenträger berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten sicherzustellen (Ersatzversorgung). In diesem Fall hat der Vertragspartner die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen.
- (3) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, dass Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Der Vertragspartner trägt die Beweislast dafür, dass ein Fehler nicht schon bei der Auslieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind.
- (4) Der Vertragspartner stellt den Kostenträger von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Vertragspartners stehen, frei.
- (5) Der Vertragspartner haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und/oder bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung entstehen. Ein eventueller Untergang, eine Verschlechterung oder der Verlust des Hilfsmittels gehen nicht zu Lasten des Kostenträgers.
- (6) Der Kostenträger haftet nicht für Schäden und/oder Verluste, die der Vertragspartner oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Vertragspartner verpflichtet sich, den Kosten-

träger von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.

- (7) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für vorsätzliche und grob fahrlässige Pflichtverletzungen der Kostenträger, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung des Kostenträgers, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen beruhen.
- (8) Im Übrigen haftet der Vertragspartner nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (9) Der Vertragspartner verpflichtet sich, dem Kostenträger die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, wird der Kostenträger auch hierüber unverzüglich informiert. Der Vertragspartner hat dem Kostenträger die laufenden Versorgungsfälle zu benennen.
- (10) Verbände verpflichten sich im Falle eines Konkurses/ Insolvenzverfahrens einer seiner Mitgliedsbetriebe bzw. der durch diese in Anspruch genommenen Dritten, die Versorgung der Versicherten und die Hilfsmittelbetreuung nach den Bestimmungen dieses Vertrages sicherzustellen.

§ 14 Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Es gilt § 128 SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung, sowie der „Kodex der Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e.V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils geltenden Fassung.
- (2) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht des Kostenträgers beziehen.
- (3) Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Vertragspartner, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig.
- (4) Der Vertragspartner hat die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten, insbesondere:
 - a. ist die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden.
 - b. darf der Vertragspartner Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versor-

gung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.

- c. ist die Zahlung einer Vergütung durch den Vertragspartner für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, unzulässig.
 - d. sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen des Vertragspartners, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unzulässige Zuwendungen.
- (5) Sprechstunden von Vertragspartnern in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (6) Der Vertragspartner hat bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach diesem Vertrag unabhängig von den Interessen des Schlaflabors / des verordnenden Arztes usw. und ausschließlich im Interesse des Kostenträgers bzw. seines Versicherten zu handeln. Der Vertragspartner hat dies durch seine Organisation und den Aufbau sowie die Abwicklung aller Verfahrensabläufe sicherzustellen.

§ 15 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (§§ 67 bis 85a SGB X) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und Behandlungen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der mhplus, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der mhplus erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der mhplus auf Verlangen vorzuzeigen.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet im Bereich der auftragsgemäßen automatischen Verarbeitung von Sozialdaten alle in Frage kommenden Maßnahmen nach der Anlage zu § 78 a SGB X.
- (4) Der Leistungserbringer arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der mhplus. Er verwendet die zur Datenver- und -bearbeitung überlassenen Daten nicht für andere Zwecke.

- (5) Der Leistungserbringer nutzt personenbezogene Daten nur auf der Grundlage des vorliegenden Vertrages. Eine weitere Nutzung ist untersagt.
- (6) Die mhplus ist jederzeit berechtigt, mit den in § 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X genannten Mitteln die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und von Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X zu überwachen.
- (7) Der Leistungserbringer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung von Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach Maßgabe des § 5 BDSG (Datengeheimnis) und § 35 SGB I unter Hinweis auf die straf- bzw. ordnungswidrigkeitsrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung (§ 43 BDSG, § 35 SGB I, §§ 85 und 85 a SGB X, §§ 133 Abs. 3, 203 Abs. 2, 4 und 5, 204, 353b und 358 StGB) und nach § 1 des Gesetzes über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen vom 02.03.1974 (BGB II, S. 547) verpflichtet und entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgabe verfügt.
- (8) Der Leistungserbringer verarbeitet Sozialdaten ausschließlich im Rahmen des vertraglich festgelegten Umfangs und gemäß den Weisungen der mhplus. Er verwendet die zur Datenverarbeitung überlassenen Daten nicht für andere Zwecke und bewahrt sie nicht länger auf, als es die mhplus bestimmt.
- (9) Test und Ausschussmaterial wird vom Leistungserbringer datenschutzgerecht entsorgt. Nicht mehr benötigte Unterlagen, die dem Leistungserbringer überlassen wurden, hat der Leistungserbringer datenschutzgerecht zu vernichten.
- (10) Der Leistungserbringer unterrichtet die mhplus umgehend bei Störungen des Verarbeitungsablaufs, bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Verarbeitung überlassener Daten.
- (11) Der Leistungserbringer räumt der mhplus das Recht ein,
 - a. kostenfrei und zeitnah Auskünfte zu erteilen
 - b. kostenfrei und zeitnah Anfragen zu beantworten
 - c. während der Betriebs- und Geschäftszeiten seine Grundstücke oder Geschäftsräume zu betreten und dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen und
 - d. geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen,soweit es im Rahmen des Auftrages für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X). Dieses gilt ebenso für die Aufsichtsbehörden und die Datenschutzbeauftragten.
- (12) Aufträge an Subunternehmer dürfen nur nach schriftlicher und vorheriger Genehmigung durch die mhplus vergeben werden. Hierunter fallen auch Maßnahmen der Fernwartung durch Dritte an den DV-Systemen.
- (13) Die Verarbeitung von Kundendaten an Heim-Telearbeitsplätzen ist nur mit Zustimmung der mhplus zulässig.
- (14) Die mhplus ist berechtigt, durch Mitarbeiter die Verarbeitung (z.B. Verfilmung, Beschriftung usw.) und eventuell anschließende Vernichtung besonders

schutzwürdiger Daten (z.B. § 76 SGB X) beim Leistungserbringer zu überwachen. Die mhplus stattet ihre Mitarbeiter mit einem schriftlichen Berechtigungsnachweis aus.

- (15) Die Änderung personenbezogener Daten obliegt allein der mhplus.
- (16) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über betriebs- und geschäftsbezogene Daten, Verfahren oder Geschäftsvorgänge, die im Rahmen seiner Tätigkeit für die mhplus zur Kenntnis gelangen, Stillschweigen zu bewahren, sofern sie nicht allgemein öffentlich bekannt geworden sind. Dies gilt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.
- (17) Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach § 43 BDSG und anderen Vorschriften geahndet werden.
- (18) Im Falle eines Fehlverhaltens können die Mitarbeiter des Leistungserbringers in gleicher Weise wie die Mitarbeiter der mhplus verantwortlich gemacht werden (Erhaltung des Datenschutzniveaus).
- (19) Verstößt der Leistungserbringer vorsätzlich gegen die vorstehend benannten Pflichten, kann die mhplus für jeden Fall der Zuwiderhandlung die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe (Richtwert: 5% vom Auftragswert) verlangen. Bei Fahrlässigkeit halbiert sich die Vertragsstrafe. Die Geltendmachung eines weitergehenden Schadenersatzes unter Anrechnung der Vertragsstrafe bleibt der mhplus vorbehalten

§ 16 Überprüfung der Leistungserbringung

- (1) Der Kostenträger oder die von ihm beauftragten Stellen können zur Behebung von Zweifeln über das vertragsmäßige Verhalten des Leistungserbringers während der üblichen Betriebszeiten eine Überprüfung und auch eine Betriebsbegehung vornehmen. In begründeten Fällen kann auch Einsicht in sämtliche Dokumentationen und Unterlagen genommen werden, aus denen die durchgeführten Lieferungen für die Versicherten ersichtlich sind.
- (2) Anfragen des Kostenträgers im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer kostenfrei und innerhalb einer gesetzten, angemessenen Frist zu beantworten.

§ 17 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsverstöße, Regressverfahren

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Sie verpflichten sich bei der Versorgung der Versicherten zu einem kassenneutralen Verhalten.
- (2) Bei Meinungsverschiedenheiten bemühen sich die Vertragspartner vor Anrufung anderer Stellen um eine gütliche Einigung auf dem Verhandlungsweg.
- (3) Der Kostenträger kann den Leistungserbringer bei nicht vertragsgemäßer Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben und Pflichten schriftlich warnen. Der Vertragspartner ist vorher anzuhören. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Krankenkasse eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 25.000 EUR p.a. festsetzen, den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer für die Dauer von zwei Jahren aus der Versorgung nach diesem Vertrag ausschließen. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf 5 % des jährlichen Rechnungsbetrages nach diesem Vertrag.
- (4) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diesen Vertrag kann der Kostenträger den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung bestimmter Produktgruppen ausschließen und die Versorgungsberechtigung nach § 126 SGB V widerrufen.
- (5) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. (3) und (4) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (6) Die Vertragsstrafe wird insbesondere bei folgenden Vertragsverstößen festgelegt:
 - a) Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 126 SGB V
 - b) Unterlassen der Mitteilung von Tatbestandsänderungen/Aktualisierungen der Präqualifizierung nach § 126 SGB V
 - c) Leistungsabgabe entgegen ärztlicher Verordnung; Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordneten Arzt
 - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, die die medizinische oder therapeutische Zielsetzung der Verordnung gefährden oder die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können
 - e) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - f) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - g) Aufnahme von Leistungen nicht präqualifizierter Leistungserbringer (Arztpraxis, Behandlungszentrum) in die eigene Abrechnung
 - h) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen
 - i) unzulässige Zusammenarbeit mit Vertragsärzten im Sinne des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, beispielsweise durch
 - Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, soweit es

sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden (§ 128 Absatz 1 SGB V),

- Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Absatz 2 Satz 1 SGB V) und
- Zahlung einer Vergütung durch den Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden (§ 128 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

- j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen
- k) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- l) sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages

(7) Unabhängig von den Maßnahmen nach den oben genannten Absätzen ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht des Kostenträgers zur Nachprüfung und Berichtigung bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.

(8) Die Einleitung möglicher strafrechtlicher Schritte bleibt hiervon unberührt.

§ 18 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.10.2015 in Kraft. Er gilt für alle Erstversorgungen ab diesem Verordnungsdatum.
Hat der Kostenträger bereits vor Vertragsbeginn Versorgungen im Rahmen des Kaufprinzipes übernommen, so werden diese Versorgungen analog in die Fallpauschalen nach diesem Vertrag überführt.
- (2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages treten alle bisherigen Vereinbarungen und Absprachen außer Kraft.
- (3) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, schriftlich gekündigt werden. Ein Fax gilt als Einhaltung der Schriftform. Der Überstellungsbericht gilt als Eingangsbestätigung.
- (4) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Vertragsparteien unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
 - a) Der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten trotz Abmahnung nicht erfüllt bzw. wiederholt dagegen verstößt
 - b) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, oder durch eine gerichtliche oder behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahme die Erfüllung des Vertrages untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
 - c) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - d) Forderung bzw. Annahme von Aufzahlungen von Versicherten soweit dies

nicht mit dem Versicherten (schriftlich) abgestimmt ist.

- (5) Der Vertragspartner hat alle Versorgungsleistungen, die sich aus der Anlage 1 ergeben, inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende der Laufzeit der vergüteten Versorgungspauschale sicherzustellen, auch über die Vertragsdauer hinaus, wenn der Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet.
- (6) Nach Beendigung des Vertrages noch gültige Verordnungen sowie neu ausgestellte Verordnungen hat der Vertragspartner, soweit sie an ihn übermittelt werden, unverzüglich an den Versicherten auszuhändigen.
- (7) Eine Kündigung seitens des Kostenträgers aufgrund einer Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 SGB V ist frühestens zum 30.09.2019 möglich. Im Falle einer Ausschreibung vor dem in Satz 1 genannten Datum bleibt dieser Vertrag bis mindestens zum 30.09.2019 bestehen. Vertragliche Änderungen, Anpassungen und Ergänzungen in Bezug auf § 18 dieses Vertrages können durch die Vertragsparteien in gemeinsamem Einverständnis geregelt werden.
- (8) Eine Kündigung gegenüber einem bzw. durch einen nach § 127 Abs. 2a SGB V beigetretenen Leistungserbringer wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer. Diese hat keine Auswirkung auf das originäre Vertragsverhältnis.

§ 19 Sonderkündigungsrecht bei Fusion

- (1) Fusioniert mhplus mit einer anderen Krankenkasse, so ist der Leistungserbringer 2 Monate vor Inkrafttreten der Fusion über diese zu informieren. Geht der Fusionsbescheid der mhplus nach diesem Zeitpunkt zu, so ist der Leistungserbringer unverzüglich zu informieren.
- (2) Der Vertrag ist, ohne dass es einer gesonderten schriftlichen Kündigung bedarf, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Fusion gegenstandslos und gilt als beendet.
- (3) Damit der Vertrag auf die neue Krankenkasse nach einer Fusion gemäß § 144 Absatz 4 SGB V übergeht, bedarf es einer gesonderten, beidseitigen schriftlichen Bestätigung.

§ 20 Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen einer schriftlichen Vereinbarung und der Bestimmung, ab welchem Zeitpunkt sie in Kraft treten soll. Dies gilt auch für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis. Die Schriftform für von einer Partei gegenüber der anderen abzugebenden Erklärungen wird auch durch Abgabe der Erklärung per Telefax oder E-Mail gewahrt.
- (3) Dieser Vertrag – einschließlich der Anlagen – beinhaltet sämtliche Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand.

Ludwigsburg, den

mhplus Krankenkasse
Ludwig Knott
Unternehmensbereichsleiter
Versichertenservice

Anlage 1: Vergütungsvereinbarung

AC/TK: 19.99.141

Bezeichnung/ HMPos-Nr.	Versorgungs- zeitraum	Hilfsmittelkennzeichen	Preis netto
CPAP-Gerät mit/ohne integrierter Anfeuchtung 14.24.20.0xxx 14.24.20.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	315,00 Euro 520,00 Euro
CPAP-Spezialgerät (automatisch anpassendes Druckniveau) mit/ohne integrierter Anfeuchtung 14.24.21.0xxx 14.24.21.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	315,00 Euro 520,00 Euro
BiLevel CPAP Spezialgeräte (zwei Druckniveaus) mit/ohne integrierte Anfeuchtung 14.24.22.0xxx 14.24.22.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	380,00 Euro 740,00 Euro
BiLevel CPAP Spezialgeräte (automatisch anpassende Druckniveaus) mit/ohne integrierte Anfeuchtung 14.24.23.0xxx 14.24.23.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	380,00 Euro 740,00 Euro
Zeitgesteuerte BiLevel CPAP Spezialgeräte (ST Funktion, zwei Druck- niveaus) mit/ohne integrierte Anfeuchtung 14.24.24.0xxx 14.24.24.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	850,00 Euro 1.600,00 Euro
Spezialgeräte zur Therapie bei periodischer Atmung und kardiorespi- ratorischen Erkrankungen mit / ohne integrierte Anfeuchtung 14.24.25.0xxx 14.24.25.1xxx	12 Monate 24 Monate	08 Vergütungspauschale 09 Folgevergütungspauschale	1.450,00 Euro 2.700,00 Euro

Anlage 2: Zubehör und Verbrauchsmaterial

Abgabe und Umfang der Leistungen richtet sich nach § 5 dieses Vertrages. Näheres zu Zubehör und Verbrauchsmaterial ist in dieser Anlage geregelt.

Die Lieferung umfasst auch das im Einzelfall benötigte und medizinisch notwendige Zubehör und Verbrauchsmaterial. Der Umfang des Zubehörs und der Verbrauchsmaterialien richtet sich grundsätzlich nach den Angaben der jeweiligen Hersteller. Im Fall fehlender Herstellerangaben erfolgt die Lieferung entsprechend den Empfehlungen des Fachverbandes SPECTARIS zur „Hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie“. Als Maßgabe gelten hier insbesondere die Angaben zur durchschnittlichen Nutzungsdauer für Zubehör von Schlafapnoetherapiegeräten.

Insbesondere folgende Leistungen sind mit den Versorgungspauschalen (hier Jahresbedarf) abgegolten:

- Therapiegerät inkl. Tasche mit Atemgasbefeuchter, sofern ärztlich verordnet, inkl. der Nachlieferung mit einem Atemgasbefeuchter, sofern nachträglich ärztlich verordnet
- Lieferung, Installation und Inbetriebnahme des Therapiegerätes am Aufenthaltsort des Versicherten (Wohnort des Versicherten bzw. in der Klinik)
- Gebrauchsanleitung und Netzschlussleitung
- 1 Maske in der Erstversorgung sowie 2 Masken pro Jahr in der Folgeversorgung in der Standardausführung (Silikonmasken oder Gelmasken inkl. Kopfhäuben, Full-Face-Masken)
- Kopfbänder / Kopfhäuben, Maskenkissen, Abstandshalter, Kinnbänder
- Ausatemventile (i.d.R. 1 Stück pro Jahr)
- Schlauchsysteme
- Fein-/Grobfilter gemäß den Herstellerangaben (i.d.R. 12 Stück Feinfilter pro Jahr, 2 Stück Grobfilter pro Jahr)
- Bakterienfilter/ Allergieset (sofern ärztlich verordnet)
- Adapter zum Anschluss von anderen erforderlichen und ärztliche verordneten Geräten und Zubehör (Sauerstoffadapter, Sauerstoffzuschaltventil etc.)
- Technische Überprüfung des Gerätes entsprechend der Empfehlung des Herstellers
- Instandsetzung oder Austausch des Systems bei eventuell anfallenden Reparaturen
- Regelmäßiger Therapiekontakt inklusive der Complianceermittlung, Betriebsstundenablesung, Patientenberatung, Hygieneberatung und Maskenberatung
- Anfahrt, Abfahrt inkl. Fahrzeit zum Versicherten
- Versand- und Verpackungskosten
- Sonstige anfallende Gebühren und Zuschläge
- Ersatz- und Leihgerätestellung bei Reparatur / Wartung, ggf. Gerätetausch sofern nicht reparabel
- Dokumentation der erbrachten Leistungen am Gerät und im Versorgungsprozess

- Bei Beendigung der Therapie ist mit der Versorgungspauschale die Abholung, hygienische Aufbereitung, Instandsetzung, technische Überprüfung und Einlagerung des Gerätes abgegolten.
- Notdienste im Rahmen der Versorgungspauschale sind technische Notdienste 24 Stunden täglich telefonisch und Notdienste zu den Geschäftszeiten. Notdienste an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen für nicht lebenserhaltende Therapieformen fallen nicht in die Versorgungspauschale.

Nicht mit den Versorgungspauschalen abgegolten sind individuell gefertigte Masken. In medizinisch begründeten Fällen ist die Abgabe von maßangefertigten oder teilkonfektionierten Spezialmasken sowie Maskenkissenanfertigungen möglich. Die Aufwendungen hierfür können nach erfolgter Kostenübernahmeerklärung durch den Kostenträger vom Leistungserbringer abgerechnet werden, der auch die Versorgungspauschale abgerechnet hat.

Nach den Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnisses fallen Auswerteeinheiten, Drucker, Schreiber und anderes vom Arzt benötigte Zubehör nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass die Kosten für z. B. Speicherauslesungen nicht zu Lasten der Krankenkasse berechnet werden können.

Wechselrichter zur Benutzung des Atemtherapiegerätes im Kraftfahrzeug sind keine Leistung der GKV und zählen demnach nicht zum Inhalt der Versorgungspauschale.

Versorgungen außerhalb des häuslichen Umfeldes, bzw. dadurch entstehende Mehrkosten, für Reise- und Urlaubsversorgungen zählen nicht zum Inhalt der Versorgungspauschale.

Reparaturen und / oder ein Gerätetausch der durch unsachgemäßen Gebrauch verursacht wird zählt nicht zum Inhalt der Versorgungspauschale.

Anlage 3: Erklärung zum Erhalt des Hilfsmittels

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline: 24 h-Notdienstnummer
--	--

Hilfsmittel: _____

Das oben stehende Hilfsmittel wurde Ihnen leihweise als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Das Hilfsmittel ist Eigentum des oben benannten Leistungserbringers.

Die mhplus _____ übernimmt die Kosten dieser Versorgung. Davon ausgenommen ist die von Ihnen zu leistende gesetzliche Zuzahlung an den Leistungserbringer in Höhe von 10,00 EUR je Versorgungszeitraum, sofern keine Befreiung vorliegt.

Erklärung der / des Versicherten:

Ich habe das oben genannte Hilfsmittel heute in gebrauchsfähigem Zustand erhalten, wurde in den Gebrauch eingewiesen und verpflichte mich

- für eine pflegliche und schonende Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen, zu verpfänden bzw. Dritten zu überlassen,
- ausschließlich den benannten Hilfsmittelanbieter zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparaturen, Wartungen, Nachlieferung von Zubehör bzw. Verbrauchsmaterialien sowie sonstige Service- und Dienstleistungen notwendig werden,
- den Hilfsmittelanbieter über Wohnort-, Versorger- oder Kassenwechsel zu informieren,
- den Hilfsmittelanbieter bei der Durchführung seiner Aufgaben (insbesondere zur Prüfung der Gerätes und der Ermittlung der Nutzungszeit) zu unterstützen und
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, nach Rücksprache mit dem Hilfsmittelanbieter auf eigene Rechnung beheben zu lassen,
- das Hilfsmittel dem Hilfsmittelanbieter zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen. Anderenfalls können mir Mehrkosten gegenüber dem Leistungserbringer entstehen.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ich bestätige nachstehend die Kenntnisnahme.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters*

*Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters: _____

Stempel/Unterschrift Hilfsmittelanbieter

Anlage 4: Patienteninformation

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline: 24 h-Notdienstnummer
--	--

Zu Beginn der Hilfsmittelversorgung wurde ich durch den Hilfsmittelanbieter über Nachstehendes informiert:

Ihre Mitwirkungspflichten

- Im 12. Monat nach Erhalt des Hilfsmittels sind auf Anfrage Ihres Leistungserbringers die Betriebsstunden des Gerätes mitzuteilen. Nutzen Sie das Gerät nicht ausreichend (1.440 jährlich/120 monatlich Betriebsstunden), ist zur Klärung der weiteren Versorgung erneut Ihr behandelnder Facharzt aufzusuchen. Ihr Leistungserbringer setzt sich hierzu mit Ihnen in Verbindung.

Eigentumsverhältnisse

- Das Hilfsmittel wird leihweise als Sachleistung zur Verfügung gestellt und ist Eigentum des oben benannten Leistungserbringers. Ihre mhplus übernimmt die Kosten dieser Versorgung (ausgenommen hiervon ist die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR), sofern die Voraussetzungen zur Versorgung erfüllt sind.

Ich verpflichte mich, im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht dem Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur Weiterführung der Therapie zur Verfügung zu stellen. Mir ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung bzw. bei Nichteinhaltung der oben genannten Bedingungen meine Krankenkasse die Bewilligung der Leistung aufheben kann und ggf. Kosten auf mich zukommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters *

*Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters:_____

Stempel/Unterschrift Hilfsmittelanbieter

Anlage 5: Erklärung zur Weiterversorgung

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline: 24 h-Notdienstnummer
--	--

Der/die Versicherte ist seit dem _____ mit einem Schlafapnoegerät versorgt.

Vom _____ bis _____ wurde das Hilfsmittel mit _____ Betriebsstunden genutzt.

Zählerstand alt: _____ **Zählerstand neu:** _____

Sonstiges: _____

Der/die Versicherte gibt an, das Gerät bisher je Nacht durchschnittlich ca. _____ h genutzt zu haben (Angabe bei Versorgungsübergang, wenn Stunden nicht ermittelbar sind).

Vom Facharzt auszufüllen, wenn im Rahmen der jährlichen Kontrolle durch den Hilfsmittelanbieter festgestellt wird, dass das Gerät vom Versicherten jährlich weniger als 1440 Stunden/ monatlich 120 Stunden für die Therapie genutzt wurde:

Das Hilfsmittel soll weiter durch den Versicherten genutzt werden, obwohl die empfohlene Mindesttherapiestundenzahl nicht erreicht wurde.

Ja Nein

ärztliche Begründung: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Facharztes

Alternativ kann eine Verordnung mit ärztlicher Begründung ausgestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Leistungserbringer

Anlage 6: Beendigungsanzeige

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline: 24 h-Notdienstnummer
--	--

Der/die Versicherte ist seit dem _____ mit einem Schlafapnoegerät versorgt.

Angabe der Betriebsstunden: _____ am: _____

Nachstehend informieren wir den Kostenträger, dass o.g. Versicherte/r entsprechend § 8 Abs. 6 des Vertrages die Therapie beendet hat. Konkret besteht folgender Sachverhalt (entsprechend angekreuzt bzw. ausgeführt):

- Die Therapiefortführung wurde vom Facharzt verneint.
- Eine der folgenden Voraussetzungen zur Leistungsgewährung liegt nicht mehr vor:
- der/die Versicherte ist zum _____ verstorben.
 - Versicherte hat das Gerät zum _____ zurückgegeben.
 - Vertragspartnerwechsel zum _____.
 - Kassenwechsel zum _____.
- Der/die Versicherte wurde gemäß der Anlage 4 über die Mitwirkungspflichten informiert. Trotz zweimaliger Aufforderung am _____ und am _____ liegt uns keine fachärztliche Verordnung / fachärztliche Bestätigung zur Weiterversorgung (Anlage 5) vor und/oder
- es gibt keinen Hinweis, dass der Versicherte diese nachreicht.
 - uns liegt die Information vor, dass kein Facharzttermin vereinbart wurde.
- Der/Die Versicherte möchte dennoch weiterversorgt werden.

Sonstiges: _____

Datum, Stempel/Unterschrift des Vertragspartners

Anlage 7: Mehrkostenerklärung

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte	Datenfeld Leistungserbringer (Absender) Name – Adresse – IK Service-Hotline: 24 h-Notdienstnummer
--	--

Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot einer Versorgung mit einem Therapiesystem inkl. Dem medizinisch notwendigen Zubehör/Verbrauchsmaterial zur Behandlung meiner schlafbezogenen Atmungsstörung informiert.

Obwohl ich über die Möglichkeiten der aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht.

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind insbesondere begründet durch:

(bitte die aufzahlungsauslösenden Wunschleistungen konkret auflühren inkl. der 10-stelligen Gebührenpositionsnummer)

höhere Mengen als medizinisch notwendig: _____

 Merkmale des Komforts / Ästhetik: _____

 Sonstiges: _____

Die daraus entstehenden Mehrkosten in Höhe von _____ **EUR** trage ich selbst.

Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenkasse erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

Datum,

Stempel/Unterschrift des Vertragspartners