

Vertrag

über die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

mhplus Krankenkasse
vertreten durch den Vorstand Herrn Winfried Baumgärtner
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg

- im Folgenden Kostenträger genannt –

und der

- im Folgenden Leistungserbringer genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19.99.121

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen / Mitteilungspflichten	4
§ 4 Qualität der Versorgung	6
§ 5 Ärztliche Verordnung	7
§ 6 Abgabe und Umfang der Leistungen	8
§ 7 Kostenvoranschlag, Genehmigung	8
§ 8 Versorgungsablauf	10
§ 9 Vergütung	12
§ 10 Zuzahlung und Quittung	13
§ 11 Abrechnung	14
§ 12 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz	17
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit Dritten	19
§ 14 Datenschutz	20
§ 15 Überprüfung der Leistungserbringung	21
§ 16 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsverstöße, Regressverfahren	22
§ 17 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung	23
§ 18 Sonderkündigungsrecht bei Fusion	25
§ 19 Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel	25
Anlage 1: Vergütungsvereinbarung	26
Anlage 2: Leistungsbeschreibung	28
Anlage 3: Qualitäts- und Versorgungsstandards	29
Anlage 4: Aufnahme- und Verlaufsprotokoll	33
Anlage 5: Dokumentation und Nachweis über Schulung und Einweisung	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 Hilfsmitteln zur Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten, u.a. aus den Produktgruppen 12, 01, 27 und 14 inklusive allem notwendigen Zubehör und Verbrauchsmaterial, 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 | Leistungsbeschreibung |
| Anlage 3 | Qualitäts- und Versorgungsstandards |
| Anlage 4 | Aufnahme- und Verlaufsprotokoll |
| Anlage 5 | Dokumentation und Nachweis über Schulung und Einweisung |
- (3) Die Verwendung der Anlagen 4 und 5 dient der Erleichterung der Kommunikation bzw. Administration zwischen Vertragspartnern und dem Kostenträger. Die Anlagen 4 und 5 können in ihrem Layout, von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch im wesentlichen enthalten sein; wesentliche 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 Leistungserbringer setzt zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten mindestens zwei Mitarbeiter ein, die jeweils die folgenden oder gleichwertige Qualifikationen erfüllen:
 - staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in mit jeweils mindestens zweijähriger berufspraktischer Erfahrung nach Abschluss der Ausbildung in der Anwendung von Hilfsmitteln zur Tracheostomaversorgung und entsprechender aktueller spezieller Fort- und Weiterbildung bzw. Schulung.
- (2) Vom Leistungserbringer weiter eingesetzte Mitarbeiter zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:
 - staatlich geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in oder staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in mit zwei- oder dreijähriger Ausbildung und ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten zur Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln zur Tracheostomaversorgung.
- (3) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl (siehe mindestens oben) 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) 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.
- (5) 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 je-

weils 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.

- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen 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. Dem Kostenträger bleibt es jederzeit zudem unbenommen, seine diesbezüglichen Rückforderungsansprüche mit Forderungen des Leistungserbringers aufzurechnen.
- (9) 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.

§ 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), 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. Auskünfte der Aufsicht(en) des Kostenträgers sind zudem unverzüglich, wahrheitsgemäß und uneingeschränkt nach Aufforderung durch den Leistungserbringer schriftlich dem Kostenträger zu beantworten.

§ 5 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 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.
- (3) 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.
- (4) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei genehmigungspflichtigen Versorgungsleistungen gemäß § 7 gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums beim Kostenträger eingeht.
- (5) 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.
- (6) 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 (Produktart).

- (7) 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.

§ 6 Abgabe und Umfang der Leistungen

- (1) Der Umfang und die Art der Leistung ergeben sich aus diesem Vertrag und seinen Anlagen. Die zu erbringende Leistung umfasst alle für den Kunden medizinisch notwendigen Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien, Zubehör- und Ersatzteile. Ebenfalls alle Dienst- und Serviceleistungen, insbesondere die Lieferung, Betreuung, Beratung, Montage, Einstellung, Erprobung, Wartung/STK, Reparatur (inklusive ggf. notwendigem Ersatzgerät), Abholung, Verschrottung, Ersatzbeschaffung oder Umversorgung sowie die in den Anlagen definierten Beratungspflichten gegenüber dem Versicherten.
- (2) Die Versorgung des Kunden ist durch den Leistungserbringer während des kompletten Versorgungszeitraumes sach- und fachgerecht sicherzustellen. Im Rahmen der Pauschalen sind ebenfalls Kosten für Reparaturen und Wartungen abgegolten. Können ggf. notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden, so hat der Leistungserbringer für die Dauer der notwendigen Reparaturzeit ein vergleichbares Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung zu stellen oder das defekte Hilfsmittel ggf. auszutauschen.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die von ihm versorgten Kunden im ersten Beratungsgespräch sowie nach einem Leistungserbringerwechsel gemäß dem Inhalt dieses Vertrages und seiner Anlagen persönlich zu informieren und dies zu dokumentieren.

§ 7 Kostenvoranschlag, Genehmigung

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

Die Erstversorgung ist dem Kostenträger zur vorherigen Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung erfolgt für maximal 12 Monate (Erstversorgung für den ersten und zweiten Monat mit Hilfsmittelkennzeichen 08 und dritter bis zwölfter Monat mit dem Hilfsmittelkennzeichen 09).

Nach Ablauf des ersten Versorgungsjahres ist die Weiterversorgung im Rahmen der Pauschalen einmal jährlich mit einer neuen Verordnung zu beantragen. Genehmigungen seitens des Kostenträgers werden für maximal 12 Monate ausgesprochen.

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
 - Hilfsmittel(Pseudo)positionsnummer (10-stellig) entsprechend Anlage 1
 - Hilfsmittelbezeichnung, entsprechend Anlage 1
 - Hilfsmittelkennzeichen
 - Versorgungszeitraum
 - Netto- und Bruttopreise, Gesamtkosten

- (4) Dem Kostenvoranschlag sind folgende Unterlagen beizufügen:

Erstversorgung Hilfsmittelkennzeichen 08:

- Vertragsärztliche Verordnung oder
- Krankenhaus Verordnung zur Entlassung

Folgeversorgung Hilfsmittelkennzeichen 09:

- Vertragsärztliche Verordnung

- (5) Der Kostenvoranschlag ist für den Kostenträger und den Leistungsempfänger stets kostenfrei zu erstellen. Anfragen zu verordneten Leistungen sind unent-

geltlich, 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.

- (6) 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

Die Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) beginnt mit der Übergabe der Hilfsmittel an den Versicherten, jedoch frühestens mit Verordnungsdatum. Voraussetzung ist die Vorlage einer ärztlichen Verordnung, bzw. bei Krankenhausentlassung einer entsprechenden ärztlichen Verordnung durch das Krankenhaus. 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) Folgeversorgung

Die Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) schließt an die Erstversorgung an. Besteht weiterhin die medizinische, versicherungsrechtliche und vertragliche Voraussetzung für eine weitere Versorgung des Versicherten, so kann die Folgeversorgung erfolgen.

(3) Bestandsversorgungen und Übergangsregelung

a) Bereits vor Vertragsbeginn begonnene und durchgeführte Versorgungen von Versicherten nach Vollendung des 14. Lebensjahres (Erwachsenenversorgung) werden ab Vertragsbeginn als Folgeversorgung gemäß diesem Vertrag vergütet und durchgeführt. Dies gilt auch für Versorgungen, bei denen der Leistungserbringer Versicherte versorgt, die zuvor von einem anderen Leistungserbringer versorgt wurden.

b) Bereits vor Vertragsbeginn begonnene Kinderversorgungen (Versorgungen

von Versicherten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) werden ab Vertragsbeginn als Folgeversorgung gemäß diesem Vertrag vergütet und durchgeführt. Dies gilt auch für Versorgungsleistungen, bei denen der Leistungserbringer Versicherte versorgt, die zuvor von einem anderen Leistungserbringer versorgt wurden.

- c) Hilfsmittel / Geräte, die entsprechend in diesem Vertrag als Inhalt der Pauschale und Therapie definiert sind, und sich im Eigentum des Kostenträgers befinden (ehemals Kauf-Geräte) und sich zum Versorgungsbeginn beim Versicherten befinden bzw. von diesem genutzt werden, sind vom Leistungserbringer im Rahmen der Umstellung auf die Pauschalen zu einem Wert in Höhe von 50,00 Euro je Gerät zu kaufen / zu übernehmen.

Ausgenommen hiervon sind die so genannten einfachen Inhaliergeräte der Produktart 14.24.01.0 sowie die so genannten Kombinationsgeräte (Absauggeräte mit Inhalator – Produktuntergruppe 01.24.03 und 01.24.04). Diese verbleiben bis zum Ende der Versorgung im Eigentum des Kostenträgers und gehen – soweit diese vom Versicherten nicht mehr benötigt werden oder nicht mehr nutzbar sind – kostenfrei in das Eigentum des Leistungserbringers über. Dem Kostenträger dürfen im Rahmen dieses Vertrages für diese laufenden Versorgungsleistungen / Geräte aus dem Kostenträgereigentum keine weiteren Kosten (insbesondere durch Wartung, Reparatur, für die Funktionserhaltung, Abholung usw.) entstehen und in Rechnung gestellt werden.

Mit Vertragsbeginn dieses Vertrages übersendet der Leistungserbringer dem Kostenträger eine Liste mit allen relevanten Geräten / Hilfsmitteln, diese Liste hat alle relevanten Versicherten und Geräteinformationen zu enthalten, vor allem die Informationen über den aktuellen Gerätenutzer (KV-Nummer, Name, Vorname) und das Gerät / Hilfsmittel (Hilfsmittel-Positionsnummer, Bezeichnung, Seriennummer, Baujahr).

Die Abwicklung des Eigentumsübertrages vom Kostenträger an den Leistungserbringer erfolgt durch den Kostenträger nach Eingang oben beschriebener Liste innerhalb von 3 Monaten. Der Eigentumsübergang ist vollzogen sobald der Betrag beim Kostenträger eingeht und verbucht ist.

- d) Mit Unterzeichnung dieses Vertrages erklärt sich der Leistungserbringer ausdrücklich mit dem Eigentumsübertrag wie oben beschrieben einverstanden. Gleiches gilt analog für die Leistungserbringer, die zu den gleichen Konditionen zu diesem Vertrag beitreten.

Soweit und sofern erforderlich wird durch den Kostenträger der Anspruch auf die Herausgabe der Hilfsmittel an den Leistungserbringer abgetreten.

Der beschriebene Eigentumsübertrag erfolgt unter Ausschluss jeglicher Gewährleistung. Für den Leistungserbringer besteht kein Anspruch auf die Ver-

gütung von Kosten im Zusammenhang mit Reparaturen, Instandsetzungen, Rückholungen, Wiederaufbereitung, Aussonderung usw. der übereigneten Geräte. Der beschriebene Eigentumsübergang gilt sowohl für die Kinder- als auch für die Erwachsenenversorgung.

(4) 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.

(5) Beendigung der Versorgung:

- a. Sofern der Kostenträger Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung eines Versicherten erlangt, erhält der Vertragspartner eine entsprechende Mitteilung.
- b. Die Versorgung gilt direkt als beendet, wenn der behandelnde Arzt die Therapiefortführung 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.

§ 9 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/Pauschale sind sämtliche Leistungen nach diesem Vertrag und Kosten für die fachgerechte Versorgung der Versicherten und alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen abgegolten.
- (3) Für Leistungen, die auf eine Zuweisung gegen Entgelt 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. Die Versorgungspauschale fällt an, wenn der Versicherte mindestens einen Tag im Monat vom Leistungserbringer versorgt wurde. 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.

§ 10 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 / der Pauschale
 - Name und KV-Nummer des Versicherten
 - Lieferdatum / Versorgungszeitraum
 - 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, beispielsweise in Form einer Rechnung an den Versicherten.

Quittungen / Rechnungen / Bescheinigungen die seitens des Leistungserbringers maschinell erstellt sind und den gleichen erkennbaren Inhalt haben werden ebenfalls akzeptiert.

- (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.

§ 11 Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit der vom Kostenträger 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 (abgeschlossene Monatspauschale/Versorgungszeitraum mit erfolgter Versorgung / Lieferung) sind mindestens einmal monatlich als Sammelrechnung für den Kostenträger Krankenkasse 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:

- vertragsärztliche Verordnung im Original – sofern vorhanden, ansonsten Kopie
- genehmigter Kostenvoranschlag, soweit erforderlich

Die Empfangsbestätigungen des Versicherten bzw. seiner Betreuungsperson sind vom Leistungserbringer zu archivieren und dem Kostenträger auf Anforderungen zur Verfügung zu stellen.

- (4) Der Kostenträger bzw. das Abrechnungszentrum bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach ordnungsgemäßem Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut gegenüber erteilt wird. Verzugschäden sind in diesem Fall ausgeschlossen. Nur wenn der Kostenträger innerhalb dieser Zahlungsfrist von mehr als 4 Wochen die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich seine berechnete Vergütung mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der berechtigten Mahnung Verzugszinsen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Der Verzugszins und ein Verzugsschaden beschränkt sich dabei auf einen Zinssatz i.H.v. 2 % über dem jeweils gültigen Basiszinssatz. Weiterer Verzugsschaden wird ausgeschlossen. Ein Verzug des Kostenträgers scheidet allerdings aus, soweit der Kostenträger 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 von zwei Jahren, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Vertragsleistungen erbracht wurden, nicht mehr erhoben werden und gelten als erledigt.

- (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 RL 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 19.99.121. Werden die Daten dem Kostenträger vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten vom Kostenträger 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 der Kostenträger 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 beim Kostenträger eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber dem Kostenträger ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss dem Kostenträger vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.
- (9) Der Kostenträger ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt 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 den Kostenträger, 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 des Kostenträgers ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen den Kostenträger nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens des Kostenträgers gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten des Kostenträgers ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass der Kostenträger 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 der Kostenträger 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).

§ 12 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 Aus-

lieferung vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind, wobei dies nicht für Fehler gilt, die innerhalb der ersten 6 Monate nach Übergabe / Gefahrübergang zu Tage treten.

- (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 Kostenträger 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.

§ 13 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 Versorgung 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 Krankenhauses / des verordnen-

den 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.

§ 14 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.
- (3) Der Leistungserbringer nutzt personenbezogene Daten nur auf der Grundlage des vorliegenden Vertrages. Eine weitere Nutzung ist untersagt.
- (4) Der Leistungserbringer setzt für die 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. 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.
- (5) Test und Ausschussmaterial wird vom Leistungserbringer datenschutzgerecht entsorgt. Nicht mehr benötigte Unterlagen, die dem Leistungserbringer überlassen wurden, hat der Leistungserbringer datenschutzgerecht zu vernichten.
- (6) Der Leistungserbringer unterrichtet die mhplus umgehend bei Störungen des Verarbeitungsablaufs, bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Verarbeitung überlassener Daten.
- (7) Die Verarbeitung von Kundendaten an Heim-Telearbeitsplätzen ist nur mit Zustimmung der mhplus zulässig.

- (8) Die Änderung personenbezogener Daten obliegt allein der mhplus.
- (9) 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.
- (10) Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach § 43 BDSG, § 85 SGB X und anderen Vorschriften geahndet werden.
- (11) Im Falle eines Fehlverhaltens können die Mitarbeiter des Leistungserbringers in gleicher Weise wie die Mitarbeiter der mhplus verantwortlich gemacht werden (Erhaltung des Datenschutzniveaus).
- (12) 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

§ 15 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.

§ 16 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 verwarnen. 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 über das Ende 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.

§ 17 Inkrafttreten, Dauer und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2016 in Kraft. Er gilt für alle Erstversorgungen ab diesem Verordnungsdatum.
- (2) Hat der Kostenträger bereits vor Vertragsbeginn Versorgungen im Rahmen des Kaufprinzipes übernommen, so werden diese Versorgungen analog in die Fallpauschalen nach diesem Vertrag überführt.

- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages treten alle bisherigen Vereinbarungen und Absprachen außer Kraft.
- (4) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, schriftlich gekündigt werden. Ein Fax gilt als Einhaltung der Schriftform. Der Übersendungsbericht gilt als Eingangsbestätigung.
- (5) 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.
- (6) Der Vertragspartner hat alle Versorgungen, 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.
- (7) 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.
- (8) Eine Kündigung seitens des Kostenträgers aufgrund einer Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 SGB V ist frühestens zum 30.06.2019 möglich. Im Falle einer Ausschreibung vor dem in Satz 1 genannten Datum bleibt dieser Vertrag bis mindestens zum 30.06.2019 bestehen. Vertragliche Änderungen, Anpassungen und Ergänzungen in Bezug auf § 17 dieses Vertrages können durch die Vertragsparteien in gemeinsamem Einverständnis geregelt werden.
- (9) 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.

§ 18 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.

§ 19 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: 19.99.121

Erstversorgung (Versicherte nach Vollendung des 14. Lebensjahres)

Erstpauschale (1. und 2. Kalendermonat)	HMKZ	Abrechnungspositionsnummer	Bruttopreis in Euro	Nettopreis in Euro	Gesetzliche Zuzahlung
Tracheostoma unbeatmet	08	12.99.99.9001	850,00	714,28	20,00
Tracheostoma beatmet	08	12.99.99.9002	1.000,00	840,34	20,00
Laryngektomie	08	12.99.99.9003	600,00	504,20	20,00
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	08	12.99.99.9004	1.100,00	924,36	20,00

Folgeversorgung ab dem 3. Kalendermonat (Versicherte nach Vollendung des 14. Lebensjahres)

Folgepauschale (pro Monat)	HMKZ	Abrechnungspositionsnummer	Bruttopreis in Euro	Nettopreis in Euro	Gesetzliche Zuzahlung
Tracheostoma unbeatmet	09	12.99.99.9001	425,00	357,14	10,00
Tracheostoma beatmet	09	12.99.99.9002	500,00	420,17	10,00
Laryngektomie	09	12.99.99.9003	300,00	252,10	10,00
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	09	12.99.99.9004	550,00	462,18	10,00

Erstversorgung Kinder (Versicherte bis Vollendung des 14. Lebensjahres)

Erstpauschale (1. und 2. Kalender- monat)	HMKZ	Abrechnungspositionsnummer	Bruttopreis in Euro	Nettopreis in Euro
Tracheostoma unbeatmet	08	12.99.99.9011	1.050,00	882,35
Tracheostoma beatmet	08	12.99.99.9012	1.200,00	1.008,40
Laryngektomie	08	12.99.99.9013	800,00	672,27
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	08	12.99.99.9014	1.300,00	1.092,44

Folgeversorgung ab dem 3. Kalendermonat Kinder (Versicherte bis Vollendung des 14. Lebensjahres)

Folgepauschale (pro Monat)	HMKZ	Abrechnungspositionsnummer	Bruttopreis in Euro	Nettopreis in Euro
Tracheostoma unbeatmet	09	12.99.99.9011	625,00	525,21
Tracheostoma beatmet	09	12.99.99.9012	700,00	588,24
Laryngektomie	09	12.99.99.9013	500,00	420,17
Tracheostoma bei Wachkomapatienten	09	12.99.99.9014	750,00	630,25

Sprechhilfen/Shunt-Ventile/Stimmprothesen werden gesondert vergütet, insoweit keine Möglichkeit besteht diese über den behandelnden Arzt bzw. das Krankenhaus einzusetzen und als Sachkosten zu vergüten/abzurechnen. Diese Prüfung obliegt dem Verordner. Erhält der Leistungserbringer eine vertragsärztliche Verordnung so reicht er einen entsprechenden (elektronischen) Kostenvoranschlag ein.

Hierbei gilt: AEK + MwSt. + 10 %

Anlage 2: Leistungsbeschreibung

Die Versorgung der Versicherten erfolgt im Rahmen von Monatspauschalen. Die Monatspauschale beinhaltet und vergütet insbesondere folgende Produkte / Leistungen:

1. Alle Hilfsmittel, sowie Zubehör und Ersatzteile, Verbrauchsmaterialien, die zur Entlassung des Versicherten aus dem stationären Bereich und zur weiteren Versorgung medizinisch notwendig sind. Dies beinhaltet insbesondere:
 - stationäres oder mobiles Absauggerät laut Indikation
 - stationäres oder mobiles Inhaliergerät laut Indikation
 - Vernebler
 - Kanülen, auch in Sonder- und Maßanfertigung
 - Zubehör für Kanülen, z.B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder usw.
 - Kanülenreinigungsbürsten
 - Pflege- und Reinigungsmittel
 - Trachealspreizer
 - Absaugkatheter
 - Cuffdruckmesser
 - Stomabutton
 - Künstliche Nasen (HME) inkl. HME-Kassetten
 - Trachealkompressen
 - Vlieskompressen
 - Tracheopflasterversorgung / Basisplatten
 - Handschuhe, steril zur endotrachealen Absaugung
2. alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen
3. die Durchführung der technischen Kontrollen, Wartungen und Reparaturen der Geräte, sowie ggf. die notwendigen Ersatzversorgungen
4. Auslieferung, Abholung, Verschrottung von Geräten, sowie weitere im Zusammenhang mit den Geräten entstehende Kosten
5. definierte Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards

Bei beatmeten Versicherten fallen Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien, die für die Beatmung notwendig sind, nicht in den beschriebenen Versorgungsumfang. Bei diesen Versicherten umfasst die beschriebene Pauschale die definierten Leistungen bis einschließlich der Trachealkanülen inklusive der künstlichen Nasen/HME. Von der Pauschale ausgenommen sind demzufolge Gänsegurgeln und Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte sowie Inhalationsgeräte, die in den Beatmungskreislauf integriert werden dürfen.

Anlage 3: Qualitäts- und Versorgungsstandards

Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung des Kunden im häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich

Die hilfsmittelbezogene Beratung und (Erst-)Versorgung des Kunden erfolgt im Rahmen des Überleitungsmanagements / Krankenhausentlassmanagements in der häuslichen Umgebung des Kunden, im ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung aus der stationären Einrichtung, einschließlich der Wochenenden und Feiertage, erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung der Kunden mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag durch eine Frei-Haus-Lieferung.

Die ersten 3 Monate nach Anlage des Tracheostomas bzw. nach erfolgtem operativen Eingriff werden als besonders beratungsintensiv angesehen. Gerade in dieser Zeit sind verstärkt Veränderungen und Komplikationen möglich, die sich auf die Hilfsmittelversorgung auswirken können. Für den genannten Zeitraum ist der Leistungserbringer daher verpflichtet, den Kunden je nach Anforderung und in Absprache mit dem behandelnden Arzt so oft wie angefordert und benötigt zu beraten und zu versorgen.

Zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung finden mindestens 4 Beratungsbesuche innerhalb der ersten 3 Monate nach dem operativen Eingriff und nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Sofern der Kunde nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden die Beratungsbesuche auf die pflegenden Angehörigen und/oder den beteiligten Pflegedienst bzw. das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen übertragen. Bei Bedarf oder auf Anforderung des Versicherten, pflegender Angehöriger oder des Pflegepersonals finden weitere Beratungsbesuche auch nach Ablauf der ersten 3 Monate statt.

Personelle Standards

Zur persönlichen, hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Kunden setzt der Leistungserbringer nur Mitarbeiter ein, die mindestens die Qualifikationen und Fortbildungen nach § 3 Abs. 1 und 2 dieses Vertrages erfüllen.

Alle Mitarbeiter werden ständig fort- und weitergebildet:

- Sie erhalten jährlich fachspezifische Fortbildungen.
- Neue Mitarbeiter erhalten ein vom Leistungserbringer vorzuhaltendes Einarbeitungskonzept.
- Die ersten Schulungen und Beratungen durch die neue Pflegefachkraft (mit dem Kunden / mit einem Angehörigen / mit Pflegefachkräften des ambulanten Pflegedienstes / mit Pflegefachkräften in der vollstationären Einrichtung) sind unter Beteiligung der anlernenden Pflegefachkraft durchzuführen und zu dokumentieren.
- Die Qualifikationsnachweise des Personals werden dem Kostenträger auf Anforderung nachgewiesen. Änderungen hinsichtlich der Qualifikation und die Nachweise über die Fort- und Weiterbildung werden dem Kostenträger ebenfalls auf Anforderung mittels Kopie auf elektronischem Wege übersandt.

- Auf Anforderung des Kostenträgers ist eine Namensliste sowie ein Anstellungsnachweis einzureichen. Personelle Änderungen, die dazu führen, dass die personellen Anforderungen des Vertrages nicht mehr eingehalten werden, sind unverzüglich mitzuteilen.

Produktstandards

1. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG entsprechen (CE-Zertifizierung). Die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards sind zu beachten.
2. Die Art und Verwendungsdauer richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Dabei sind – unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten – soweit vorhanden, wiederverwendbare Produkte gegenüber Einmalprodukten vorzuziehen.
3. Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf des Kunden erbracht werden. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Kunden bei der Bemusterung der Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Indikationen (z.B. Hautunverträglichkeit) dagegen.

Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Zu den unter dem folgenden Abschnitt genannten Tätigkeiten sind ausschließlich die nach § 3 Abs. 1 und 2 qualifizierten und examinierten Mitarbeiter einzusetzen. Die reine Produktnachlieferung kann durch Medizinprodukteberater bzw. auf dem Postweg erfolgen, sofern der Versorgungsfall dies zulässt.

Im ambulanten Bereich bzw. in der vollstationären Versorgung erfolgt die hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung für das gesamte dort tätige Pflegefachpersonal.

1. Postoperativ / im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements / am Tag der Entlassung in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Pflegebereich
 - a. Dokumentation
 - Anlage einer Patientendokumentation.
 - Dokumentation im Rahmen eines Aufnahme- und Verlaufsprotokolls, welches im Wesentlichen die Inhalte der Anlage 4 abbildet.
 - Dokumentation der hilfsmittelbezogenen Beratung, die im Wesentlichen die Inhalte der Anlage 5 abbildet.
 - b. Aufklärung
 - Gespräche mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen / des betreuenden Pflegepersonals zur zukünftigen Versorgungssituation.
 - Begleitung der Patientenüberleitung in den häuslichen, ambulanten Bereich oder vollstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt.
 - Terminvereinbarung zur Schulung des Patienten und / oder der Angehörigen und / oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste / voll- oder teilstationärer

- Pflegeeinrichtungen im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte.
 - Übergabe einer Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Produkte.
 - Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf.
- c. Beratung und Versorgung
- Beratung bei der Auswahl und Anpassung der Erstversorgung, Bemusterung.
 - Frühestmögliche Versorgung mit der endgültigen Kanüle.
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen.
 - Anleitung des Patienten / Angehörigen / Pflegepersonals zur eigenständigen Versorgung des Tracheostomas.
 - Bereitstellung und Lieferung der Erstversorgung gemäß ärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden Arzt oder durch den Krankenhausarzt.
 - Verfügbarkeit der Ersatzkanüle.

2. Weitere hilfsmittelbezogene Beratung und Schulung zur Versorgung im ambulanten Bereich / in voll- bzw. teilstationärem Pflegebereich

Es erfolgen mindestens 4 Beratungsbesuche in der beratungsintensiven Phase der ersten 3 Monate nach der Krankenhausentlassung sowie weitere Betreuungsbesuche nach Bedarf mit den folgenden Leistungsinhalten:

- a. Dokumentation
- Dokumentation im Rahmen eines Verlaufs- bzw. Schulungsprotokolls, welches im Wesentlichen die Inhalte der Anlage 4 abbildet.
 - Terminvereinbarung für Folgeberatung.
- b. Schulung, Beratung und Versorgung
- Wiederholung bzw. Einweisung und Schulung des Patienten und / oder der Angehörigen und / oder des Pflegepersonals ambulanter Dienste / voll- oder teilstationären Einrichtungen im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte.
 - Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma.
 - + Die „richtige“ Inhalation.
 - + Die „richtige“ Absaugung.
 - + Der „richtige“ Kanülenwechsel.
 - + Die „richtige“ Reinigung der Kanüle.
 - Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit, Beruf.
 - Kontrolle zur Erkennung von Komplikationen.
 - Bei festgestellten Komplikationen werden diese dokumentiert, der behandelnde Arzt wird darüber unverzüglich informiert.
 - Produktlieferung.
3. Weitere Serviceleistungen
- Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. Anpassung auf Anforderung des Kunden / Angehörigen bzw. des Pflegepersonals (ambulant/vollstationär) nach Rücksprache mit dem betreuenden Vertragsarzt bzw. Krankenhausarzt.
 - Nachschulungen der ambulanten Pflegekräfte des Pflegedienstes, die zur

Ersteinweisung nicht anwesend waren, im Einverständnis mit der Pflegedienstleitung des voll- oder teilstationären Pflegebereiches / ambulanten Pflegedienstes.

- Telefonische Beratungshotline für Versicherte, Angehörige, ambulante Pflegedienste / vollstationäre Pflegeeinrichtungen.
- Lieferung der Produkte frei Haus.
- 24 Stunden Rufbereitschaft (nicht über Anrufbeantworter), sicherzustellen durch das examinierte und / oder technische Personal an sieben Tagen pro Woche. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle wie z.B. den Ausfall von medizintechnischen Geräten (z.B. Absauggerät usw.) und ggf. auch bei Komplikationen am Tracheostoma, wenn der Kunde nicht von einem Pflegedienst betreut wird. Die Rufbereitschaft ist mit einer Reaktionszeit von einer Stunde hinterlegt, in der Maßnahmen zur Beseitigung des Problems eingeleitet sein müssen. Für die Rufbereitschaft ist nur eine Notdienstnummer anzugeben.
- Grundsätzlich hat die Lieferung angeforderter Hilfsmittel am übernächsten Werktag zu erfolgen.

Qualitätsbericht / Qualitätskontrolle auf Anforderung

Für den Kostenträger ist auf Anforderung ein umfassender Qualitätsbericht rückwirkend für das vergangene Kalenderjahr mit folgenden Angaben zu erstellen:

1. Anzahl versorgter Kunden pro Monat/Quartal/Jahr.
2. Durchschnittliche Verbrauchswerte pro Kunde nach Einzelproduktaufstellung pro Monat/Quartal/Jahr.
3. Verhältnis / Anzahl tracheotomierter (tracheotomierter und beatmeter) / laryngektomierter / wachkoma-tracheotomiert / versorgte Kunden pro Jahr.

Weitere Inhalte des Qualitätsberichtes können individuell zwischen dem Kostenträger und dem Leistungserbringer vereinbart werden.

Gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V legt der Leistungserbringer dem vom Kostenträger benannten MDK auf Anforderung die versichertenbezogenen Aufnahme- und Verlaufsdocumentationen vor. Dies gilt insbesondere für die Anlage 4, die nur an den MDK, nicht an den Kostenträger weitergeleitet werden darf.

Anlage 4: Aufnahme- und Verlaufsprotokoll

Grunddaten:

eGK-Nr.:		Beratungs-	
Name:		gespräch:	
Vorname:			
Geb.Datum:			
Kontaktdaten:		Telefon:	
Adresse:			
Datum:		Krankenhaus:	
Folgetermin:	Tag/Uhrzeit:	mit:	

Post-operative Versorgungssituation:

<input type="checkbox"/> Häuslichkeit ohne PD	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit mit PD	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
Mobilität: <input type="checkbox"/> mobil / <input type="checkbox"/> immobil	ggf. vorhandene MobilitätsHM:	
Pflege des Tracheostomas:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Arzt	
Kanülenwechsel:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Arzt	
Reinigung:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Arzt	
Absaugung:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Arzt	
Inhalation:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Arzt	

Versorgungsart:

Versorgungsart:	<input type="checkbox"/> tracheotomiert	<input type="checkbox"/> laryngektomiert
Atmung:	<input type="checkbox"/> 24 h Beatmung	<input type="checkbox"/> temporär h: <input type="checkbox"/> Spontanatmung
Kehlkopf:	<input type="checkbox"/> erhalten	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> entfernt
Stimmprothese:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	Hersteller und HMV:
Wechselfrequenz:	Hinweise:	
Bewusstsein:	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt wach	<input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Koma
Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Mobilität:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> immobil
Sekretion:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> temporär erhöht <input type="checkbox"/> regelmäßig erhöht
Tracheostoma:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> nässend <input type="checkbox"/> gerötet
	<input type="checkbox"/> ulcerierend	<input type="checkbox"/> mazerierend <input type="checkbox"/> Granulombildung
	<input type="checkbox"/> Stenosenbildung	<input type="checkbox"/> Fistelbildung <input type="checkbox"/> sonstiges
Kanülen:	<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> ohne Cuff <input type="checkbox"/> mit Cuff
	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Silikon <input type="checkbox"/> Silber
	<input type="checkbox"/> Sonderanfertigung	<input type="checkbox"/> gesiebt <input type="checkbox"/> ungesiebt
	<input type="checkbox"/> IK (Innenkanüle)	<input type="checkbox"/> ohne IK <input type="checkbox"/> überlang
Wechselfrequenz:	sonstiges:	
Nachweis multiresistenter Keime:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Art:
Mykosen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Art:
Information des Arztes bei Komplikationen erfolgt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Anlage 5: Dokumentation und Nachweis über Schulung und Einweisung

Grunddaten:

eGK-Nr.:		Beratungs- gespräch:	
Name:			
Vorname:			
Geb.Datum:			
Kontaktdaten:		Telefon:	
Adresse:			
Datum:		Krankenhaus:	
Folgetermin:	Tag/Uhrzeit:	mit:	

Wer wurde eingewiesen:	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegekraft vollstationär

Hilfsmittel / Geräte:		Stimmbildung			
	Absaug- gerät	Inhalations- gerät	Sprech- ventil	Shunt- ventil	elektronische Sprechhilfe
Aufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reini- gung/Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel von Komponenten / Reparatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfall-Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma	Kanüle	Tracheostoma
Handhabung der Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung der Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege der Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einweisung zur Verwendung des Duschschutzes	<input type="checkbox"/>
Information über das Verhalten bei Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>
Information über Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>

Abgabe (firmeneigener) Handlungsempfehlungen/ Infomaterial/Broschüren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Bestätigung der Einwei- sung:	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegekraft vollstationär
Datum:	Unterschrift:	

Die Versicherte / der Versicherte wurde vom Hilfsmittellieferanten heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt und informiert:

- Alle Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit dem Tracheostoma benötigt und verwendet werden dürfen nur von dem genannten Hilfsmittellieferanten bezogen werden. Der Bezug entsprechender Hilfsmittel von einem anderen Leistungserbringer wird durch den Kostenträger nicht übernommen.
- Entsprechendes gilt für sämtliche Hilfsmittel im Bereich und im Zusammenhang mit dem Tracheostoma. Bei einer vorhandenen und / oder notwendigen Geräteversorgung umfasst dies auch alle damit im Zusammenhang stehenden Servicedienste und ergänzenden Leistungen.
- Die Geräte sind Eigentum des benannten Hilfsmittellieferanten und nur durch ihn bzw. dessen Mitarbeiter servicetechnisch zu betreuen.
- Ein Wechsel des Hilfsmittellieferanten ist grundsätzlich möglich. Es ist der vereinbarte Lieferturnus der Verbrauchsartikel zu beachten, sowie ein möglicher Gerätewechsel zu berücksichtigen. Der Wechsel des Versorgers und Hilfsmittellieferanten ist rechtzeitig durch den Versicherten bzw. die Angehörigen mit dem bisherigen, als auch mit dem zukünftigen Leistungserbringer abzustimmen und zu klären. Durch einen Wechsel ggf. entstehende Mehrkosten werden nicht durch den Kostenträger übernommen und sind ggf. selbst zu übernehmen.
- Der Kostenträger steht bei Fragen zur Versorgung gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen und Bemerkungen:

Über die oben genannten Punkte wurde ich informiert und aufgeklärt. Eine Schulung und Einweisung ist erfolgt, ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Datum:	Unterschrift Patient / Betreuer:
--------	----------------------------------

Daten Ihres Hilfsmittellieferanten:

(Name des Leistungserbringers)

(Service-Telefon-Nummer)

(Straße/Hausnummer)

(Postleitzahl/Ort)

Beratungsgespräch durchgeführt am: _____

Beratungsgespräch durchgeführt von: _____