

**Vertrag nach § 127 Absatz 2 SGB V über die
Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und
elektronischen Messsystemen der
Beckenbodenmuskelaktivität**

zwischen der

BKK vor Ort
Universitätsstr. 43
44789 Bochum
vertreten durch den Vorstand

- im folgenden BKK vor Ort genannt –

und der

„Vertragspartner“

vertreten durch den Geschäftsführer

- im folgenden Vertragspartner genannt –

Vertragsnummer: 5000

Inhalt

<u>§ 1 Gegenstand des Vertrages</u>	<u>4</u>
<u>§ 2 Teilnahmevoraussetzungen</u>	<u>4</u>
<u>§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung</u>	<u>4</u>
<u>§ 4 Art und Umfang der Leistungen</u>	<u>7</u>
<u>§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung</u>	<u>7</u>
<u>§ 6 Vergütungsregelungen</u>	<u>8</u>
<u>§ 7 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung</u>	<u>8</u>
<u>§ 8 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße</u>	<u>10</u>
<u>§ 9 Datenschutz</u>	<u>11</u>
<u>§ 10 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages</u>	<u>11</u>
<u>§ 11 Gerichtsstand</u>	<u>11</u>
<u>§ 12 Salvatorische Klausel</u>	<u>11</u>

Anlagen

Anlage 1	IK – Übersicht
Anlage 2	Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V
Anlage 3	Preisvereinbarung und Leistungsbeschreibung
Anlage 3a	Preisvereinbarung Elektroden für Geräte im Eigentum der BKK vor Ort (Altgeräte)
Anlage 4	Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvorschlägen

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK vor Ort mit Elektrostimulationsgeräten und elektronischen Messsystemen der Beckenbodenmuskelaktivität auf der Basis von Versorgungspauschalen für die Hilfsmittel der in der Anlage 3 benannten Produktuntergruppen bzw. Produktarten.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Absatz 1 und 1a SGB V sowie nach § 127 Absatz 2 SGB V erfüllt haben und hierüber eine Bestätigung der BKK vor Ort über die Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen zu diesem Vertrag erhalten haben.
- (2) Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle spätestens mit Vertragsbeginn nachzuweisen (Versorgungsbereiche 09A bzw. 15B).
- (3) Die Hilfsmittelversorgung ist ausschließlich durch qualifiziertes Personal sicherzustellen. Für die Qualitätssicherung der Versorgung setzt der Vertragspartner für die Einweisung und Beratung nur vom Hersteller dieser Hilfsmittel autorisierte, fachlich qualifizierte Mitarbeiter ein, die MPG-Berater für Hilfsmittel im Sinne dieses Vertrages sind, sowie ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Versorgung mit diesen besitzen. Die Qualifikationsnachweise des Fachpersonals sind mittels Kopien auf Anforderung der BKK vor Ort zu übermitteln.

Der Vertragspartner ist verpflichtet entsprechend sicherzustellen, dass sich die Mitarbeiter durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen den jeweils neuesten Stand in der Hilfsmittelversorgung aneignen. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und auf Anforderung der BKK vor Ort nachzuweisen.

- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten.
- (5) Der Vertragspartner hat das Vorliegen sämtlicher Leistungsvoraussetzungen dieses Vertrages während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht mehr erfüllt werden, so hat der Vertragspartner die BKK vor Ort unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (6) Liegen die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag nicht mehr vor, dürfen keine Versorgungsleistungen mehr nach diesem Vertrag vorgenommen werden.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGB V, § 70 SGB V und § 135a SGB V. Jede Versorgung muss insbesondere aus-

reichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

- (2) Bei allen Gewährleistungsregelungen bleibt die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz und anderen Vorschriften unberührt.
- (3) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel.
- (4) Die Regelungen zur Genehmigungspflicht für Hilfsmittel nach diesem Vertrag sind in der Anlage 3 enthalten.
- (5) Die BKK vor Ort ist aus wichtigem Grund berechtigt, regional und temporär die Genehmigungspflicht, auch für einzelne Produktuntergruppen bzw. Produktarten, aufzuheben oder später wieder einzuführen. Die Änderung des Genehmigungsmodus ist dem Vertragspartner mindestens einen Monat vor Umsetzung anzuzeigen.
- (6) Der Vertragspartner verzichtet darauf sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK vor Ort den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 8 Absatz 4g dieses Vertrages gewertet.
- (7) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung aufzufordern oder zu werben. Außerdem ist es unzulässig Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungen oder anderen Dienstleistungen aufzusuchen oder sie hierzu in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Der Hinweis auf Wartungspflichten, sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach Herstellerangaben sowie weitere Pflichten im Rahmen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der ISO/TÜV-Zertifizierungen bleiben davon unberührt. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 8 Absatz 4g dieses Vertrages gewertet.
- (8) Zusätzliche Vergütungen (z.B. „wirtschaftliche Aufzahlungen“) werden vom Versicherten für die vertragsgegenständlichen Leistungen grundsätzlich nicht gefordert und nicht erhoben. Hiermit sind nicht die gesetzlich geregelten Zuzahlungen gemeint. Wenn dem Versicherten im Rahmen des § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V Mehrkosten in Rechnung gestellt werden sollen, dann ist mit dem elektronischen Kostenvoranschlag bei der BKK vor Ort die detaillierte Mehrkostenerklärung (Anlage 2) und Auflistung der vom Versicherten gewünschten Produkte einzureichen. Bei genehmigungsfreien Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag, ist die BKK vor Ort vor Beginn der Versorgung schriftlich über die Mehrkosten mit der detaillierten Mehrkostenerklärung (Anlage 2) zu informieren. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 8 Absatz 4g dieses Vertrages gewertet.
- (9) Der Kostenvoranschlag, soweit nach diesem Vertrag erforderlich, ist elektronisch durch den Vertragspartner unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung und ggf. weiterer Unterlagen zu erstellen und bedarf der Genehmigung (Ausnahmen von der Genehmigungspflicht sind nur nach diesem Vertrag oder seinen Anlagen möglich). Dies gilt für die Erstversorgung und für jede Folgeversorgung. Das Kostenvoranschlagsverfahren ist vor der Auslieferung der Hilfsmittel sowohl in der Erstversorgung als auch in der Folgeversorgung, vor Ablauf der Versorgungspauschale, vorzunehmen. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Bewilligung besteht nicht. Ein Vergütungsanspruch für Hilfsmittel, die ohne vorherige Genehmigung der BKK vor Ort ausge-

liefert wurden, besteht weder gegen die BKK vor Ort noch gegen den Versicherten. Anderslautende Vereinbarungen zwischen Vertragspartner und den Versicherten sind nicht zulässig. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 8 Absatz 4g dieses Vertrages gewertet.

- (10) Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots in Arztpraxen, Rettungsstellen und Krankenhäusern ist ausschließlich zulässig, wenn das Hilfsmittel zur Versorgung im Notfall erforderlich ist (vergleiche auch § 128 Absatz 1 SGB V). Für Versorgungen im Notfall aus Depots sind grundsätzlich die „Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V zur Hilfsmittelabgabe über Depots“ vom 30.03.2009 zu Grunde zu legen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 8 Absatz 4g dieses Vertrages gewertet.
- (11) Die Hilfsmittelverordnung soll den Angaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung mit Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Hat der Arzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Verwendung der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Vertragspartner nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt über die Diagnose hinaus eine produktspezifische medizinische Begründung speziell für diese Versorgung angegeben hat. Fehlt die medizinische Begründung, hat die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Produktuntergruppe durch den Vertragspartner zu erfolgen.

Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Abgabe von Hilfsmitteln, die den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V zu der jeweiligen Produktart (Produktgruppe, Anwendungsbereich, Produktuntergruppe und Produktart) entsprechen. Die Auswahl des Hilfsmittels richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf des Versicherten. Die eingesetzten Hilfsmittel verfügen über eine CE-Kennzeichnung nach der Richtlinie 93/42/EWG.

Hilfsmittel, die nach § 33 SGB V in Verbindung mit § 34 Absatz 4 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, dürfen zu Lasten der BKK vor Ort nicht ausgeliefert werden.

Die kassenärztliche Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 4 Wochen nach Ausstellung durch den Vertragspartner angenommen wurde. Geht die kassenärztliche Verordnung innerhalb dieser 4 Wochen bei der BKK vor Ort ein, so gilt diese Frist als erfüllt.

- (12) Ein Versorgungsauftrag, der von der BKK vor Ort an den Vertragspartner geht, gilt als genehmigt. Hierzu wird der Versorgungsauftrag an den Vertragspartner elektronisch übermittelt.
- (13) Versorgungsaufträge, die durch die BKK vor Ort an den Vertragspartner gehen, dürfen nicht von diesem abgelehnt werden. Der Vertragspartner behandelt die Versicherten der BKK vor Ort nach gleichen Grundsätzen.
- (14) Ein Anspruch auf die Versorgungspauschale besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis der BKK vor Ort. Für genehmigungsfreie Versorgungspauschalen behält die BKK vor Ort das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Vertragspartner hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität zu prüfen.
- (15) Sollte der Vertragspartner das Hilfsmittel vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes abholen (z.B. bei Wegfall der medizinischen Notwendigkeit, Heim- oder Krankenhausaufenthalt usw.), ist eine schriftliche Information des Vertragspartners an die BKK

vor Ort erforderlich. Hier ist der genaue Grund und der genaue Zeitraum der Rückholung des Hilfsmittels anzugeben.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Für Art, Umfang und Erbringung der Leistungen gelten die entsprechenden Anlagen dieses Vertrages. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit dem Bedarf der Versicherten gerecht werden. Der Verwendungszweck und die Verwendungsdauer richten sich nach den Herstellerhinweisen. Die Hilfsmittel müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf des Versicherten erbracht werden. Er erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.
- (2) Der Vertragspartner übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV) sowie der Hilfsmittelrichtlinien und sonstigen relevanten Vorschriften in ihrer gültigen Fassung.
- (3) Die Auslieferung des Hilfsmittels und die Nachlieferung von Zubehör- und Verbrauchsmaterialien haben innerhalb von 24 Stunden (Werktagen) nach Genehmigung der BKK vor Ort zu erfolgen. Bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln nach diesem Vertrag hat der Vertragspartner innerhalb von 24 Stunden nach Erhalt der Verordnung die Versorgung durchzuführen.
- (4) Die Mindestangaben des elektronischen Kostenvoranschlages ergeben sich aus der Anlage 4 dieses Vertrages.
- (5) Der Vertragspartner informiert den Versicherten mit Auslieferung der Hilfsmittel über seinen Eigentumsvorbehalt bei leihweiser Überlassung von Hilfsmittel und gewährleistet für die gesamte Dauer der Versorgung eine einwandfreie Betriebs- und Funktionsfähigkeit.
- (6) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Vertragspartner durch eine vom Versicherten unterschriebenen Empfangsbestätigung/Lieferschein unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Die Empfangsbestätigung bzw. der Lieferschein ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen. Alternativ kann auch die Bestätigung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung erfolgen. Ohne Empfangsbestätigung (einschließlich Datum) kann keine Abrechnung erfolgen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Textfeld im Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der BKK vor Ort jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.

§ 5 Qualitätskriterien der Versorgung

- (1) Der Vertragspartner unterrichtet den Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner, Kontaktdaten (Telefon, FAX, E-Mail, Name, Anschrift usw.) sowie über den gesamten Ablauf der Versorgung.

- (2) Der Vertragspartner führt an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel einschließlich des vorhandenen Zubehörs sämtliche erforderlichen Überprüfungen, Kontrollen und Wartungen gemäß Herstellervorgaben durch.
- (3) Auf Wunsch des Versicherten muss der Vertragspartner eine kostenlose Beratung in der Häuslichkeit des Versicherten durchführen.
- (4) Die BKK vor Ort kann gemäß § 275 SGB V den jeweiligen zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Notwendigkeit der geplanten oder durchgeführten Versichertenversorgung beauftragen. Ebenso kann die BKK vor Ort jederzeit und ohne vorherige Bekanntgabe die Qualitätsstandards nach diesem Vertrag überprüfen. Hierzu ist der Vertragspartner auf Anforderung verpflichtet, dem MDK oder der BKK vor Ort die entsprechenden Dokumentationen unverzüglich kostenlos zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Vergütungsregelungen

- (1) Bei den in den Anlagen vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise unter Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages. Die Höhe der Vergütung der Leistungen des Vertragspartners ist in den Anlagen geregelt. Der Vertragspartner darf nur vertraglich vereinbarte Leistungen abrechnen, die von ihm erbracht und vorab durch die BKK vor Ort genehmigt wurden (Ausnahme sind die genehmigungsfreien Versorgungen nach diesem Vertrag). Mit den in den Anlagen vereinbarten Vergütungen sind alle nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen abgegolten.
- (2) Insbesondere Portokosten, Telefon- und Faxgebühren, Internetgebühren, Kosten im Zusammenhang mit dem elektronischen Kostenvoranschlag, Anfahrtspauschalen, Kosten für Hausbesuche, Kosten für die Rücksendung der Hilfsmittel, Beschaffungskosten, Verlust der Hilfsmittel und Gebühren an Dritte sind mit den vereinbarten Preisen abgegolten.
- (3) Unterbrechungen jeglicher Art (z.B. Rückholung des Hilfsmittels vom Versicherten oder Rückgabe durch den Versicherten) während eines Versorgungszeitraumes lösen bei gleicher/geänderter Indikation und anschließender Fortführung der gleichen Therapieart (wiederholter Hilfsmiteleinsatz) keinen neuen Anspruch auf eine Versorgungspauschale aus. Die Dauer der Unterbrechung ist dabei unerheblich.
- (4) Können Hilfsmittel wegen Nichtabholung, Annahmeverweigerung oder Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Vertragspartner keinen Anspruch auf Vergütung.
- (5) Zuzahlungen, Eigenanteile und Mehrkosten des Versicherten regeln sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Danach wird für jeden Versorgungspauschalenzitraum die Zuzahlung fällig, wobei aufeinanderfolgende Pauschalen als ein Versorgungszeitraum gesehen und angerechnet werden. Somit fällt für die Gesamtversorgung maximal eine Zuzahlung von 10,00 Euro an. Die Zuzahlung ist vom Vertragspartner einzuziehen. Der Preis des Hilfsmittels reduziert sich um die Höhe der Zuzahlung.

§ 7 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach § 302 SGB V und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leis-

tungserbringern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung der Daten und Urbelege sind an die Annahmestelle der BKK vor Ort zu übermitteln.

- (2) Bei der Abrechnung der Versorgungspauschalen (Erst- und Folgeversorgungspauschalen) sind mit der Rechnung die Empfangsbestätigung bzw. der Lieferschein mit der Unterschrift des Versicherten, ärztliche Verordnung und die Kostenübernahmeerklärung der BKK vor Ort bzw. die elektronische Genehmigungsnummer soweit diese nach diesem Vertrag erforderlich ist, beizufügen.
- (3) Die Abrechnung nach diesem Vertrag ist mit folgendem Leistungserbringergruppenschlüssel zu versehen: X

Bei der Abrechnung ist jeweils das gültige Institutionskennzeichen anzugeben. Eine Übersicht der Institutionskennzeichen ist in der Anlage 1 enthalten. Das Datum der Leistungserbringung ist bei allen Versorgungspauschalen immer anzugeben.

Folgende Bestandteile hat die Abrechnung mindesten zu enthalten:

- Abrechnung Leistungserbringerdaten gemäß §5 Absatz 1 der Richtlinie des GKV Spitzenverbandes
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis (sofern ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Hilfsmittel veranschlagt wird, ist der 7-Steller des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels anzugeben, welcher an den Stellen 8 bis 10 mit „900“ aufzufüllen ist)
- Kennzeichen Hilfsmittel (im Rahmen dieses Vertrages sind lediglich die Hilfsmittelkennzeichen 08, 09 und 12 zu verwenden)
- Beginn des Versorgungszeitraumes
- Ende des Versorgungszeitraumes
- Urbelege (z.B. ärztliche Verordnung, Empfangsbestätigung/Lieferschein nach § 4 Absatz 6 dieses Vertrages, Kostenübernahmeerklärung der BKK vor Ort bzw. die elektronische Genehmigungsnummer soweit diese nach diesem Vertrag erforderlich ist)
- Abliefernachweis mit Unterschrift oder Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens beim Versand von Hilfsmitteln
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung) nach § 6 der Richtlinie
- Begleitzettel für Urbelege nach Anlage 4 der Richtlinien
- Leistungserbringergruppenschlüssel
- Anlage 2 bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen
- Erprobungsbogen und Dokumentationsbogen bei der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz (gilt für die Hilfsmittelpositionsnummern 09.37.03.0, 09.37.03.1 und 15.25.19.12)

- (4) Abrechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen.
- (5) Der Vertragspartner kann eine Abrechnungsstelle zur Abrechnung und Einziehung seiner Forderungen beauftragen oder bevollmächtigen.
- (6) Die jeweiligen Vergütungen können nach Abgabe des Hilfsmittels gefordert werden. Die Vergütung wird 2 Wochen nach Eingang der Rechnung fällig. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

- (7) Forderungen aus Vertragsleistungen muss der Vertragspartner bis zum Ablauf von zwölf Monaten erheben, gerechnet vom Ende des Monats in dem die Hilfsmittelabgabe erfolgte. Danach besteht kein Anspruch mehr auf Vergütung der Leistungen.

§ 8 Zusammenarbeit, Vertragsverstöße

- (1) Dieser Vertrag hat zum Ziel eine dauerhafte vertrauenspartnerschaftliche Zusammenarbeit zu sichern. Die Vertragspartner sind sich einig, dass mit diesem Vertrag eine Mengenausweitung und/oder Ausgabensteigerung verhindert werden soll. Stellt die BKK vor Ort dennoch Mengenausweitungen und/oder Ausgabensteigerung fest, so treten die Vertragspartner umgehend in die Ursachenforschung ein, mit dem Ziele geeignete Maßnahmen zu vereinbaren.
- (2) Der Vertragspartner hat die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag abgeschlossene Berufshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden der BKK vor Ort auf Anforderungen vorzulegen und über die gesamte Vertragslaufzeit aufrecht zu erhalten. Die Deckungssummen betragen:
- 2.000.000,00 € für Personenschäden
 - 1.000.000,00 € für Sachschäden
 - 500.000,00 € für Vermögensschäden
- (3) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Vertragspartner durch die BKK vor Ort angehört. Im Anhörungsverfahren legt die BKK vor Ort alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten wird nach Anhörung des Vertragspartners eine Verwarnung ausgesprochen.
- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen wird eine Vertragsstrafe fällig. Die Vertragsstrafe wird durch die BKK vor Ort festgesetzt und kann bis zu 5 % des jährlichen Gesamtumsatzes nach diesem Vertrag betragen. Das Recht auf Erfüllung des Vertrages wird durch die Geltendmachung der Vertragsstrafe nicht ausgeschlossen. Zudem wird die BKK vor Ort eine außerordentliche Kündigung aussprechen und gemäß § 128 Absatz 3 SGB V den Vertragspartner für die Dauer von zwei Jahren von der Vertragsteilnahme ausschließen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Arzt
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - c) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung
 - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - e) Wiederholter oder schwerer Vertragsverstoß gegen den Datenschutz
 - f) Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Qualitäts-, Versorgungsstandards und Dokumentationsstandards aus diesem Vertrag
 - g) Verstoß gegen den § 3 Absatz 6 bis 10 dieses Vertrages
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 3 und/oder 4 dieses Vertrages ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Vertragspartner zu ersetzen.

§ 9 Datenschutz

Jeder Vertragspartner hat die für ihn geltenden datenschutzrechtlichen Regeln zu beachten.

§ 10 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2015 in Kraft. Er kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende schriftlich gekündigt werden. Jede Anlage kann separat mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende gekündigt werden.
- (2) Kündigungen können von Mitarbeitern der BKK vor Ort ausgesprochen werden.
- (3) Die BKK vor Ort ist berechtigt bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen nach § 8 Absatz 4 dieses Vertrages das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu beenden.

§ 11 Gerichtsstand

Die Parteien vereinbaren als Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag Bochum.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung oder eine künftig in ihn aufgenommene Bestimmung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam oder nicht durchführbar sein oder ihre Rechtswirksamkeit oder Durchführbarkeit später verlieren, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen der Vereinbarung nicht berührt werden. Das Gleiche gilt, soweit sich herausstellen sollte, dass die Vereinbarung eine Regelungslücke enthält. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke solle eine angemessene Regelung gelten, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommt, was die Parteien gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung gewollt hätten, sofern sie bei Abschluss dieser Vereinbarung oder bei der späteren Aufnahme einer Bestimmung den Punkt bedacht hätten. Dies gilt auch, wenn die Unwirksamkeit einer Bestimmung etwa auf einem in dem Vertrag vorgeschriebenen Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) beruht. Es soll dann ein dem Gewollten möglichst nahe kommendes rechtlich zulässiges Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) als vereinbart gelten.

Bochum, den _____

X, den _____

Vorstand
BKK vor Ort

Geschäftsführer
„Vertragspartner“

Anlage 1
(IK – Übersicht)

IK	Bezeichnung	Anschrift und Kontaktdaten

Anlage 2
(Erklärung des Versicherten über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V)

Im Rahmen dieses Vertrages wurde eine Vergütung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Maß des Notwendigen gemäß § 12 SGB V und § 70 SGB V für die Abgabe von Hilfsmitteln der Produktgruppen 09 (Elektrostimulationsgeräte) und 15 (Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität) zwischen der BKK vor Ort und dem Vertragspartner vereinbart.

Produktbezeichnung	HimiPosNr	Menge
Summe der wirtschaftlichen Aufzahlung:		€

- Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) im Rahmen dieses Vertrages ausführlich informiert worden.
- Mit den vereinbarten Mehrkosten für die Versorgung mit obenstehend genannten Hilfsmitteln bin ich einverstanden.
- Ich bin darüber informiert worden, dass die aufgrund der aufpreispflichtigen Versorgung entstehenden Mehrkosten (z.B. für Reparaturen oder Verbrauchsartikeln) damit zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen.
- Die Versicherteninformation habe ich verstanden und ein Exemplar erhalten.

 Name, Vorname des Versicherten

 Datum

Anlage 3
(Preisvereinbarung und Leistungsbeschreibung)

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung	Versorgungsform	Hilfsmittelkennzeichen	Nettopreis	Genehmigungspflicht
09.37.01.1	Biphasische Schmerztherapiegeräte, mehrkanalig, mit Therapiespeicher (TENS)	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	24,50 €	Nein
		Folgeversorgung (4. – 6. Monat)	09	14,95 €	Nein
		ab dem 7. Monat für jeweils 12 Monate	09	30,00 €	Nein
09.37.02.1	Biphasische Muskelstimulationsgeräte, mehrkanalig, mit Therapiespeicher (EMS)	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	24,50 €	Nein
		Folgeversorgung (4. – 6. Monat)	09	14,95 €	Nein
		ab dem 7. Monat für jeweils 12 Monate	09	30,00 €	Nein
09.37.02.2	Biphasische EMG-gesteuerte Muskelstimulationsgeräte mit Therapiespeicher	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	KV	Ja
		ab dem 4. Monat für jeweils 6 Monate	09	KV	Ja
09.37.03.0	Inkontinenztherapiegerät mit Therapiespeicher ohne Biofeedback	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	89,00 €	Ja
		ab dem 4. Monat für jeweils 6 Monate	09	68,00 €	Ja
09.37.03.1	Inkontinenztherapiegerät mit Therapiespeicher und Biofeedback	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	89,00 €	Ja
		ab dem 4. Monat für jeweils 6 Monate	09	68,00 €	Ja
09.37.04.	Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	KV	Ja
		ab dem 4. Monat für jeweils 6 Monate	09	KV	Ja
15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität (Biofeedbackgeräte)	Erstversorgung (1. – 3. Monat)	08	150,00 €	Ja
		ab dem 4. Monat für jeweils 6 Monate	09	68,00 €	Ja

KV = Kostenvoranschlag

Leistungsbeschreibung (Umfang der Versorgungspauschalen):

3.1 Grundsätze

Die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen. Das Eigentum am Hilfsmittel verbleibt beim Vertragspartner. Der Vertragspartner stellt dem Versicherten das Hilfsmittel leihweise zur Verfügung.

Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien sowie des Medizinproduktegesetzes (MPG). Im Rahmen der Wiederaufbereitung und dem Wiedereinsatz von Hilfsmitteln über Versorgungspauschalen hat der Vertragspartner die geltenden technischen und hygienischen Vorschriften zu beachten. Der Vertragspartner verpflichtet sich, bei der Versorgung der Versicherten nur solche Hilfsmittel einzusetzen, die den jeweiligen Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V entsprechen.

Der Vertragspartner stellt der BKK vor Ort mit Vertragsbeginn ein Geräteportfolio mit Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer zur Verfügung, in dem aufgeführt wird, welche Systeme/Geräte von welchem Hersteller zur Versorgung der Versicherten der BKK vor Ort zum Einsatz kommen. Nach diesem Vertrag kommen grundsätzlich mehrkanalige Geräte zum Einsatz.

Das Kostenvoranschlagsverfahren und die Liefer- und Rückholbestätigung, soweit nach diesem Vertrag erforderlich, sind elektronisch durchzuführen.

3.2 Umfang der Versorgungspauschalen

Die Versorgungspauschalen umfassen neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

- Bereitstellung bzw. Auslieferung der Hilfsmittel, einschließlich eventueller Verpackungs- und Fracht-bzw. Versandkosten
- Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache
- Bereitstellung und Nachlieferung von Zubehör, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien, insbesondere Gel, Batterien bzw. Akkus und alle Arten von Elektroden und Sonden in unbegrenzter Limitierung für die gesamte Dauer der Versorgungspauschale
- Einweisung und Beratung des Versicherten in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels. Auf Wunsch des Versicherten auch in der Häuslichkeit des Versicherten, sowie die entsprechende erforderliche Nachbetreuung
- Beratung des Versicherten über den Umfang der Versorgungspauschalen einschließlich des Versorgungsablaufes bei Folgeversorgungen. Der Vertragspartner hat den Versicherten schriftlich über die Haftung zu informieren. Mindestens folgende Kriterien sind schriftlich festzuhalten:
 - Keine Haftung des Versicherten bei leichter und mittlerer Fahrlässigkeit (Beschädigung des Hilfsmittels)
 - Der Versicherte stellt die BKK vor Ort und den Vertragspartner von Haftpflichtansprüchen Dritter frei, sofern diese durch den Gebrauch der Sache einen Schaden erleiden und diesen unmittelbar gegenüber der BKK vor Ort oder den Vertragspartner geltend machen

- Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Vertragspartners
- Reparaturen einschließlich ggf. notwendiger Ersatzteile, Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen innerhalb von 24 Stunden
- Ersatz- bzw. Interimsversorgung während der Reparatur, ggf. auch der Austausch eines defekten Hilfsmittels innerhalb von 24 Stunden
- Erprobung bei der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz
- Abholung der Hilfsmittel: Die Rückgabe der Hilfsmittel durch den Versicherten an den Vertragspartner kann auch per Versand erfolgen. Die vollständigen Versand- und Rückholkosten einschließlich ggf. der fachgerechten Entsorgung sind ebenfalls vom Vertragspartner zu tragen.
- Neuversorgungen gleicher Produktarten bzw. Produktuntergruppen (z.B. 09.37.03. zur 15.25.19.2 oder umgekehrt) sind mit der Versorgungspauschale abgegolten und nicht erneut abrechenbar. Ein ggf. erforderlicher Austausch hat daher kostenfrei zu erfolgen.

3.3 Versorgungszeitraum

Für Versorgungen nach diesem Vertrag ist grundsätzlich jeweils eine ärztliche Verordnung erforderlich (Erst- und Folgeversorgung/en). Für Reparaturen, Wartungen, sicherheitstechnischer Kontrollen, Nachlieferung von Ersatzteilen und Verbrauchsmaterialien, wie z.B. Elektroden und Sonden sind ärztliche Verordnungen nicht erforderlich.

Der mit der Versorgungspauschale vergütete Versorgungszeitraum beginnt mit dem Tag der Auslieferung des Hilfsmittels (Erstversorgung). Eine Erstversorgung liegt vor, wenn der Versicherte erstmals von dem Vertragspartner mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag versorgt wird. Der Versorgungszeitraum und der Vergütungsanspruch für eine Folgeversorgung beginnen mit dem Ablauf des vorangegangenen Versorgungszeitraumes. Ärztliche Verordnungen für Folgeversorgungen dürfen maximal 3 Wochen vor Beginn der Folgeversorgung ausgestellt werden.

Die definierten Versorgungszeiträume gelten unabhängig von einer eventuellen Rückgabe der Hilfsmittel durch den Versicherten bzw. der Rückholung durch den Vertragspartner vor Ende des Versorgungszeitraumes.

Die Dauer der Versorgung richtet sich grundsätzlich nach dem Zeitraum, der aus der ärztlichen Verordnung hervorgeht. Der verordnete Versorgungszeitraum darf die Länge der vertraglich vereinbarten Versorgungszeiträume für das jeweilige Hilfsmittel nicht überschreiten. Der Vertragspartner hat darauf hinzuwirken, dass der Arzt den konkreten Versorgungszeitraum angibt. Sofern der Arzt diese Daten nicht oder nur unvollständig angibt, sind sie beim Arzt zu erfragen und auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung zu ergänzen und vom Vertragspartner mit Angabe des Datums abzuzeichnen. Das Datum der ärztlichen Verordnung muss vor oder im angegebenen Versorgungszeitraum liegen.

3.4 Besonderheiten bei der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz

Bei der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten bei Inkontinenz (gilt für die Hilfsmittelpositionsnummern 09.37.03.0, 09.37.03.1 und 15.25.19.12) ist eine vorherige Erprobung erforderlich. Speziell bei der Versorgung mit Inkontinenz muss eine fachurologische ggf. gynäkologische bzw. proktologische Diagnostik vorausgegangen sein, welche nachvollziehbar die aussichtsreich verlaufende Erprobung dokumentiert.

Die erfolgreiche Erprobung ist zu dokumentieren und zusammen mit der ärztlichen Verordnung sowie dem Dokumentationsbogen dem Kostenvoranschlag elektronisch beizufügen.

gen. Der Dokumentationsbogen ist mit Vertragsbeginn zwischen den Beteiligten abzustimmen. Die Erprobung ist sowohl für die BKK vor Ort als auch den Versicherten kostenfrei. Im Rahmen der Inkontinenztherapie ist der Versicherte persönlich einzuweisen. Zwei bis vier Wochen nach der Einweisung ist der Versicherte über den Fortschritt der Therapie zu kontaktieren. Gegebenenfalls ist der Versicherte, falls notwendig persönlich, nachzuschulen, damit sichergestellt ist, dass der Versicherte das Hilfsmittel einwandfrei bedienen und nutzen kann.

Anlage 3a

(Preisvereinbarung Elektroden für Geräte im Eigentum der BKK vor Ort –Altgeräte-)

Hilfsmittelposi- tionsnummer	Bezeichnung und Versor- gungsumfang	Hilfsmittel- kennzeichen	Netto- preis	Genehmi- gungspflicht
09.99.01	Selbstklebeelektroden 32 mm rund (1 Set = 4 Stück)	12	6,30 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 40x40 mm (1 Set = 4 Stück)	12	5,88 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50 mm rund (1 Set = 4 Stück)	12	6,64 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50x50 mm (1 Set = 4 Stück)	12	5,88 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50x50 mm sensitiv (1 Set = 4 Stück)	12	7,14 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50x50 mm (1 Set = 20 Stück)	12	19,90 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50x90 mm (1 Set = 4 Stück)	12	5,04 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 50x130 mm (1 Set = 4 Stück)	12	10,08 €	Nein
09.99.01	Selbstklebeelektroden 80x130 mm (1 Set = 2 Stück)	12	8,40 €	Nein

Anlage 4

(Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvorschlägen)

1 Grundsätze

- Die BKK vor Ort verzichtet auf die Vorlage von Kostenvorschlägen bei den im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- Bei Vorlagepflicht ist je Hilfsmittel ein Kostenvorschlag zu liefern.
- Die BKK vor Ort behält sich vor, Kostenvorschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen.

2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem PG 09/15.25.19.2-Vertrag

Krankenversichertennummer	Es ist eine gültige Krankenversichertennummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104526376
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „999999999“ zu füllen.
Betriebsstättennummer	Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).
Verordnungsdatum	Entspricht dem Datum der ärztlichen Verordnung.
Diagnose	Es ist der amtliche ICD-Schlüssel zu liefern, welcher der Diagnose auf der ärztlichen Verordnung entspricht.
Antragsdatum	Entspricht dem Datum des Kostenvorschlages.

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der individuelle Leistungserbringergruppenschlüssel ist immer anzugeben.
Hilfsmittelnummer (Versorgungseinheit)	Es ist immer die jeweils 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des eingesetzten Gerätes anzugeben. Ist eine solche für das eingesetzte Geräte nicht vorhanden, ist die 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach der Anlage 3 anzugeben, die auf 10 Stellen mit der 900 ergänzt wird (z. B. 09.37.01.1900). Pharmazentralnummern gelten nicht als Hilfsmittelnummern.
Hilfsmittelnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis. Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Geräte-name/-typ manuell zur erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: Erstversorgungen = 08 Folgeversorgungen = 09 Zubehör für Altgeräte = 12
Leistungsbeginn	Bei Pauschalen/Mieten ist der Tag der Auslieferung auch der Leistungsbeginn. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 12.01.2015, Leistungsbeginn 12.01.2015 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 11.04.2015, Leistungsbeginn Folgepauschale: 12.04.2015

Leistungsende	<p><u>Erstversorgung / Folgeversorgung</u> Bei der Erstversorgung und der Folgeversorgung ist der letzte Tag nach Ablauf der jeweiligen Pauschallaufzeit anzugeben.</p> <p><u>Beispiel:</u> Ende der Erstpauschale (bei Leistungsbeginn am 12.01.2015) 11.04.2015; Leistungsende 11.04.2015</p>
Menge/Anzahl	Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.
Einheit	Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu bezeichnen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und des gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die für Produkte der PG 09/15.25.19.2 aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Leistungserbringer
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Verordnung • Ggf. weitere erforderliche Unterlagen • Mehrkostenvereinbarung – bei Erhebung von wirtschaftlichen Aufzahlungen (vgl. Anlage 2 des Vertrages) • Erprobungs-/Dokumentationsbogen – bei der Versorgung mit den Hilfsmittelnummern 09.37.03.0, 09.37.03.1 und 15.25.19.2 <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>