

# **Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge) und Neurodermitisoveralls für Kinder**

zwischen der

VIACTIV Krankenkasse  
Universitätsstr. 43  
44789 Bochum  
vertreten durch den Vorstand

-im folgenden VIACTIV genannt-

und der

„Vertragspartner“  
vertreten durch den Geschäftsführer/Inhaber

IK: X

-im folgenden Leistungserbringer genannt -

Vertragsnummer: 9100  
Leistungserbringergruppenschlüssel: 1999100

## **Inhaltsverzeichnis:**

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Beratung und Versorgung der Versicherten
- § 5 Hilfsmittelverordnung
- § 6 Kostenvoranschlag/Genehmigungsregelungen
- § 7 Vergütungsregelungen
- § 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung
- § 9 Haftung/Gewährleistung
- § 10 Werbung
- § 11 Datenschutz
- § 12 Inkrafttreten und Kündigung
- § 13 Vertragsverstöße
- § 14 Gerichtsstand
- § 15 Vertragsänderung, Schriftform
- § 16 Salvatorische Klausel

## **Anlagen:**

- Anlage 1 (Liefer- und Abrechnungsbedingungen)
- Anlage 2 Dokumentation nach § 127 Absatz 4a SGB V  
(Beratung zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- Anlage 3 (Mehrkostenerklärung)
- Anlage 4 (Unterlagen zum Vertragsbeitritt für Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge) und Neurodermitisoveralls für Kinder der VIACTIV Krankenkasse Vertrag 9100)
- Anlage 5 (Leistungsbeschreibung)
- Anlage 6 (Eignungserklärung)
- Anlage 7 (Preisvereinbarung für Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge) und Neurodermitisoveralls für Kinder)

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der VIACTIV mit folgenden Hilfsmitteln einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen gemäß der Leistungsbeschreibung und Preise der Anlagen 5 und 7:

- Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge)
- Neurodermitisoveralls für Kinder

Die abgegebenen Hilfsmittel gehen in das Eigentum des Versicherten über.

(2) Die Anlagen 2 und 3 dieses Vertrages stellen Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen können.

(3) Die Regelungen dieses Vertrages und seiner Anlagen gelten sowohl für die Versorgung im ambulanten bzw. häuslichen Bereich, als auch für voll- bzw. teilstationär untergebrachte Versicherte.

(4) Die Anlagen 1-7 sind Bestandteile dieses Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

(1) Dieser Vertrag gilt für die Versicherten der VIACTIV Krankenkasse, den vertragschließenden Leistungserbringer sowie weitere Leistungserbringer, die ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklären.

(2) Der Beitrittswunsch zu diesem Vertrag erfolgt durch die Anlage 4 dieses Vertrages einschließlich der dort geforderten Unterlagen und Angaben. Der Vertragsbeitritt wird erst wirksam, wenn die VIACTIV die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft, gegebenenfalls weitere in diesem Vertrag auf Anforderung zu erbringende Nachweise erhalten und schriftlich bestätigt hat.

(3) Leistungserbringergemeinschaften können diesem Vertrag ebenfalls beitreten. Die Art und der Umfang zur Übermittlung der teilnehmenden Betriebe sind hierbei individuell abzustimmen.

## **§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung**

(1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zu beachten. Alternativ zur Präqualifizierung ist bei Vertragsbeitritt die Anlage 6 (Eignungserklärung) einzureichen.

(2) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt. Auch hat der

Leistungserbringer dafür zu sorgen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Die Qualifikations/Fortbildungsnachweise sind vorzuhalten und auf Anforderung der VIACTIV einzureichen.

- (3) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGB V, § 70 SGB V und § 135a SGB V. Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der VIACTIV.
- (4) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels zur Versorgung des Versicherten obliegt – unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung - grundsätzlich dem Leistungserbringer, sofern die VIACTIV keine wirtschaftlichen oder leistungsrechtlichen Aspekte einzuwenden hat. Die Produktauswahl wird nach den aktuell gültigen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Medizinproduktegesetzes (MPG) und des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V – sofern gelistet - vorgenommen und hat sich an dem Versorgungsbedarf des Versicherten auszurichten. Hat der Arzt ein Einzelprodukt verordnet (Name des Produktes und/oder die Herstellerfirma), ist der Leistungserbringer nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt über die Diagnose hinaus eine produktbezogene ausführliche schriftliche medizinische Begründung für die Versorgung mit diesem Produkt auf der ärztlichen Bescheinigung angegeben hat. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte müssen die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42 EWG (CE-Kennzeichnung) erfüllen. Der Leistungserbringer übernimmt durch diesen Vertrag, die sich aus der Betreiberrolle ergebenden Verpflichtungen gemäß § 3 Absatz 2 MPBetreibV.
- (5) Versicherte der VIACTIV haben die freie Wahl unter den Leistungserbringern, die diesem Vertrag beigetreten sind.
- (6) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Er darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse nachweislich zerstört ist. Der Nachweis ist durch den Leistungserbringer zu erbringen.
- (7) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis des Versicherten zur VIACTIV. Der Leistungserbringer hat die vertragsärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.
- (8) Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots in Arztpraxen und Krankenhäusern ist ausschließlich zulässig, wenn das Hilfsmittel im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erforderlich ist.
- (9) Der VIACTIV steht es jederzeit frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

- (10) Der Leistungserbringer ist im Falle der Einleitung eines Insolvenzverfahrens oder bei Ablehnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse verpflichtet, dieses unverzüglich der VIACTIV anzuzeigen.
- (11) Die Gebrauchsanweisung muss der Leistungserbringer dem Versicherten zumindest in deutscher Sprache aushändigen.

#### **§ 4 Beratung und Versorgung der Versicherten**

- (1) Der Leistungserbringer hat dem Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Situation eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier Hilfsmittel anzubieten.
- (2) Die Hilfsmittelversorgung hat innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Genehmigung der VIACTIV –falls notwendig – oder nach Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer zu erfolgen. Wenn der Leistungserbringer die Versorgung nicht innerhalb von 3 Arbeitstagen durchführen kann, ist er verpflichtet den Versicherten hierüber zu informieren und einvernehmlich einen zeitnahen Liefertermin zu vereinbaren.

Kann der Leistungserbringer nach 5 Arbeitstagen keinen Liefertermin mit dem Versicherten abstimmen, ist die VIACTIV unverzüglich zu informieren.

Dem Versicherten ist mit der Lieferung des Hilfsmittels ein Produktblatt mit Hinweisen zur Handhabung, der fachgerechten Nutzung, der sachgerechten Anwendung, der Pflege und Reinigung des Hilfsmittels zu übergeben.

Außerdem teilt der Leistungserbringer dem Versicherten mit, dass er für Garantie und Gewährleistungsfälle für das gelieferte Hilfsmittel zuständig ist.

- (3) Der Leistungserbringer verzichtet darauf, sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die VIACTIV den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne des § 13 Absatz 2 dieses Vertrages gewertet.
- (4) Der Leistungserbringer stellt eine durchgehende telefonische Erreichbarkeit zu den ortsüblichen Telefonkosten von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Arbeitstag vorzunehmen.

## **§ 5 Hilfsmittelverordnung**

- (1) Hilfsmittel dürfen zu Lasten der VIACTIV abgegeben werden, wenn sie vertragsärztlich verordnet wurden.
- (2) Für die Verordnung von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (3) Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist die vollständig ausgefüllte vertragsärztliche Originalverordnung oder eine Beauftragung durch die VIACTIV Krankenkasse. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung – sofern nicht medizinische Gründe für eine andere Frist vorliegen – vom Leistungserbringer aufgenommen worden ist. Die Versorgung gilt als aufgenommen, wenn der Leistungserbringer die Verordnung oder den Versorgungsauftrag der VIACTIV Krankenkasse angenommen hat (z.B. Datum des Eingangsstempels). Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.
- (4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt sind und dass die Angaben schlüssig sind. Insbesondere ist der Verordnung die Diagnose zu entnehmen. Änderungen sind vom verordnenden Arzt auf der Verordnung zu dokumentieren (Unterschrift und Datum). Handschriftliche Veränderungen ohne die geforderte Dokumentation darf der Leistungserbringer nicht ausführen.
- (5) Der Leistungserbringer hält Rücksprache mit dem verordnenden Arzt, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht eindeutig ist oder sonstige Gründe der Versorgung entgegenstehen. Vor Abklärung der geeigneten Versorgung darf mit der Hilfsmittelversorgung nicht begonnen werden.

## **§ 6 Kostenvoranschlag/Genehmigungsregelungen**

- (1) Ein Kostenvoranschlag und die vertragsärztliche Verordnung sind für jede Versorgung nach diesem Vertrag elektronisch über die Plattform von ZHP-online vorzunehmen (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme), soweit in den jeweiligen Anlagen keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht getroffen wurden. Die Lieferbedingungen des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens ergeben sich aus der Anlage 1 dieses Vertrages und sind zwingend einzuhalten.
- (2) Ein Versorgungsauftrag, der von der VIACTIV an den Leistungserbringer geht, gilt als genehmigt. Der Versorgungsauftrag wird an den Leistungserbringer elektronisch übermittelt. Eine elektronische Versorgungsanfrage ist vom Leistungserbringer im selben Vorgang mit einem Kostenvoranschlag zu beantworten. Die Zusendung eines gesonderten Kostenvoranschlags in Papierform oder über einen neuen elektronischen Vorgang ist unzulässig. Fehlerhafte Vorgänge werden zurückgewiesen.

## § 7 Vergütungsregelungen

- (1) Bei den in den Anlagen vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise.
- (2) Mit den in den Anlagen dieses Vertrages vereinbarten Vergütungen sind alle im Zusammenhang mit der Abgabe des Hilfsmittels notwendigen Verwaltungs-, Dokumentations-, Dienst- und Serviceleistungen einschließlich der im Zusammenhang mit der Beschaffung stehenden Aufwendungen dieses Vertrages und dessen Anlagen abgegolten (z.B. Porto, Versand- und Verpackungskosten).

Eine darüberhinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden, es sei denn der Versicherte hat ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Leistung (Hilfsmittel mit Aufzahlung) verlangt. Im Falle einer mehrkostenpflichtigen Versorgung (z.B. bei Sonder- oder Übergrößen) sind die Beratung des Versicherten, die den Aufzahlungsbetrag begründenden Tatbestände und die Aufzahlungshöhe in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Der Versicherte erhält eine Durchschrift und das Original verbleibt beim Leistungserbringer. Auf Anforderung der VIACTIV ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Mehrkostenerklärung innerhalb von 3 Arbeitstagen zu übermitteln. Alternativ zur Unterschrift des Versicherten kann auch eine Bestätigung des Versicherten per FAX oder E-Mail über den Inhalt der Anlage 3 erfolgen.

- (3) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der VIACTIV entsteht erst mit Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Können Hilfsmittel wegen Nichtinempfangnahme, Annahmeverweigerung oder Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Leistungserbringer keinen Anspruch auf Vergütung.

- (4) Die Leistungspflicht der VIACTIV endet im Falle:

- der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
- der Beendigung der medizinischen Notwendigkeit
- dem Ende der Mitgliedschaft des Versicherten bei der VIACTIV

- (5) Der Leistungserbringer ist gemäß § 33 Absatz 8 SGB V verpflichtet, die Zuzahlung nach § 61 SGB V vom Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie das Hilfsmittel angegeben werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der VIACTIV verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

- (6) Ist für den Gebrauchswert eines Hilfsmittels ein Eigenanteil vorgesehen, ist der Leistungserbringer für das Einziehen des Eigenanteils verantwortlich. Die Höhe des Eigenanteils richtet sich nach den Verlautbarungen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (Eigenanteils- und Zuschussempfehlungen bei Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil). Der Vertragspreis reduziert sich um den Eigenanteil.

## § 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungslegung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Höhe der mit dem Versicherten vereinbarten Mehrkosten/wirtschaftliche Aufzahlung nach der Technischen Anlage 1 zu § 302 SGB V im Datenaustausch (DTA) zu übermitteln.
- (3) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der VIACTIV bzw. der von der VIACTIV benannten Abrechnungsstelle im Wege der elektronischen Datenübertragung. Die Anlage 1 ist inhaltlich ebenfalls bei der Abrechnung zwingend zu beachten. Erfolgt die Abrechnung nicht in elektronischer Form, so behält sich die VIACTIV eine Kürzung des Rechnungsbetrages nach § 303 Absatz 3 SGB V vor.
- (4) Jede Betriebsstätte verfügt über ein gültiges Institutionskennzeichen (IK), welches bei der Abrechnung verwendet wird. Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere Betriebsstätten, kann er seine Abrechnung für diese zentral vornehmen, er hat dann jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben. Änderungen (Name, Bankverbindung usw.) sind ausschließlich der ARGE IK (Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen) unverzüglich mitzuteilen. Verbindlich für die Abrechnung sind nur die bei der ARGE IK gespeicherten Daten. Andere Bankverbindungen werden von der VIACTIV bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (5) Die Abrechnung muss, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, mindestens folgende Angaben enthalten:
  - a) Institutionskennzeichen (IK) der VIACTIV
  - b) Leistungserbringerdaten und IK der (abgebenden) Betriebsstätte
  - c) Angaben zum Versicherten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Versichertenstatus
  - d) Urbelege:
    - vertragsärztliche Verordnung
    - Kostenvoranschlag oder Genehmigung bzw. Genehmigungskennzeichen aus dem elektronischen Kostenvoranschlagsverfahren, falls nach den Anlagen dieses Vertrages erforderlich
  - e) Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS 1999100)
  - f) Art der Leistung, ggf. Anzahl/Menge der Leistung
  - g) Produktbesonderheit
  - h) 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer analog den Anlagen dieses Vertrages
  - i) Datum der Leistungserbringung
  - j) Versorgungszeitraum (von und bis Datum), falls vertraglich vorgesehen
  - k) Einzelbetrag der Leistung, Gesamtsumme netto, Gesamtsumme brutto, Umsatzsteuersatz

- l) Kennzeichnung: „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Sonstige“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Begr.-Pflicht“
- m) Rechnungs- und Belegnummer

- (6) Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg -sofern nach diesem Vertrag und seinen Anlagen möglich-, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz unter dem TEXT-Segment anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der VIACTIV jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.
- (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 grundsätzlich kein Anspruch mehr auf Vergütung der Leistungen.
- (8) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Absatz 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Bei Zurückweisung der vollständigen Rechnung tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die rechnungsbegründenden Unterlagen gem. § 7 Absatz 3 dieses Vertrages fehlen, werden nicht vergütet.
- (9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die VIACTIV dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen dabei innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich beim Leistungserbringer geltend gemacht werden. Rückforderungen können nach erfolgloser Mahnung – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Bei Beanstandungen durch die VIACTIV hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 6 Monaten seit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer dieser schriftlich mit Begründung zu widersprechen.
- (10) Die Rechnungslegung erfolgt in Form einer Sammelabrechnung. Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang beglichen. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der vollständigen Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (11) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die VIACTIV hierüber unverzüglich zu informieren. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Vollmacht entzogen, ist

der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien des GKV Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält.

### **§ 9 Haftung/Gewährleistung**

- (1) Der Leistungserbringer haftet für sich und seine Mitarbeiter nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Es gelten die gesetzlichen Gewährleistungsrechte. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tage der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz und deren Vorschriften bleibt davon unberührt.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung vorzuhalten. Auf Verlangen der VIACTIV ist der Versicherungsnachweis unverzüglich vorzulegen. Die medizinisch notwendige Hilfsmittelberatung der Ärzte, Therapiebegleiter und Versicherte ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen.
- (4) Treten innerhalb des 10-jährigen Garantiezeitraumes bei Encasings Defekte oder Störungen auf, ist dem Versicherten durch den Leistungserbringer unverzüglich kostenfrei gleichwertiger Ersatz zur Verfügung zu stellen. Sofern die Defekte oder Störungen vom Versicherten zu verantworten sind, geht die Ersatzversorgung nicht zu Lasten des Leistungserbringers.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet die jährliche Nachprüfung der Encasings durch den TÜV vorzunehmen und den Prüfbericht der VIACTIV Krankenkasse zu übermitteln.

### **§ 10 Werbung**

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der VIACTIV beziehen.
- (2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt oder einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel ist ebenfalls nicht zulässig. Die

medizinisch notwendige Hilfsmittelberatung der Ärzte, Therapiebegleiter und Versicherte ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen.

- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag sind unzulässig. Unzulässig sind darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die VIACTIV unaufgefordert und detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

## **§ 11 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere DS-GVO, BDSG, SGB X und SGB I, sowie Landesdatenschutzgesetze, KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 DS-GVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 DS-GVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 DS-GVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der leistungspflichtigen

Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

## **§ 12 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.05.2020 in Kraft und gilt für alle Versorgungen (maßgeblich ist der Tag der Auslieferung des Hilfsmittels).
- (2) Die VIACTIV hat das einseitige Recht eine Anpassung einzelner Vertragsinhalte vorzunehmen (ausgenommen sind wesentliche Vertragsinhalte, wie z.B. Preise oder Leistungsbeschreibungen). Die VIACTIV wird den Leistungserbringer 2 Monate vor Inkrafttreten über die Anpassung informieren. Der Leistungserbringer kann im Falle der Vertragsanpassung innerhalb von 14 Tagen nach der Information über die Anpassung den Vertrag zum geplanten Inkrafttreten der Anpassung schriftlich kündigen.
- (3) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende schriftlich gekündigt werden. Jede Anlage und Produktart dieses Vertrages kann separat mit einer Frist von 1 Monat zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen.
- (4) Kündigungen können auch von Mitarbeitern der VIACTIV ausgesprochen werden.
- (5) Die VIACTIV ist bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen nach § 13 Absatz 2 dieses Vertrages berechtigt, das Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist schriftlich zu beenden.

## **§ 13 Vertragsverstöße**

- (1) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Leistungserbringer durch die VIACTIV schriftlich angehört. Im Anhörungsverfahren legt die VIACTIV alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Sofern im Anschluss an das Anhörungsverfahren ein Vertragsverstoß festgestellt wird, kann die VIACTIV folgende Maßnahmen ergreifen:
  - a) eine Verwarnung aussprechen
  - b) eine Vertragsstrafe in angemessener Höhe bis zu 50.000,00 € geltend machen, maximal jedoch in Höhe von 5 % der jährlichen Auftragssumme nach diesem Vertrag
  - c) den Vertrag außerordentlich, d.h. ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist insbesondere bei schwerwiegenden Vertragsverstößen, kündigen
- (2) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung und/oder genehmigtem Kostenvoranschlag
  - b) Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
  - c) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und Lieferungen

- d) Anforderung von Mehrkosten ohne Berücksichtigung der Regelungen im § 7 Absatz 2 dieses Vertrages
- e) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistungen
- f) Manipulation von Abrechnungsdaten
- g) Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen
- h) Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Qualitäts-, Versorgungs- und Dokumentationsstandards dieses Vertrages
- i) Verstoß gegen den § 4 Absatz 3

(3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 und 2 des § 13 dieses Vertrages sind durch die Vertragsverletzung verursachte Schäden zu ersetzen.

### **§ 14 Gerichtsstand**

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

### **§ 15 Vertragsänderung, Schriftform**

(1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

(2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages.

### **§ 16 Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages 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 des Vertrages nicht berührt werden. Das Gleiche gilt, soweit sich herausstellen sollte, dass dieser Vertrag eine Regelungslücke enthält. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke, soll eine angemessene Regelung gelten, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommt, was die Parteien gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck des Vertrages gewollt hätten, sofern sie bei Abschluss dieses Vertrages oder bei der späteren Aufnahme einer Bestimmung den Punkt bedacht hätten. Dies gilt auch, wenn die Unwirksamkeit einer Bestimmung etwa auf einem im dem Vertrage vorgeschriebenen Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) beruht. Es soll dann eine dem Gewollten möglichst nahekommendes rechtlich zulässiges Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) als vereinbart gelten.

Bochum, den \_\_\_\_\_

X, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorstand  
VIACTIV Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
X  
X

## Anlage 1 (Liefer- und Abrechnungsbedingungen)

### 1. Grundsätze

- Die VIACTIV verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- Nur bei Vorlagepflicht ist ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die VIACTIV behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen oder genehmigungsfreie Fallkonstellationen betreffen.
- Die dargestellten Erfassungsgrundsätze sind durchgängig auch im Rahmen der Abrechnungen zu verwenden.
- Die Inhalte dieser Anlage sind auch im Abrechnungsverfahren zwingend zu beachten.
- Die Bestätigung des Lieferdatums muss innerhalb von 5 Werktagen nach Auslieferung des Hilfsmittels im ZHP-online erfolgen.

### 2. Hinweise

Erhält der Leistungserbringer von seinem Dienstleister die Information, dass der elektronische Kostenvoranschlag abgelehnt wurde, so bedeutet das nicht zwingend, dass er inhaltlich abgelehnt wurde. Es ist möglich, dass der Kostenvoranschlag lediglich auf Grund technischer Unplausibilität (z.B. nicht korrekte Hilfsmittelnummer) nicht angenommen wurde. Üblicherweise wird zusätzlich eine systemseitige Nachricht mit den genauen Hintergründen herausgegeben. Im Zweifel ist der Dienstleister zu kontaktieren. In diesen Fällen ist der Kostenvoranschlag zu korrigieren und erneut einzureichen (keinen neuen Vorgang anlegen).

### 3. Spezifische Lieferbedingungen nach diesem 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 vertragsärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104526376
Vertragsarzt Nummer	Die lebenslange Arzt Nummer (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 vertragsärztlichen Verordnung.
Diagnose	Sofern auf der Verordnung die Diagnose als ICD-Schlüssel vorhanden ist, ist dieser per eKV zu übermitteln.
Antragsdatum	Entspricht dem Datum des Kostenvoranschlages.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben: 1999100
Abrechnungsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer) (Versorgungseinheit)	Es werden nur die vertraglich vereinbarten Hilfsmittelnummern (Vertragspositionsnummern) akzeptiert.
Produktbesonderheit	Die Produktbesonderheit ist immer nach den Anlagen dieses Vertrages anzugeben.
Abrechnungsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer) (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 oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag. Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Geräte-/typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen (LKZ)	Das Hilfsmittelkennzeichen (LKZ) ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 00 = Kauf
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <b>Kauf</b> des Hilfsmittels <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.05.2019, Leistungsbeginn 15.05.2019
Leistungsende	<u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.05.2019, Leistungsende 15.05.2019
Menge/Anzahl	<u>Kauf</u>  Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.
Einheit	<u>Kauf</u> Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.

	Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und der gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrkosten	Die im Zuge der Abrechnung verpflichtend auszuweisenden Mehrkosten/wirtschaftlichen Aufzahlungen (vgl. § 8 Abs. 2 des Grundvertrages 9100), sollten soweit technisch möglich bereits im Kostenvoranschlag ausgewiesen werden.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Kauf: Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertragsärztliche Verordnung</li> </ul> <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.</p>

**Anlage 2**  
**Dokumentation nach § 127 Absatz 4a SGB V**  
**(Beratung zur Versorgung mit Hilfsmitteln)**

Versicherte/r  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum oder  
Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_

Beratende Person  
(Versicherte, Betreuung): \_\_\_\_\_

Versorgender Leistungserbringer  
(Firmenstempel und IK-Nummer): \_\_\_\_\_ Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o.g. Leistungserbringer hat die/den o.g. Versicherte/n oder die Betreuungsperson vor Inanspruchnahme der Leistung/en darüber beraten, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind. Die/der Versicherte/die Betreuungsperson bestätigt, dass der Leistungserbringer ihn/sie über die **aufzahlungsfreie** Versorgung ohne Mehrkosten informiert und diese angeboten hat. Bei einer telefonischen Beratung und Bedarfsfeststellung und einer aufzahlungsfreien Versorgung ist keine Unterschrift durch den Versicherten bzw. der Betreuungsperson erforderlich.

Aufzahlungsfreie/s Hilfsmittel, HimiPosNr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuungsperson

Die/der Versicherte/r hat sich für die **aufzahlungspflichtige** Versorgung entschieden und bestätigt, dass er/sie diese Kosten sowie etwaige Folgekosten, welche durch die höherwertige Versorgung ausgelöst werden, selbst tragen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer

**Datenschutzhinweis:**

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter [viactiv.de/datenschutz](http://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Service-Center einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

### Anlage 3 (Mehrkostenerklärung)

Erklärung des/der Versicherten und der Betreuungsperson über das Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum oder  
Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_

Leistungserbringer  
(Firmenstempel oder IK-Nummer): \_\_\_\_\_ Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Aufzahlungsfreie Versorgung, HimiPosNr

\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die medizinisch erforderliche Versorgung auch ohne Mehrkosten/Aufzahlung möglich ist.

Ich habe mich nach eingehender Beratung und Auswahl verschiedener Produkte, auf eigenen Wunsch, für eine abweichende Versorgungsalternative mit Aufzahlung entschieden.

Mit der Zahlung der Mehrkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ € für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge hierfür anfallen können.

Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann. Eine Kopie dieser Erklärung wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuungsperson

\_\_\_\_\_  
Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

#### Datenschutzhinweis:

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter [viactiv.de/datenschutz](http://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Service-Center einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

**Anlage 4**  
**(Unterlagen zum Vertragsbeitritt für Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge) und Neurodermitisoveralls für Kinder der VIACTIV Krankenkasse Vertrag 9100)**

**1. Liefergebiet:**

- Bundesweit       Bundesland \_\_\_\_\_
- Postleitzahlen / Gebiete \_\_\_\_\_

**2. Beitritt für folgende Versorgungsbereiche:**

- Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge)
- Neurodermitisoveralls für Kinder

**3. Nachweis des aktuellen TÜV-Zertifikates (für Allergiker geeignet) für die Encasings**  
 (bitte Zertifikat beifügen)

**4. Nachweis des aktuellen ÖKO TEX Standard 100-Zertifikates für die Encasings und der Neurodermitisoveralls für Kinder**  
 (bitte Zertifikat beifügen)

**5. Eignungserklärung nach der Anlage 6 dieses Vertrages**  
 (bitte vollständig ausgefüllt beifügen)

**6. Übersicht der Institutionskennzeichen mit Angabe der vollständigen Kontaktdaten**

IK	Name, Anschrift, Telefonnummer, FAX und E-Mail

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Firmenstempel

## **Anlage 5 (Leistungsbeschreibung)**

### **1.1 Leistungsumfang**

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das verordnete Hilfsmittel nach Maßgabe dieses Vertrages und der Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

Mit umfasst sind alle im Zusammenhang damit erforderlichen Dienst-, Service- und Versorgungsleistungen, wie z.B.:

- Auftragsannahme
- Beratung des Versicherten
- Bedarfsfeststellung
- Lieferung
- Nachbetreuung
- Dokumentation der Beratung

### **1.2 Grundsätzliches bei Encasings**

Aufgrund der vertraglichen Garantiezeit besteht grundsätzlich ein Anspruch auf eine Neuversorgung nicht vor Ablauf von 10 Jahren. Abweichend von diesem Versorgungszeitraum hat ein Kind Anspruch auf ein neues Encasing, wenn das Kind wachstumsbedingt eine größere Matratze, Kopfkissen oder Bettdecke erhält.

Der Versicherte hat Anspruch auf eine zweite Ausstattung mit einem Encasing, wenn dieses vom Arzt medizinisch verordnet und begründet wurde, in folgenden Fällen:

- Partnerausstattungen (Ehepartner oder Lebenspartner), wenn diese im Raum des Allergikers schlafen
- Geschwister, wenn diese im Raum des Allergikers schlafen

Eine weitere Kostenübernahme, z.B. bei einem Zweitwohnsitz, Ferienwohnung oder bei Trennungskindern ist nicht möglich. Gleiches gilt für Topper, Seitenschläferkissen, Reiselaken, Spannbettlaken/Spannbezüge (z.B. für Schlafsofas).

#### **1.2.1 Grundsätzliches bei Neurodermitisoveralls**

Bei der Versorgung mit Neurodermitisoveralls haben Kinder bis zum Eintritt der Schulpflicht einen Anspruch von maximal zwei Ausstattungen je Größe im Jahr.

Für Neurodermitisoveralls mit Silberbeschichtung ist keine Kostenübernahme möglich.

### **1.3 Beratung und Bedarfsfeststellung**

Um den Versicherten mit einem geeigneten und medizinisch notwendigen Hilfsmittel zu versorgen, hat eine ausführliche Beratung und Bedarfsfeststellung zu erfolgen.

Der Leistungserbringer berät die Versicherten und/oder seine Angehörigen vor Inanspruchnahme der Leistung ausführlich im Sinne der §§ 33 und 127 Abs. 4a SGB V, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.

Der Versicherte ist im Beratungsgespräch über die Produkteigenschaften und Besonderheiten zu informieren.

Das für die Versorgung ausgewählte Hilfsmittel muss in Qualität und Ausführung den speziellen Bedürfnissen und Anforderungen des Versicherten entsprechen.

Bei der Bedarfsfeststellung zur Versorgung muss der individuelle Bedarf des Versicherten erhoben werden, um eine bedarfsgerechte Auswahl des Hilfsmittels zu treffen. Außerdem hat der Leistungserbringer den Versicherten zu befragen, ob er bereits mit einem Encasing oder einem Neurodermitisoverall versorgt wurde. Die Regelungen unter 1.2 und 1.2.1 sind zu beachten und im Zweifelsfall ist die VIACTIV vor Produktauslieferung zu kontaktieren. Die Beratung und Bedarfsfeststellung kann telefonisch durch den Leistungserbringer vorgenommen werden.

#### **1.4 Produktanforderungen**

Für die Versorgung mit Encasings gelten folgende weitere Mindest-Qualitätsmerkmale:

- Nachweislich dürfen keine mit Akarizid (wie z.B. Permethrin usw.) beschichteten Stoffe/Materialien benutzt werden
- Allergen-Dichtigkeit/Partikelrückhaltevermögen (min. 1-5 µm)
- 2-seitiger abgedeckter Reißverschluss
- TÜV zertifiziert (für Allergiker geeignet)
- ÖKO TEX Standard 100 zertifiziert
- knister-bzw. raschelfrei
- trocknerbeständig
- milbenkotdicht
- keine chemische Behandlung
- waschbar bis 95 Grad
- hohe Atmungsaktivität
- gute Feuchtigkeitsaufnahme
- Garantiezeit über 10 Jahre

Für die Versorgung mit Neurodermitisoveralls gelten folgende weitere Mindest-Qualitätsmerkmale:

- ÖKO TEX Standard 100 zertifiziert

## **1.5 Dokumentation**

Die Beratung wird vom Leistungserbringer analog der Anlage 2 dieses Vertrages dokumentiert. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer. Auf Anforderung der VI-ACTIV ist der Leistungserbringer verpflichtet, diese Dokumentation innerhalb von 3 Arbeitstagen (Montag – Freitag) an die VI-ACTIV zu übermitteln.

## Anlage 6 (Eignungserklärung)

Name des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

IK des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

<b>Allgemeine Voraussetzungen</b>		
<b>Voraussetzung</b>	<b>Nachweise</b>	<b>Erfüllung</b>
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt.	Wir erklären, dass eine Gewerbeanmeldung vorliegt oder eine Eintragung in das Handelsregister oder das Berufsregister des Firmensitzes erfolgt ist. Freiberufler haben eine Erklärung über die Zugehörigkeit zu freien Berufen beizufügen.	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein
Sicherstellung, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	Wir erklären, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein
Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt.	Wir erklären, dass eine Betriebshaftpflichtversicherung besteht, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt.	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein
Es besteht Insolvenzfreiheit.	Wir erklären, dass kein Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzlich geregeltes Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt worden ist oder der Antrag mangels Masse abgelehnt wurde oder ein Insolvenzplan rechtskräftig bestätigt wurde.	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein
Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden fristgerecht abgeführt.	Wir erklären, dass wir unsere Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, soweit sie der Pflicht zur Beitragszahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt haben.	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein

<b>Allgemeine Voraussetzungen</b>		
<b>Voraussetzung</b>	<b>Nachweise</b>	<b>Erfüllung</b>
Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.	Wir verpflichten uns den Datenschutz nach § 11 dieses Vertrages einzuhalten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten.	Wir erklären, dass wir die Regelungen des § 128 SGB V beachten .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sicherstellung der Beratung und Einweisung der Versicherten.	Wir verpflichten uns, sicherzustellen, dass der Versicherte durch qualifiziertes Personal sachgerecht beraten und in die Anwendung des Hilfsmittels eingewiesen wird.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Anlage 7**  
**(Preisvereinbarung für Encasings (antiallergene Bettzwischenbezüge) und Neurodermitisoveralls für Kinder)**

Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform und LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht	Bemerkungen
<b>Encasings</b>					
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000001</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Set-Preis Standardgrößen</b> (bestehend aus je einem Kissenbezug, Oberbettbezug und Matratzenbezug)	Kauf (LKZ 00)	29,33 €	Nein*	Kissenbezüge: bis 80 x 80 cm Oberbettbezüge: bis 155 x 220 cm Matratzenbezüge: bis 140 x 200 x 28 cm
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000002</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Set-Preis Partner Standardgrößen</b> (bestehend aus je zwei Kissenbezüge, Oberbettbezüge und Matratzenbezüge)	Kauf (LKZ 00)	58,66 €	Nein*	Kissenbezüge: bis 80 x 80 cm Oberbettbezüge: bis 155 x 220 cm Matratzenbezüge: bis 140 x 200 x 28 cm
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000003</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Kissenbezüge Einzelpreis</b>	Kauf (LKZ 00)	3,36 €	Nein*	(Breite x Länge) bis 80 x 80 cm
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000004</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Oberbettbezüge Einzelpreis</b>	Kauf (LKZ 00)	11,34 €	Nein*	(Breite x Länge) bis 155 x 220 cm
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000005</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Matratzenbezüge Einzelpreis</b>	Kauf (LKZ 00)	18,40 €	Nein*	(Breite x Länge x Höhe) bis 140 x 200 x 28 cm

Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer	Bezeichnung	Versorgungsform und LKZ	Nettopreis	Genehmigungspflicht	Bemerkungen
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000006</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Set-Preis Baby</b>	Kauf (LKZ 00)	29,33 €	Nein*	Kissenbezüge: bis 40 x 40 cm Oberbettbezüge: bis 80 x 80 cm Matratzenbezüge: bis 70 x 140 x 12 cm
99.00.01.0001 <b>Produktbesonderheit: 9900000007</b> (beim eKV und bei der Abrechnung zwingend anzugeben)	<b>Set-Preis Kleinkinder</b>	Kauf (LKZ 00)	29,33 €	Nein*	Kissenbezüge: bis 40 x 60 cm, Oberbettbezüge: bis 100 x 135 cm Matratzenbezüge bis 70 x 140 x 12 cm
<b>Neurodermitisoveralls</b>					
99.00.01.0013	<b>Neurodermitisoveralls für Kinder bis zum Eintritt der Schulpflicht</b>	Kauf (LKZ 00)	25,17 €	Nein	Größen: 62 - 140

LKZ = Leistungskennzeichen Hilfsmittel

**\*Genehmigungsregelung:**

Die Genehmigungsfreiheit besteht bei der ersten Versorgung mit Encasings.

Genehmigungspflicht besteht bei wiederholten Versorgungen mit Encasings. Diese sind erst nach der Regelgebrauchsdauer von 10 Jahren möglich. Dazu zählt auch die vorzeitige Wiederversorgung aufgrund wachstumsbedingten Wechsels der Bettwäsche von der Baby- zur Kleinkinderversorgung oder von der Kleinkinder- zur Erwachsenenversorgung.