

**Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V
zur Versorgung mit
ableitenden Hilfsmitteln der Produktgruppe 15**

zwischen der

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

**Metzinger BKK
vertreten durch den Vorstand Herrn Eberhard Stanger
Stuttgarter Straße 15+17
72555 Metzingen**

- im Folgenden "Krankenkasse" genannt

und der

xxx

xxx

- im Folgenden "Leistungserbringer" genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 151

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Geltungsbereich und Beitrittsvoraussetzungen	4
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	5
§ 4 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 5 Vergütungsregelungen	8
§ 6 Zuzahlung	9
§ 7 Qualitätssicherung	9
§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungsstellung	9
§ 9 Wechsel des Versicherten zu einem anderen Leistungserbringer	12
§ 10 Vertragsverstöße	12
§ 11 Datenschutz/Bundesdatenschutzgesetz	13
§ 12 Haftung	14
§ 13 Schlussbestimmungen	14
§ 14 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages	15
§ 15 Sonderkündigungsrecht bei Fusion	16
Anlage 1 Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards	17
Anlage 2 Beitrittserklärung für Leistungserbringer	19
Anlage 3 Preisvereinbarung.....	22
Anlage 4 Erklärung des Versicherten.....	27
Anlage 5 Festbeträge für ableitende Inkontinenzhilfen.....	28

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzprodukten der Produktgruppe 15 des Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unter Berücksichtigung des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibVO) und des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V), sowie deren Vergütung und Abrechnung.
- (2) Zu den Leistungen der hier im Vertrag geregelten Produkte der PG 15 zählen:
- 15.25.04.n externe Urinableiter
 - 15.25.05.n Urinbeinbeutel
 - 15.25.06.n Urinbettbeutel
 - 15.25.07.n Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme
 - 15.25.08.n Urinauffangbeutel für den Dauergebrauch
 - 15.25.09.n sonstige Urinauffangbeutel
 - 15.25.10.n Stuhlauffangbeutel
 - 15.25.12.n Urinalbandagen
 - 15.25.14.n Einmalkatheter zur ISK
 - 15.25.15.n Ballonkatheter
 - 15.25.16.n Katheterverschlüsse
 - 15.25.17.n Analtampons
 - 15.25.18.n Bettnässer-Therapiegeräte
 - 15.25.19.n Hilfsmittel zum Training der Beckenbodenmuskulatur
 - 15.25.20.n Intraurethrale Inkontinenztherapiesysteme
 - 15.25.21.n Intravaginale Kontinenztherapiesysteme
 - 15.25.22.n Spezielle Katheter zu Therapie
 - 15.99.99.n sonstige Abrechnungspositionen
- (3) Die Regelungen dieses Vertrages gelten für die Versorgung von Versicherten im ambulanten (häuslichen) Bereich, d. h. die Versorgung in der Wohnung des Versicherten. In Behinderteneinrichtungen, Alten – und Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen, mit denen zum Leistungszeitpunkt keine vertraglichen Regelungen für die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfen getroffen worden sind, ist der Versicherte ebenso nach diesem Vertrag zu versorgen.
- Die Krankenkasse gibt den Leistungserbringern, die Vertragspartner dieser Vereinbarung sind, mindestens 1 Monat vor Inkrafttreten eine schriftliche Information, mit welchen Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen sie vertragliche Regelungen im Bereich ableitende Inkontinenz getroffen hat.
- (4) Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit ableitenden Hilfsmitteln der PG 15, die über den Sprechstundenbedarf oder ärztliche Sachkosten bereits durch die Krankenkasse vergütet wird.

- (5) Die Anlagen 1 – 5 sind Bestandteil dieses Vertrages.
- | | |
|----------|---|
| Anlage 1 | Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards |
| Anlage 2 | Beitrittserklärung für Leistungserbringer |
| Anlage 3 | Preisvereinbarung |
| Anlage 4 | Erklärung des Versicherten |
| Anlage 5 | Festbeträge für ableitende Inkontinenzhilfen (01.01.2005) |

§ 2 Geltungsbereich und Beitrittsvoraussetzungen

- (1) Der Vertrag gilt für Versicherte und Anspruchsberechtigte der Krankenkasse.
- (2) Der Vertrag gilt für Leistungserbringer, die diesem Vertrag nach § 127 Abs. 2 a SGB V beigetreten sind.
- Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, sofern sie gemäß § 126 SGB V i. V. m. Anlage 1 dieses Vertrages für den Versorgungsbereich 15A die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme erfüllen und dies der Krankenkasse gemäß Anlage 2 nachgewiesen haben.
- (3) Ein Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V wird erst nach schriftlicher Bestätigung der Krankenkasse bei Erfüllung der Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme wirksam.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Präqualifizierung und damit die Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen. In diesem Fall prüft die Krankenkasse, ob die Vertragsvoraussetzungen weiterhin vorliegen. Sodann erhält der Leistungserbringer von der Krankenkasse eine schriftliche Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung.
- (5) Voraussetzung für den Beitritt zum Vertrag durch den Leistungserbringer ist, dass der Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem erstunterzeichnenden Leistungserbringer besteht.
- (6) Maßgeblich für die Geltung dieses Vertrages ist das Ausstellungsdatum der Verordnung.
- (7) Jeder Leistungserbringer gibt mit Vertragsschluss bzw. mit Beitritt sein Institutionskennzeichen (IK) an, mit dem er auch die Leistungen nach diesem Vertrag erbringen und abrechnen wird. Das IK des Leistungserbringers dient der Identifizierung als Vertragspartner dieses Vertrages. Ein fehlerhaftes IK führt

sowohl bei der Genehmigung als auch bei der Abrechnung zur Abweisung eines Versorgungsfalles und kann nur durch die korrekte Einreichung geheilt werden.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Im Übrigen sind die Grundsätze der §§ 12, 70 und 135a SGB V zu beachten.
- (2) Jede Versorgung nach diesem Vertrag erfolgt grundsätzlich aufzahlungsfrei, es sei denn, der Versicherte wünscht eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung (wirtschaftliche Aufzahlung). Die gesetzliche Zuzahlung bleibt davon unberührt.
- (3) Der Versicherte hat das Recht auf die freie Wahl unter den Leistungserbringern. Übt der Versicherte sein Wahlrecht nicht aus, wird der Versorgungsauftrag von der Krankenkasse direkt an einen der Leistungserbringer dieses Vertrages übergeben. Dabei wird dem Grundsatz gerechter Verteilung i. S. der wohnortnahen Versorgung gefolgt. Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Versorgungsaufträge kann hieraus nicht abgeleitet werden.
- (4) Jede Versorgung ist durch den Leistungserbringer unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung bei der Krankenkasse anzuzeigen (Kostenvorschlag). Bei Erstversorgungen im Zusammenhang mit Klinikentlassungen sind sogenannte Klinikverordnungen zulässig. Dies ist auf elektronischem Wege vorzunehmen. Jede Versorgung bedarf grundsätzlich der Genehmigung durch die Krankenkasse, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet darauf. Hierbei ist die korrekte Bezeichnung der Hilfsmittelpositionsnummer, des Hilfsmittelkennzeichens, des Abgabebereichs, des Versorgungszeitraumes und des Preises gemäß Anlage 3 verbindlich. Die im Abgabebereich hinterlegten Mengenkorridore gemäß Anlage 3 sind anzuwenden; Überschreitungen bedürfen einer medizinischen Begründung und sind nicht vom Genehmigungsverzicht nach Abs. 5 erfasst. Nicht korrekt ausgestellte elektronische Kostenvoranschläge werden mit der Bitte um Berichtigung zurückgewiesen.
- (5) Die Krankenkasse verzichtet auf die Genehmigung von ableitenden Hilfsmitteln der PG 15 (ausgenommen ISK – Versorgung 15.25.14.) bis zu einem Betrag in Höhe von 80 EUR brutto pro Monat bzw. 240,00 EUR brutto im Quartal. In diesen Fällen kann der Leistungserbringer direkt mit dem Abrechnungszentrum der Krankenkasse in Höhe der vereinbarten Vertragspreise abrechnen.
- (6) Übersteigt die Versorgung für ableitende Inkontinenzhilfen den Betrag von 80 EUR brutto pro Monat bzw. 240,00 EUR brutto im Quartal, muss die vertragsärztliche Verordnung unter Angabe des Versorgungszeitraums zur

- Genehmigung eingereicht werden. Die Genehmigung wird für den Versorgungszeitraum erteilt, der auf der vertragsärztlichen Verordnung angegeben ist, maximal jedoch wird durch die Krankenkasse eine Genehmigung für einen Zeitraum von 12 Monaten erteilt. Vor Ablauf des jeweiligen Genehmigungszeitraumes ist bei Langzeitversorgungen immer eine neue Verordnung zur Genehmigung einzureichen.
- (7) Ein Versorgungsauftrag, der von der Krankenkasse direkt an den Leistungserbringer übergeben wird, gilt bereits als genehmigt. Hierzu werden jeweils Verordnung und Versorgungsauftrag an den Leistungserbringer gesandt.
- (8) Versorgungsaufträge, die durch die Krankenkasse oder vom Versicherten an den Leistungserbringer gehen, dürfen nicht von diesem abgelehnt werden. Der Leistungserbringer behandelt die Versicherten der Krankenkasse nach gleichen Grundsätzen.
- (9) Die ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung enthält:
- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer) / Kostenträgerkennung
 - b. Name der Krankenkasse
 - c. Versichertennummer / eGK Nummer (12-stellig)
 - d. Name, Vorname, Anschrift, Geb. Datum des Versicherten
 - e. Gültigkeit der Versichertenkarte
 - f. Vertragsarztnummer (LANR und BSNR)
 - g. Ausstellungsdatum des Ordnungsblattes
 - h. Versichertenstatus
 - i. Vertragsarztstempel
 - j. Unterschrift des Vertragsarztes
 - k. medizinische Indikation oder Diagnose oder Diagnoseschlüssel
 - l. Name des Hilfsmittels, Hilfsmittelpositionsnummer aus dem Vertrag, bzw. die Positionsnummer aus dem bundeseinheitlichen Positionsverzeichnis
 - m. Versorgungszeitraum
 - n. die Kennzeichnung „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstige“.
- (10) Wird die Hilfsmittelverordnung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.
- (11) Der Leistungserbringer hat für die Vollständigkeit der vertragsärztlichen Verordnung gemäß Abs. 9 selbst Sorge zu tragen. Liegt der Krankenkasse eine unvollständige vertragsärztliche Verordnung zur Genehmigung vor, kann diese zurückgewiesen werden. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen gemäß § 7 Abs. 4 HMRL einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

- (12) Am Vertrag teilnehmende Verbände prüfen das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag gemäß Abs. 1 für ihre Mitglieder und stellen dem Kostenträger eine Vertragspartnerliste zur Verfügung. Diese Übersicht wird jeweils am Anfang eines Kalendermonats in einem von den Krankenkassen vorgegebenen Format allen am Vertrag teilnehmenden Kostenträgern zur Verfügung gestellt. Sie enthält mindestens die Namen und Anschriften der Betriebsstätten, das Institutionskennzeichen der Betriebsstätten, Vor- und Zuname des fachlichen Leiters, Kontaktdaten für Versicherte und Krankenkassen (Telefon, Fax, Mailadresse), Vertrags-Beitritts-Datum, das Versorgungsgebiet nach Postleitzahlen sowie ggf. das Institutionskennzeichen des Hauptbetriebes.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt alle Rechte und Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie den Hilfsmittelrichtlinien und sonstigen relevanten Vorschriften in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Versorgung des Versicherten hat grundsätzlich aufzahlungsfrei zu erfolgen. Wünscht der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung (ohne entsprechende medizinische Begründung), so hat der Leistungserbringer den Versicherten über entstehende Mehrkosten aufzuklären und dies zu dokumentieren (Anlage 4 oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument). Die Anlage 4 oder das inhaltlich vergleichbare Dokument ist jeweils den rechnungsbegründenden Unterlagen beizufügen. Zudem hat der Leistungserbringer dem Versicherten gegenüber diese Aufzahlung entsprechend § 6 Abs. 2 dieses Vertrages zu quittieren.
- (3) Auf Wunsch des Versicherten nimmt der Leistungserbringer durch qualifiziertes Fachpersonal (z.B. examinierte Fachkräfte) unverzüglich Kontakt zum Versicherten auf und stimmt einen Termin für eine persönliche Beratung und Einweisung in die Handhabung der benötigten Hilfsmittel ab. Sofern gewünscht findet die Einweisung im Häuslichen Umfeld am Wohnort des Versicherten statt. Der Leistungserbringer hat die Versorgung jeweils für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraumes sicherzustellen.
- (4) Der Leistungserbringer hat die Versorgung des Versicherten grundsätzlich für den auf der ärztlichen Verordnung angegebenen Zeitraum und ohne Unterbrechung sicherzustellen, auch wenn der Versicherte seinen Wohnort innerhalb Deutschlands wechselt.
- (5) Bei Beendigung des Vertrages durch Nichterfüllung der Pflichten dieses Vertrages, durch Kündigung oder Betriebsaufgabe sind nicht realisierte

vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen unverzüglich an die Krankenkasse zurückzugeben.

§ 5 Vergütungsregelungen

- (1) Es gelten die in der Anlage 3 vereinbarten Vertragspreise. Bei Änderung der Mehrwertsteuer bzw. der jeweiligen Festbeträge (Anlage 5) erfolgt eine entsprechende Preisanpassung.
- (2) Entfallen vertraglich geregelte Leistungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, können diese nicht mehr zur Abrechnung gebracht werden.
- (3) Die Abrechnung kann erst nach Abgabe der Hilfsmittel erfolgen und orientiert sich an dem Versorgungsumfang der der Lieferung zugrunde liegenden ärztlichen Verordnung. Hierbei wird ein Abrechnungszeitraum von drei Monaten nicht überschritten.
- (4) Verweigert ein Versicherter die Annahme einer Leistung oder ist durch einen Krankenhausaufenthalt nicht in der Lage, die Leistung anzunehmen, ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Leistung zurück zu nehmen und zu stornieren. Eine Vergütung erfolgt in diesem Fall nicht. Die Krankenkasse ist unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (5) Bei Eintreten folgender Ereignisse endet die Vergütungspflicht der Krankenkasse:
 1. Änderung der medizinischen Indikation (z. B. selbständige Ausscheidung, Kontinenz)
 2. Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers
 3. Beendigung der Mitgliedschaft.
- (6) Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Hilfsmittel orientiert sich an der zugrunde liegenden ärztlichen Verordnung und erfolgt jeweils für maximal drei Kalendermonate. Wünsche des Versicherten nach kleineren Lieferintervallen müssen durch den Leistungserbringer unbedingt berücksichtigt werden. Davon unberührt bleiben Abrechnungen und gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 6 und § 8 des Vertrages.
- (7) Kostenvoranschläge sind elektronisch einzureichen. Der Aufwand für die Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlages ist bereits in den vereinbarten Preisen enthalten

§ 6 Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zu überprüfen, ob der Versicherte eine Zuzahlung zu leisten hat oder ob eine Befreiung nach § 62 SGB V vorliegt.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V von dem Versicherten einzuziehen und diesem gegenüber zu quittieren. Die Quittung hat mindestens folgende Angaben zu enthalten:
 - Bezeichnung der Inkontinenzartikel / Produktgruppe
 - Zeitraum
 - Grund der Zuzahlung: „gesetzl. Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“
 - Datum, Stempel, Unterschrift (bei persönlicher Quittierung).
- (3) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse verringert sich um die Zuzahlung gemäß § 61 SGB V in Verbindung mit § 33 Absatz 8 SGB V.

§ 7 Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in der ihr geeignet erscheinenden Weise zu prüfen. Hierzu zählen insbesondere die Überprüfung auf medizinische Notwendigkeit der Leistung, Begutachtungen oder Beratung durch den MDK oder die Evaluation nach § 275 Abs. 3 SGB V. Um den Prozess der Evaluation zu beschleunigen, ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf Verlangen der Krankenkasse bzw. dem MDK den Einsatz sämtlicher Leistungen für die betreffenden Versicherten an den beauftragten MDK zu senden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Einsatz sämtlicher Produkte mit der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer zu dokumentieren.

§ 8 Abrechnung und Grundsätze der Rechnungsstellung

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

- f. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
- g. Genehmigungskennzeichen.

- (2) Die Krankenkasse akzeptiert als Empfangsnachweis der Hilfsmittel auch die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. die Nummer des Abliefernachweises oder gleichwertiger Daten des beauftragten Versandunternehmens. Diese sind dann jeweils versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch Datensatz (txt-Segment auf der Positionsebene EHI) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet die Aufbewahrung des elektronischen Abliefernachweises bzw. den Zugriff auf die entsprechenden Daten mindestens zwölf Monate sicherzustellen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Datum des Rechnungseinganges. Zur Durchführung stichprobenartiger Prüfungen sind der Krankenkasse die Lieferunterlagen (Kopie von Lieferschein und Abliefernachweis) auf Anforderung innerhalb angemessener Frist zur Verfügung zu stellen. Die damit verbundenen Kosten trägt der Leistungserbringer.
- (3) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 1 sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungsstellung im Original in der in den Richtlinien nach § 302 SGB V beschriebener Sortierreihenfolge an die von der Krankenkasse benannte Abrechnungsstelle zu liefern. Es ist möglich, eine Dauerverordnung für max. 12 Monate einzureichen. In diesem Fall wird zu Beginn der Abrechnung das Original der vertragsärztlichen Verordnung eingereicht und für die Folgemonate ist das Genehmigungskennzeichen der Genehmigung der Krankenkasse ausreichend.
- (4) Es werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen (bzw. des GKV-Spitzenverbandes) über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V.
- (5) Auf der Rechnung ist das Institutionskennzeichen (IK) anzugeben.
- (6) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den gemeinsamen Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Leistungserbringer mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (7) Bei Differenzen bzw. Beanstandungen der Abrechnungsunterlagen kann die Krankenkasse den Leistungserbringern die zu beanstandenden Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Ergibt sich bei einer Prüfung der Rechnungen des Leistungserbringers, dass die Bestimmungen dieses Vertrages nicht beachtet worden sind, so ist die

Krankenkasse berechtigt, entsprechende Absetzungen von der Rechnung vorzunehmen. Dies sind insbesondere:

- a. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - b. Doppelabrechnung
 - c. Versorgung 2 Leistungserbringer für den gleichen Zeitraum
 - d. Vollabrechnung des Leistungserbringers bei Teilgenehmigung
- (8) Rechnungen werden unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen ohne Abzug bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen und korrekten Datenlieferung bei der benannten Abrechnungsstelle der Krankenkasse. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird. Bei Differenzen oder Beanstandungen gem. Abs. 6 beginnt die Frist erst zu laufen, wenn die Differenzen bzw. Beanstandungen bereinigt worden sind.
- (9) Rechnungsbeanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Der Leistungserbringer kann gegen eine Rechnungsbeanstandung innerhalb von sechs Monaten seine Einwände vortragen. Anderenfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (10) Forderungen aus Vertragsleistungen muss der Leistungserbringer bis zum Ablauf von zwölf Monaten erheben, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistung erfolgt ist.
- (11) Im Rahmen von Rechnungsprüfungen ist der Leistungserbringer nach Aufforderung durch die Krankenkasse verpflichtet, angeforderte Abrechnungsunterlagen, Aufzeichnungen über Versorgungen und Dokumentationen zur Aufklärung von Überzahlungen unverzüglich an diese zu übergeben. Dies schließt medizinische Dokumentationen aus, soweit diese dem Datenschutz unterliegen.
- (12) Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits zu Unrecht geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unter Geltendmachung des Rückzahlungsanspruchs unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Der Rückzahlungsanspruch ist innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung zu begleichen.
- (13) Der Leistungserbringer kann eine Abrechnungsstelle zur Abrechnung und Einziehung seiner Forderungen ermächtigen. Dazu ist der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorzulegen. Die Abrechnungsstelle reicht mit den

Rechnungen die Originalrechnungsunterlagen ein. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihr ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vor Anweisung der Zahlung vorliegt. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Verletzt der Leistungserbringer oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle eine Pflicht aus diesem Vertrag, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle für den entstandenen Schaden als Gesamtschuldner. Fällige Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 9 Wechsel des Versicherten zu einem anderen Leistungserbringer

- (1) Dem Leistungserbringer ist es untersagt, an die bereits durch einen anderen Leistungserbringer versorgten Versicherten oder an die an der Versorgung beteiligten Dritten (wie z.B. Angehörige) heranzutreten und diese zum Leistungserbringerwechsel zu bewegen.
- (2) Möchte ein Versicherter oder ein an der Versorgung beteiligter Dritter (wie z.B. Angehörige) den Leistungserbringer wechseln, so wird dieser über alle Leistungserbringer dieses Vertrages durch die Krankenkasse informiert.
- (3) Erfolgt ein Wechsel im laufenden Kalendermonat, wird zum Monatsende die Versorgung beendet. Der Versorgungsauftrag wird im darauffolgenden Monat an den vom Versicherten ausgewählten neuen Leistungserbringer erteilt.

§ 10 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Leistungserbringer durch die Krankenkasse angehört. Im Anhörungsverfahren legt die Krankenkasse alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten wird nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung ausgesprochen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000 EUR festgesetzt werden. Zudem behält sich die Krankenkasse das Recht vor, gemäß § 14 Abs. 5 eine außerordentliche Kündigung auszusprechen und gemäß § 128 Abs. 3 SGB V den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Vertragsteilnahme auszuschließen. Nach Ablauf der Sperrfrist werden die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme, insbesondere die Eignung und Zuverlässigkeit des Leistungserbringers, erneut durch die Krankenkasse geprüft.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - c) Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung
 - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - e) Aufnahme von Leistungen von Nichtvertragspartnern in die eigene Abrechnung
 - f) Verstöße nach § 128 SGB V
 - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Versorgungsstandards (gemäß Anlage 1) aus diesem Vertrag.
- (3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen.
- (4) Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V hat die Krankenkasse bzw. die Krankenkassenverbände die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht strafbarer Handlungen mit nicht geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

§ 11 Datenschutz/Bundesdatenschutzgesetz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich entsprechend der geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Einhaltung des Datenschutzes. Auf die §§ 27, 35 SGB I sowie §§ 276, 284, 294 und § 304 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X und die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wird hingewiesen.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe des BDSG nur im Rahmen der Weisungen der Krankenkasse zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben des Leistungserbringers gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen dem Personal bekannt sind, und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise.

- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihnen übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu bewahren und vor der Einsichtnahme Dritter zu schützen.
- (5) Der Leistungserbringer haftet im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für Verstöße gegen den Datenschutz.
- (6) Der Leistungserbringer erklärt sich damit einverstanden, dass die Krankenkasse alle i. R. d. § 127 Abs. 5 SGB V erforderlichen Informationen bereitstellt.
- (7) Gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V legt der Leistungserbringer für den Fall der Prüfung, Begutachtung oder Stellungnahme dem MDK die versichertenbezogene Aufnahme- und Verlaufsdocumentation vor.

§ 12 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle materiellen Schäden im gesetzlichen Rahmen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
- (3) 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 Schlussbestimmungen

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, unterschiedliche Auffassungen bei der Anwendung dieses Vertrages einvernehmlich zu klären.
- (2) Falls einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sind oder unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Rechtsunwirksame Bestimmungen sollen einvernehmlich durch die

Vertragsparteien, soweit irgend möglich, durch wirksame Bestimmungen ersetzt werden, die zum gleichen, ähnlichen oder nächstgelegenen Ergebnis der unwirksamen Bestimmung führen. Entsprechend verfahren wird, wenn sich bei Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.

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

§ 14 Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals jedoch zum 31.08.2019 mit eingeschriebenem Brief von einer der erstunterzeichnenden Vertragsparteien gekündigt werden.
- (2) Der Vertrag kann von den beigetretenen Leistungserbringern jeweils nach Maßgabe des Abs. 1 Satz 2 gekündigt werden. Die Kündigung hat gegenüber der erstunterzeichnenden Krankenkasse zu erfolgen.
- (3) Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem beigetretenen Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer.
- (4) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.
- (5) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei schwerwiegenden Verletzungen gem. § 10 dieses Vertrages, bleibt unberührt. Das Vertragsverhältnis kann ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.
- (6) Sollte durch diesen Vertragsschluss gegen Verpflichtungen aus dem EG-Vertrag verstoßen werden, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht der Krankenkasse bereits vor dem 31.08.2019.

§ 15 Sonderkündigungsrecht bei Fusion

- (1) Fusioniert die Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse, so ist der Leistungserbringer 2 Monate vor Inkrafttreten der Fusion über diese zu informieren. Geht der Fusionsbescheid der Krankenkasse 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.

Ludwigsburg, den

xxx, den

mhplus Krankenkasse
Ludwig Knott
Unternehmensbereichsleiter
Versichertenservice

Metzingen, den

xxx, den

Metzinger BKK
Ludwig Knott
Unternehmensbereichsleiter
Versichertenservice

Anlage 1 Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards

1. Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer hat eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu gewährleisten.
- 1.2 Für die Abgabe von Hilfsmitteln sind die Medizinproduktbetriebsverordnung (MPBetreibV) und das Medizinproduktegesetz (MPG) verpflichtend.

2. Personelle Anforderungen

- 2.1 Die personellen Anforderungen nach § 126 SGB V sind grundsätzlich zu erfüllen.
- 2.2 Zur Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer zur persönlichen hilfsmittelbezogenen Beratung Mitarbeiter ein, die mindestens eine der folgenden Anforderungen erfüllen:

2.2.1 Versorgung mit Dauerkathetern und Urinalkondomen

- Staatliche geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder
- Staatlich geprüfte/r Altenpfleger/in oder
- Medizinprodukteberater mit nachgewiesener berufspraktischer Erfahrung in der Anwendung von ableitenden Inkontinenzhilfen und spezieller Fort- und Weiterbildung in der Inkontinenzversorgung und –therapie sowie ausreichender Kenntnisse und Fertigkeiten zur Versorgung von Patienten mit ableitenden Inkontinenzhilfen.

2.2.2 Versorgung mit Einmalkathetern zur ISK (PG 15.25.14)

- Staatliche geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in mit einschlägiger Weiterbildung zum Pflegefachexperten nach den Kriterien ECET D e. V./ WCET und der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V. oder
- Staatliche geprüfte/r Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in oder
- oder Staatlich geprüfte/r Altenpfleger/in.

- 2.3 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sein Personal regelmäßig weiterzubilden. Auf Verlangen ist dies gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen.

3. Allgemeine Dienst- und Serviceleistungen

Beratungen und Anleitungen dürfen nur durch Personal des Leistungserbringers durchgeführt werden, das die personellen Anforderungen erfüllt. Zum Beratungsinhalt gehört sofern erforderlich, die Produktbemusterung mit anschließender Testphase. Produktmuster sollten mit den Lebensgewohnheiten des Versicherten korrespondieren.

- 3.1 Die hilfsmittelbezogene persönliche Beratung, Bemusterung und Anleitung setzt grundsätzlich das Einverständnis des Versicherten voraus.
- 3.2 Auf Wunsch des Versicherten/oder seiner Angehörigen erfolgt die persönliche Beratung, Bemusterung und Anleitung in den Gebrauch der Hilfsmittel. Diese erfolgt auf Wunsch auch im häuslichen Umfeld des Versicherten.
- 3.3 Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden die Beratungsbesuche auf die pflegenden Angehörigen und/oder den professionell beteiligten Pflegefachkräften in ambulanten und/oder vollstationären Einrichtungen übertragen.
- 3.4 Über die Beratungen und Versorgungsinhalte und Anpassungen ist eine entsprechende Dokumentation zu führen. Über die Wahl des Dokumentationssystems entscheidet der Leistungserbringer.

- 3.5 Festgestellte Komplikationen sind zu dokumentieren und der behandelnde Arzt ggf. einzuschalten.
- 3.6 Die Überprüfung der Versorgung und ggf. Anpassung der Hilfsmittelversorgung erfolgt nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.
- 3.7 Die Bereitstellung von Nachlieferungen/Versorgungseinheiten richtet sich nach den räumlichen Lagerungsmöglichkeiten des Versicherten. Der Versorgungsumfang sollte einen Drei-Monatsbedarf nicht überschreiten.
- 3.8 Die korrekte Anwendung der im Vertrag vereinbarten Hilfsmittel umfasst auch die Schulung von Pflegekräften im ambulanten und/oder vollstationären Bereich; dies schließt erforderliche Nachschulungen mit ein.
- 3.9 Eine telefonische Beratungshotline für Versicherte/Angehörige/Pflegefachkräfte wird vorgehalten.
- 3.10 Die Lieferung der Produkte erfolgt Frei-Haus und innerhalb von zwei Werktagen. Mit dem Versicherten kann der Leistungserbringer auch andere Lieferfristen vereinbaren.

4. Besondere Dienst- und Serviceleistungen

Ergänzend zu den unter Punkt 3. aufgeführten Serviceleistungen gelten für Versorgungen aus der Produktgruppe 15.25.14. „Einmalkatheter zum ISK“ folgende zusätzlichen Anforderungen:

Beratungen und Anleitungen dürfen nur durch Personal des Leistungserbringers durchgeführt werden, das die personellen Anforderungen erfüllt.

Zur qualifizierten Versorgung von Versicherten mit Einmalkathetern zum ISK gehört mindestens ein Hausbesuch. Der erste Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Versicherten erfolgt unmittelbar mit Beginn der Versorgung. Die Häufigkeit der weiteren Besuche richtet sich nach dem Krankheitsbild und den individuellen Anforderungen des Versicherten und dessen medizinischen Bedarf.

Pro Kalenderjahr sollten bis zu zwei Hausbesuche durchgeführt werden. Alternativ dazu kann jeweils auch eine telefonische Beratung erfolgen. Die Leistungsinhalte der Beratungsbesuche/-gespräche umfassen insbesondere:

- Anleitung zur eigenständigen Versorgung (eigenständiges Katheterisieren)
- Schulung des Versicherten und ggf. der Betreuungs- bzw. Pflegepersonen im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte sowie zu Pflege- und Hygienemaßnahmen.
- Information über Selbsthilfegruppen und Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie und Beruf.

Anlage 2 Beitrittserklärung für Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V für den Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V zur Versorgung mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln der Produktgruppe 15.

Es können nur Leistungserbringer am o. g. Vertrag teilnehmen, die die Voraussetzungen nach § 126 SGB V für ableitende Inkontinenz PG 15 erfüllen. Die „Beitrittserklärung für Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2a SGB V“ ist daher in Verbindung mit den unter „Beitrittsvoraussetzungen“ benannten Nachweisen **für jede am Vertrag teilnehmende Betriebsstätte** auszufüllen unter folgender Postanschrift einzureichen:

mhplus Krankenkasse
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg

Abrechnungskennzeichen Tarifkennzeichen (AC / TK) 19 99 151			
Beitrittsvoraussetzungen (in Kopie)			
Beschreibung	Erläuterung		
Präqualifizierung nach § 126 SGB V	über die Abgabe von Hilfsmitteln zur ableitenden Inkontinenz (PG 15), Versorgungsbereich 15A für die jeweilige(n) am Vertrag teilnehmende(n) Betriebsstätte(n).		
Zertifizierung	<ul style="list-style-type: none"> ○ DIN EN ISO 13485 oder ○ DIN EN ISO 13488 oder ○ DIN ISO 9001 		
Kontaktdaten zur Veröffentlichung der Vertragspartnerdatenbank ¹			
Firma			
Institutionskennzeichen			
Rechtsform			
vertretungsberechtigte Person ^{2,3,4,5}			
Anschrift	Straße, Haus Nr.		
	PLZ		Ort
Telefon			Fax
Telefonnummer Servicehotline			
E-Mail			

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

² Bei Einzelunternehmen Unterschrift des Betriebsinhabers.

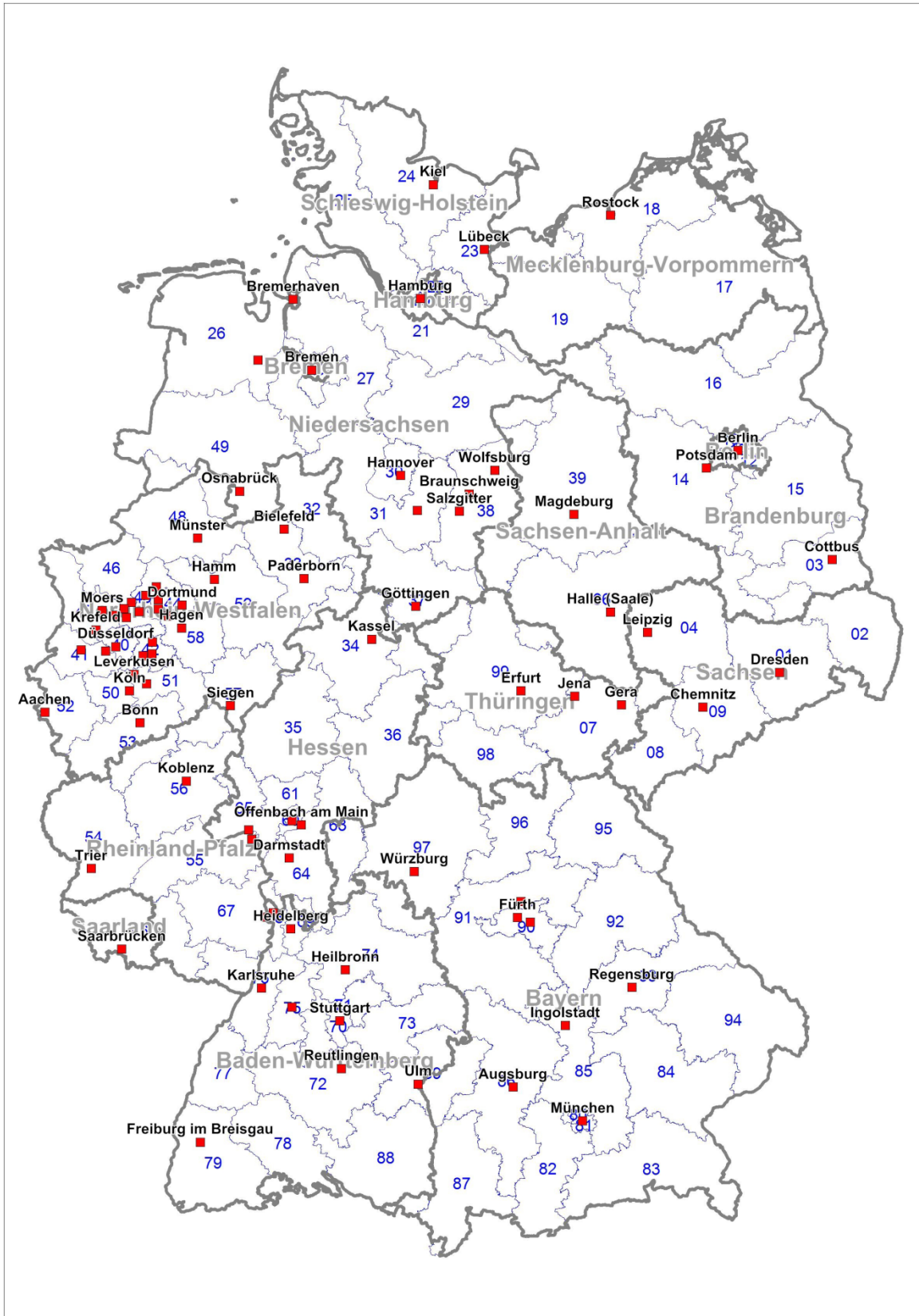
³ Bei Filialbetrieben Unterschrift des Betriebsinhabers und des Betriebsleiters.

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

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

Erklärung des Leistungserbringers			
	bundesweit	ODER Versorgungsgebiet nach PLZ 2-Steller siehe Grafik	
PLZ 2-Steller - 0:		PLZ 2-Steller - 1:	
PLZ 2-Steller - 2:		PLZ 2-Steller - 3:	
PLZ 2-Steller - 4:		PLZ 2-Steller - 5:	
PLZ 2-Steller - 6:		PLZ 2-Steller - 7:	
PLZ 2-Steller - 8:		PLZ 2-Steller - 9:	
Mir liegt der Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V zur Versorgung mit ableitenden Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 vor.			
Ich erkenne hiermit alle Inhalte des Vertrages nebst seiner Anlagen für die vorgenannte Betriebsstätte an.			
Ich versichere, dass seit Ausstellung der Präqualifizierung für die vorgenannte Betriebsstätte keine Änderungen der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse eingetreten sind, die eine Vertragsteilnahme nach § 127 Abs. 2 SGB V unwirksam werden lässt.			
Ich versichere, meine Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden über die gesamte Vertragslaufzeit aufrecht zu halten.			
Ich bin darüber informiert, dass bei falschen oder unzutreffenden Angaben die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V nicht erfüllt sind und damit die Grundlage des nachfolgenden Vertragsschlusses gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für die aufgeführte Betriebsstätte (sowohl für erstmalige Prüfungen als auch für Prüfungen infolge von Sachverhaltsveränderungen) entfällt.			
Ich versichere, Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards und insbesondere die personellen Anforderungen gemäß Anlage 1 des Vertrages zu erfüllen.			
Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.			
Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und/oder Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich den Änderungen und/oder Ergänzungen nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerspreche. Erfolgt ein fristgerechter Widerspruch, endet der Beitritt und damit die Versorgungsberechtigung.			
Ort/ Datum:		Stempel der Betriebsstätte:	
Unterschrift der vertretungsberechtigten Person			

PLZ Gebiet zur Angabe des Versorgungsgebietes



Anlage 3 Preisvereinbarung

19 99 151

Die aufgeführten Mengenempfehlungen sind Richtwerte. Sie dienen als Anhaltspunkte für den monatlichen (Kalendermonat mit 30 Tagen) Verbrauch der jeweiligen Produkte. Übersteigt die medizinische Notwendigkeit die hier dargestellten Richtwerte ist dies medizinisch zu begründen. Die Möglichkeit der Direktabrechnung gilt nur für Verordnungen, deren Mengen sich innerhalb der angegebenen Richtwerte bewegen. Die Krankenkasse verzichtet auf die Genehmigung von ableitenden Hilfsmittel der PG 15 (ausgenommen ISK – Versorgungen 15.25.14.) bis zu einem Betrag in Höhe von 80 EUR Brutto pro Monat bzw. 240,00 EUR Brutto im Quartal. In diesen Fällen kann der Leistungserbringer direkt mit dem Abrechnungszentrum der Krankenkasse in Höhe der vereinbarten Vertragspreise abrechnen.

HMPosnr.	Bezeichnung	Richtwert pro Monat	Abschlag in% (FB, AEP)	Vertragspreis Festbeträge = Brutto AEP = Netto	Hilfsmittel-Kennzeichen (HMK)
15.25.04	externe Urinableiter (pro Stück) Innerhalb der Produktuntergruppe 15.25.04. ist eine gleichzeitige Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktarten (7-Stellern) nur möglich, wenn dies fachlich geboten ist und die durchschnittliche Versorgungsmenge von 30 Stück im Monat insgesamt nicht überschritten wird. 15.25.04 nicht kombinierbar mit 15.25.15. (Ballonkatheter). Nicht abrechenbar bei suprapubischer Blasenkatheeter oder Nierenfistelkatheter.				
15.25.04.1	Urinableiter für Frauen	30	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.04.2	Urinableiter für Männer	30	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.04.3	Urinableiter für Kinder	30	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.04.4	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig	30	FB./ .20%	0,65	00, 04, 10
15.25.04.5	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt (mit Klebefläche/Klebestreifen)	30	FB./ .20%	2,06	00, 04, 10
15.25.04.6	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig	30	FB./ .20%	1,59	00, 04, 10
15.25.04.7	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt (mit Klebefläche/Klebestreifen)	30	FB./ .20%	2,21	00, 04, 10
15.25.04.8	Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderformen	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10

HMPosnr.	Bezeichnung	Richtwert pro Monat	Abschlag in% (FB, AEP)	Vertragspreis Festbeträge = Brutto AEP = Netto	Hilfsmittel-Kennzeichen (HMK)
15.25.05	Urin-Beinbeutel (pro Stück) Werden im Einzelfall Urinbeutel aus der Produktuntergruppe 15.25.05. (Urinbeinbeutel) miteinander kombiniert, ist dies nur bis zur Gesamtmenge von 30 Stück pro Monat möglich. Urostomaversorgungen unterliegen nicht diesem Vertrag.				
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril (auch mit Vlies)	30	FB./ .20%	2,30	00, 04, 10
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril (auch mit Vlies)	15	FB./ .20%	3,40	00, 04, 10
15.25.05.4	Kinderbeinbeutel, steril	30	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.05.5	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril (auch mit Vlies)	30	FB./ .20%	2,49	00, 04, 10
15.25.05.6	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril (auch mit Vlies)	15	FB./ .20%	3,24	00, 04, 10
15.25.05.7	Beinbeutel mit Entlüftung	4	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.06	Urin-Bettbeutel (pro Stück) Eine gleichzeitige Versorgung mit Hilfsmitteln aus den Produktarten (7-Steller) innerhalb der Produktuntergruppe 15.25.06. (Urin-Bettbeutel) und 15.25.09. (sonstige Urinauffangbeutel) ist nicht möglich. Urostomaversorgungen unterliegen nicht diesem Vertrag.				
15.25.06.0	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	30	FB./ .20%	0,38	00, 04, 10
15.25.06.1	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	30	FB./ .20%	0,96	00, 04, 10
15.25.06.2	Bettbeutel ohne Ablauf, steril	15	FB./ .20%	0,76	00, 04, 10
15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	15	FB./ .20%	2,01	00, 04, 10
15.25.07	Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme (pro Stück)				
15.25.07.0	Bettbeutel (mit Tropfkammer)	3-4	FB./ .20%	9,08	00, 04, 10
15.25.07.1	Kombinierte Bett- und Beinbeutel, mit Tropfkammer	3-4	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.08.					
15.25.08.0	Urinbeutel für Dauergebrauch	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.09	sonstige Urinauffangbeutel				
15.25.09.0	sonstige Urinauffangbeutel	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.09.1	Urinbeinbeutel (mit geringem Volumen) für mobile Patienten	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10

HMPosnr.	Bezeichnung	Richtwert pro Monat	Abschlag in% (FB, AEP)	Vertragspreis Festbeträge = Brutto AEP = Netto	Hilfsmittel-Kennzeichen (HMK)
15.25.10.	Stuhlauffangbeutel				
15.25.10.0	Beutel mit Klebefläche	30	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.12.	Urinalbandagen				
15.25.12.0	Urinalbandagen	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.12.1	Urinalsysteme zur Langzeitanwendung	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.14	Einmalkatheter zur ISK (pro Stück) Nicht abrechenbar bei suprapubischer Blasenkatheeter oder Nierenfistelkatheter.				
15.25.14.4	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig	150-180	FB./ .20%	0,45	00, 04, 10
15.25.14.5	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt (mit Gleitmittel)	150-180	FB./ .15%	2,78	00, 04, 10
15.25.14.6	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig	150-180	FB./ .18,5%	2,11	00, 04, 10
15.25.14.7	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	150-180	FB./ .15%	2,78	00, 04, 10
15.25.14.8	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt	100	FB./ .19%	4,70	00, 04, 10
15.25.14.9	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet gebrauchsfertig	100	FB./ .17%	4,84	00, 04, 10
15.25.15	Ballonkatheter 15.25.15. ist nicht kombinierbar mit 15.25.14. (Einmalkatheter zur ISK). 15.25.15 ist nicht kombinierbar mit 15.25.04 (externe Urinableiter). Nicht abrechenbar bei suprapubischer Blasenkatheeter oder Nierenfistelkatheter.				
15.25.15.3	Ballonspülkatheter, i.d.R. vom Arzt angelegt	k. A.	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.15.5	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzzeitige Versorgung	5-6	FB./ .20%	4,51	00, 04, 10
15.25.15.6	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung, (4-wöchiger Wechsel)	1-2	FB./ .20%	16,94	00, 04, 10
15.25.15.7	Ballonkatheter, Latexkern, silikonummantelt	2	AEP./ .20%		00, 04, 10

HMPosnr.	Bezeichnung	Richtwert pro Monat	Abschlag in% (FB, AEP)	Vertragspreis Festbeträge = Brutto AEP = Netto	Hilfsmittel-Kennzeichen (HMK)
15.25.16.	Katheterverschlüsse				
15.25.16.0	Katheterverschlüsse /-ventil	1	AEP./ .20%		00, 04, 10
15.25.17	Analtampons				
15.25.17.0	Analtampons	90	AEP./ .10%		00, 04, 10
15.25.18	Bettnässer-Therapiegeräte				
15.25.18.0	Bettnässer-Therapiegeräte		AEP./ .10%		00, 04, 10
15.25.19	Hilfsmittel zum Training der Beckenbodenmuskulatur				
15.25.19.0	Trainingsgewichte		AEP./ .10%		00
15.25.19.1	Mechanische Druckaufnahmesysteme		AEP./ .10%		00
15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität		AEP./ .10%		00
15.25.20	Intraurethrale Inkontinenztherapiesysteme				
15.25.20.0	Intraurethrale Inkontinenztherapiesysteme		AEP./ .10%		00
15.25.21	Intravaginale Kontinenztherapiesysteme				
15.25.21.0	Pessare	k.A.	AEP./ .10%		00, 04, 10
15.25.21.2	Vaginaltampons	30	AEP./ .10%		00, 04, 10
15.25.22	Spezielle Katheter zu Therapie				
15.25.22.0	Instillationskatheter		AEP./ .10%		00, 04, 10
15.25.22.1	Katheter zur Selbstdilatation		AEP./ .10%		00, 04, 10

15.99.99.	Zubehör und Verbrauchsmaterial				
15.99.99.0004	Abrechnungsposition für Spiegel für Frauen zur ISK		AEP./ .20%		00
15.99.99.0006	Abrechnungsposition für Spritzen zum Blocken von Ballonkathetern				00, 04, 10
15.99.99.0007	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel zum Einmalgebrauch				00, 04, 10
15.99.99.0008	Abrechnungsposition für Haltebänder für Urinbeutel, wieder verwendbar				00, 04, 10
15.99.99.0009	Abrechnungsposition für Halterungen/Taschen für Urinbeutel				00, 04, 10
15.99.99.0010	Abrechnungsposition für Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel				00, 04, 10
15.99.99.0011	Abrechnungsposition für Beinspreize zum ISK				00, 04, 10
15.99.99.1001	Abrechnungsposition für Hautkleber für Urinalkondome/Rolltrichter nur bei 15.25.04.4				00, 04, 10
15.99.99.1002	Abrechnungsposition für Gleitmittel zur ISK, nur bei Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln				00, 04, 10

Anlage 4 Erklärung des Versicherten

über eine wirtschaftliche Aufzahlung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V

Im Rahmen eines Vertrages wurde die Versorgung mit ableitenden Hilfsmitteln unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem Maß des Notwendigen gemäß § 70 SGB V für die Abgabe von Hilfsmitteln bei Inkontinenz zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer vereinbart.

Hilfsmittel der PG 15	Menge	PosNr.											

- Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) im Rahmen des geschlossenen Vertrages informiert worden.
- Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung mit privatem Eigenanteil für die Versorgung mit Hilfsmitteln (Hilfsmittelnummer angeben) bin ich einverstanden.
- Die Versicherteninformation habe ich verstanden und ein Exemplar erhalten.

Name, Vorname des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters	
Krankenkasse, Versichertennummer	
Datum, Unterschrift	
Leistungserbringer	
IK	
Name, Vorname des Mitarbeiters	

Anlage 5 Festbeträge für ableitende Inkontinenzhilfen

I. Allgemeine Erläuterungen zum Festbetragsgruppensystem und zu den Festbeträgen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemäß § 36 Abs. 1 SGB V gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden.

Um auch für ableitende Inkontinenzhilfen Festbeträge festsetzen zu können, wurde das am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Festbetragsgruppensystem in Bezug auf die Produktuntergruppen für ableitende Inkontinenzhilfen (15.25.04. ff.) überarbeitet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen nun auf dieser Basis die nachfolgenden Festbeträge für ableitende Inkontinenzhilfen fest. Die Festbeträge treten am 1. Januar 2007 in Kraft und gelten bundesweit. Die seit dem 1. Januar 2005 geltenden Festbeträge haben bis zu diesem Zeitpunkt Bestand. Maßgeblich ist der Tag der Leistungserbringung.

Bei den Festbeträgen für Inkontinenzhilfen handelt es sich um Bruttopreise, die die gesetzliche Mehrwertsteuer in der jeweils geltenden Höhe enthalten.

Aufgrund dessen erfolgte die Festsetzung der ableitenden Inkontinenzhilfen unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 19 Prozent.

Die nachfolgenden Festbeträge ersetzen die auf Bundesebene seit dem 1. Januar 2007 in Kraft und gelten bundesweit.

Die nachfolgenden Festbeträge für Inkontinenzhilfen umfassen sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Abgabe der Produkte entstehen. In qualitativer Hinsicht umfasst der Festbetrag Inkontinenzhilfen, die mindestens den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V i. V. m. § 139 SGB V entsprechen.

Auf der Grundlage des durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 36 Abs. 1 und 4 SGB V in Verbindung mit § 213 Abs. 2 SGB V beschlossenen Gruppensystems setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich gemäß § 36 Abs. 2 SGB V die folgenden Festbeträge für Inkontinenzhilfen fest:

**II. Festbeträge für Inkontinenzhilfen
Schlüssel Leistungserbringergruppe*
11 00 015/15 00 15/19 00 015
(Abrechnungscode/Tarifkennzeichen)**

Positionsnummer	Bezeichnung	Festbetrag	Kennzeichen Hilfsmittel zum DTA*
15.25.04 Externe Urinableiter (pro Stück)			
15.25.04.4	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig	0,82 €	00
15.25.04.5	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt (mit Klebefläche/Klebestreifen)	2,57 €	00
15.25.04.6	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig	1,99 €	00
15.25.04.7	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt (mit Klebefläche/Klebestreifen)	2,76 €	00
15.25.05 Urin-Beinbeutel (pro Stück)			
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril (auch mit Vlies)	2,88 €	00
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril (auch mit Vlies)	4,25 €	00
15.25.05.5	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril (auch mit Vlies)	3,11 €	00
15.25.05.6	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril(auch mit Vlies)	4,05 €	00
15.25.06 Urin-Bettbeutel (pro Stück)			
15.25.06.0	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	0,48 €	00
15.25.06.1	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	1,20 €	00
15.25.06.2	Bettbeutel ohne Ablauf, steril	0,95 €	00
15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril	2,51 €	00
15.25.07 Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme (pro Stück)			
15.25.07.0	Bettbeutel (mit Tropfkammer)	11,35 €	00
15.25.14 Einmalkatheter zur ISK (pro Stück)			
15.25.14.4	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig	0,57 €	00
15.25.14.5	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt (mit Gleitmittel)	3,27 €	00

Positionsnummer	Bezeichnung	Festbetrag	Kennzeichen Hilfsmittel zum DTA*
15.25.14.6	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig	2,59 €	00
15.25.14.7	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt	3,27 €	00
15.25.14.8	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt (mit Gleitmittel)	5,80 €	00
15.25.14.9	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet, gebrauchsfertig	5,83 €	00
15.25.15 Ballonkatheter (pro Stück)			
15.25.15.5	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzfristige Versorgung	5,64 €	00
15.25.15.6	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung	21,18 €	00

* gemäß Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V in der Abrechnung anzugeben.