

Vertrag

über den Neukauf von Rehabilitationshilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V

Zwischen der

**mhplus Krankenkasse
(Kranken- und Pflegekasse)
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg**

- im Folgenden Kostenträger genannt –

und der

XXX

- im Folgenden Leistungserbringer genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19.99.100

Präambel

Die mhplus kann gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung Verträge schließen, soweit Ausschreibungen nicht durchgeführt werden. Dieser Vertrag wird auf Grundlage des § 127 Abs. 2 SGB V nach öffentlicher Bekanntgabe und Vertragsverhandlungen geschlossen.

Nach dem Urteil des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 14.04.2010 sind Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V europarechtskonform.

Der Vertrag hat das Ziel, die mhplus Versicherten qualitativ hochwertig und wirtschaftlich mit Hilfsmitteln zu versorgen, soweit für das benötigte Produkt kein Wiedereinsatz möglich ist.

Der mhplus Hilfsmittelvertrag zu Rehabilitationshilfsmitteln wurde ergänzt mit Nachtrag zum 01.01.2015, sowie mit Nachtrag zum 01.04.2017.

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der mhplus mit neuen Hilfsmitteln entsprechend der Anlage 1 einschließlich dem notwendigen Zubehör, soweit und sofern kein entsprechender Wiedereinsatz aus dem mhplus kasseneigenen Lagerbestand oder dem kassenübergreifenden Lagerbestand durch den Kooperationspartner möglich ist. Außerdem die damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen.
- (2) Des Weiteren ist Gegenstand dieses Vertrages die Wartung und Reparatur der abgegebenen Produkte, sowie die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.
- (3) Das Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend § 12 SGB V ist hierbei von besonderer Bedeutung zur ausreichenden, zweckmäßigen und medizinisch sinnvollen Versorgung der Versicherten. Dies wird von den Vertragsparteien beachtet, damit unwirtschaftliche Versorgungen und Leistungsausweitungen unterbleiben.
- (4) Es besteht Einigkeit darüber, dass diese Vereinbarung gleichartige Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern nicht ausschließt.
- (5) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

Anlage 1: Preisliste

- (6) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabgabe besteht nicht.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

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

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

§ 3 Voraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist das Vorliegen einer Versorgungsberechtigung (Präqualifizierung). Diese beinhaltet die Bestimmungen zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich mhplus schriftlich mitzuteilen.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung während des gesamten Vertragszeitraums vollumfänglich sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nach Vertragsabschluss oder Beitritt nicht mehr erfüllt sein, hat der Leistungserbringer die mhplus unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (4) Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Beitrittserklärung zu diesem Vertrag, dass er die in § 3 genannten Voraussetzungen erfüllt. mhplus ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden. Der Leistungserbringer hat auf Verlangen die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Soweit mhplus feststellt, dass der beitrittswillige Leistungserbringer nicht die geforderten Voraussetzungen erfüllt, kann dem Beitritt widersprochen werden.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein. Die Qualität hat in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt (§ 70 SGB V) zu entsprechen, um der Behinderung und/oder Erkrankung des Versicherten voll gerecht zu werden. Sie hat das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V).
- (2) Vom Leistungserbringer werden ausschließlich Hilfsmittel verwendet, die im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V aufgenommen sind oder deren Aufnahme beantragt wurde. Bei noch nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln ist der mhplus eine schriftliche Begründung für

die Versorgung vorzulegen sowie auf Verlangen der mhplus ein Nachweis zu erbringen, dass die Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis beantragt worden ist.

- (3) Eine Leistung und/oder Abrechnung zu Lasten der mhplus kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen. Diese Hilfsmittelverordnung soll den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Vom verordnenden Arzt auf der Verordnung durchgeführte Änderungen sind entsprechend durch diesen zu dokumentieren (Unterschrift, Datum und Stempel). Neben den zugelassenen Vertragsärzten im ambulanten Bereich akzeptiert die Krankenkasse im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte des Musters 16 vorhanden sein. Dies sind:

- Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer)
- Name der Krankenkasse
- Versichertennummer
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- Gültigkeit der Versichertenkarte
- Vertragsarztnummer (LANR und BSNR)
- Ausstellungsdatum
- Versichertenstatus
- Vertragsarztstempel
- Unterschrift des Vertragsarztes
- Art des Hilfsmittels oder Hilfsmittelnummer
- Diagnose, Diagnoseschlüssel (soweit diese vom Arzt angegeben)
- Kennzeichnung „Gebühr Pfl“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstige“ (soweit Zutreffendes vom Arzt angegeben wurde)

Der Leistungserbringer hat für die Vollständigkeit der vertragsärztlichen Verordnung selbst Sorge zu tragen. Liegt der Krankenkasse eine unvollständige ärztliche Verordnung bei der Abrechnung vor, so kann die Krankenkasse von der Gesamtsumme bezüglich dieser Verordnung 5 % in Abzug bringen. Formfehler können im Einzelfall vom Leistungserbringer geheilt werden. Änderungen sind vom Leistungserbringer anzuzeigen.

Die vertragsärztliche Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist (Datum der Verordnung) oder bei der mhplus eingegangen ist.

- (4) Der Leistungserbringer hat nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung bzw. nach Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung unverzüglich eine Versorgung vorzunehmen, sofern hierfür eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Der Leistungserbringer liefert die erforderlichen/genehmigten Hilfsmittel innerhalb von 48 Stunden flächendeckend bundesweit an den Versicherten aus. Bei eiligen Versorgungsmöglichkeiten wie z. B. Krankenhausentlassungen ist das Hilfsmittel innerhalb von 24 Stunden an den Versicherten auszuliefern. Der Liefertermin ist vorab mit dem mhplus Versicherten telefonisch abzustimmen. Mit Einverständnis des Versicherten ist eine abweichende Lieferfrist möglich. Der

Leistungserbringer überlässt dem Versicherten die Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer. Der Versicherte hat den einwandfreien und ordnungsgemäßen Zustand des Hilfsmittels schriftlich zu bestätigen.

- (5) Bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln bleibt mhplus Eigentümerin der Hilfsmittel. Der Versicherte unterschreibt entsprechend bei Lieferung eine Eigentumsvorbehaltserklärung / Empfangsbestätigung. Vorher ist er über die Eigentumsverhältnisse zu informieren. Die Eigentumsvorbehaltserklärung muss mindestens folgende Inhalte aufweisen:
- Eigentümer des Hilfsmittels ist mhplus.
 - Der Empfang des Hilfsmittels in ordnungsgemäßem, gebrauchsfähigem Zustand wird bestätigt.
 - Der Versicherte verpflichtet sich zur sorgsamem Pflege und zum sorgsamem Umgang mit dem Eigentum der mhplus, bzw. dafür Sorge zu tragen, wenn das Hilfsmittel durch einen Angehörigen genutzt wird.
 - Der Versicherte informiert unverzüglich die mhplus und den Leistungserbringer bei Verlust des Hilfsmittels.
 - Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz entstehen, sind durch den Versicherten auf eigene Rechnung sach- und fachgerecht beheben zu lassen.
 - Der Versicherte übernimmt die Haftpflicht, die sich aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels ergibt. Dies gilt insbesondere bei Elektrofahrrädern, es ist eine entsprechende Privathaftpflichtversicherung abzuschließen. mhplus wird von der Haftung, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergibt freigestellt.
 - mhplus haftet nicht für Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch den Gebrauch des Hilfsmittels entstehen.
 - Der Versicherte sichert das Hilfsmittel gegen Beschädigung durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend.
 - Die Übereignung, Verpfändung oder Beleihung des Hilfsmittels ist nicht statthaft, die Überlassung an Dritte zum Gebrauch ist ebenfalls nicht statthaft.
 - Das Hilfsmittel wird mhplus umgehend zurück gegeben, wenn Gründe für die (weitere) Verwendung entfallen.
- (6) Der Neukauf eines Hilfsmittels durch mhplus umfasst folgende Leistungen:
- Versorgung des Versicherten mit dem notwendigen Hilfsmittel in technisch und optisch einwandfreiem Zustand
 - Beratung des Versicherten, auch an seinem Aufenthaltsort (Hausbesuch/Krankenhausbesuch)
 - Bei Bedarf erforderliche Zurüstungen und Zubehörteile gemäß vertragsärztlicher Verordnung, soweit die Kosten für Zurüstung und Zubehörteile durch mhplus übernommen werden
 - Verbrauchsmaterial
 - Anleitung und Anweisung des Versicherten im Gebrauch des Hilfsmittels an seinem Aufenthaltsort und wenn notwendig der Angehörigen; bei

Heimbewohnern falls erforderlich Einweisung des Pflegepersonals bezogen auf die vom Hersteller vorgesehene Nutzung des Hilfsmittels

- Einweisung des Versicherten, der Angehörigen und ggf. des Pflegepersonals in die sachgerechte Pflege des Hilfsmittels
- Montage
- Fracht-, Verpackungs- und Fahrkosten
- Arbeits- und Fahrtzeit
- die nach dem MPG, der MPBetreibV bzw. den Angaben des Herstellers erforderlichen Wartungen innerhalb Jahresfrist nach der Versorgung
- Austausch bei unmöglicher oder unwirtschaftlicher Reparatur
- Rücknahme des Hilfsmittels bei Wegfall der medizinischen Notwendigkeit und Einlagerung im Kassenlager
- bei lebenserhaltenden Hilfsmitteln (Beatmungsgeräten, Sauerstoffkonzentratoren, Babyüberwachungsgeräten usw.) 24-Stunden-Notdienst, auch an Wochenenden und Feiertagen

(7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, detaillierte Kostenvoranschläge zu erstellen, die mindestens folgende Daten beinhalten:

- Versichertendaten aus der vertragsärztlichen Hilfsmittelversorgung
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis
- Preisangaben netto, brutto und separat Mehrwertsteuer; ggf. gesetzliche Zuzahlung des Versicherten
- Eventuell bestehende Rabatte
- Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, Name, Anschrift, Telefon, Fax und E-Mail des Leistungserbringers
- Herstellerfirma des Hilfsmittels und Produktbezeichnung
- notwendiges Zubehör, Zurüstungen mit oben genannten Preisangaben
- Mehrbedarf bei Sonderanfertigungen, Materialliste mit oben genannten Preisangaben

Dem Kostenvoranschlag ist immer die vertragsärztliche Verordnung beizulegen.

¹ Die Abwicklung, Erstellung und Übermittlung von Kostenvoranschlägen für Versorgung und Leistungen auf Basis des oben genannten Vertrages erfolgt ausschließlich in elektronischer Form über die MIP-Hilfsmittelplattform der Firma medicomp.

Für beim Kostenträger eingereichte Kostenvoranschläge in Papierform erfolgt in der Regel keine Kostenzusage. Die Versorgung des Kunden in anderweitiger Form bleibt dem Kostenträger vorbehalten.

Die Nutzung der benannten elektronischen Hilfsmittelplattform durch den Leistungserbringer ist verpflichtend vorausgesetzt. Dies gilt ebenfalls verpflichtend für Vertragsbeitritte nach § 127 Abs. 2a SGB V – dem genannten Vertrag können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten.

¹ Nachtrag zum 01.01.2015

- (8) Vor der Lieferung ist eine vorherige Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers einzuholen. Lieferungen ohne Kostenübernahmeerklärung liegen im unternehmerischen Risikos des Leistungserbringers. Eine Kostenübernahmeerklärung ist nicht notwendig, sofern der Wert des Hilfsmittels 100,00 Euro brutto nicht übersteigt. Die Indikation analog Hilfsmittelverzeichnis muss gegeben sein. Weiterhin ist eine Lieferung ohne Kostenübernahmeerklärung möglich, wenn das Produkt in Anlage 1 mit einem Preis in Euro vereinbart ist und der Auftrag durch mhplus erteilt wird.

² Der in § 4 Abs. 8 genannte Wert (Genehmigungsfreigrenze) in Höhe von 100,00 Euro brutto wird für Versorgungen ab 01.01.2015 auf 200,00 Euro brutto erhöht. Die weiteren Formulierungen und Regelungen des § 4 Abs. 8 bleiben unverändert.

- (9) Der Leistungserbringer beachtet bei der Leistungserbringung die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) in Verbindung mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und stellt die mhplus von allen sich aus diesen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten frei.
- (10) Der Leistungserbringer hat eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485:2007 und DIN EN ISO 9001:2008 oder entsprechend neuen Zertifizierungsnormen vorzulegen. Zudem ist ein Auszug aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch oder Vergleichbares vorzulegen, in dem der Ablauf der Abgabe von Hilfsmitteln beschrieben ist.
- (11) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen sind nur gestattet, wenn sich die Abgabeberechtigung des Leistungserbringers gemäß § 126 SGB V auf jede einzelne der verordneten Leistungen erstreckt.
- (12) Die mhplus ist berechtigt, jede Lieferung sowie die Qualität des gelieferten Hilfsmittels in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Hierzu gehört auch die Befragung der Versicherten.

§ 5 Beratung und Versorgung der Versicherten

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten und/oder deren Betreuungspersonen/Angehörige umfassend zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Wohnung, Krankenhaus, Pflegeheim) durchzuführen. Die Beratung und Einweisung beinhaltet auch die notwendige Anpassung des Hilfsmittels an die Bedürfnisse des Versicherten. Eine notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten.
- (2) Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Die Kosten hierfür sind mit dem Preis für das Hilfsmittel abgegolten.

² Nachtrag zum 01.01.2015

- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, abgegebene Hilfsmittel mit seinem Namen (einschließlich Anschrift), mit dem Abgabedatum und ggf. mit der Identifikationsnummer des Kostenträgers an unsichtbarer Stelle zu kennzeichnen und die Daten des Hilfsmittels in einem Dokumentationsprogramm zu erfassen. Zusätzlich sind die Daten der Neuversorgung in geeigneter Weise, beispielsweise zeitnahe Übermittlung des Lieferscheines per Fax, an den Dienstleister für die Lagerverwaltung des mhplus Lagers zu übermitteln, damit der Lagerbestand immer aktuell ist.
- (4) Der Leistungserbringer ist für die Versicherten der mhplus an Werktagen von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr telefonisch erreichbar. Kann ein Sachverhalt nicht umgehend geklärt werden, erfolgt spätestens am folgenden Werktag ein Rückruf an den Versicherten. Als Werktage im Sinne dieses Vertrages gelten Montag bis Freitag.
- (5) Bei der Vereinbarung von Beratungsterminen, insbesondere Hausbesuchen und Lieferungen, sind die berechtigten Wünsche des Versicherten zu berücksichtigen. Dem Versicherten ist möglichst früh der Zeitraum zu benennen, innerhalb dessen der Beratungstermin vorgesehen ist. Dabei ist der voraussichtliche Zeitpunkt auf einen Zeitraum von max. vier Stunden einzugrenzen.
- (6) Lebenserhaltende Produkte (Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore usw.) dürfen durch den Leistungserbringer nur abgegeben und abgerechnet werden, wenn er ganzjährig – auch an Wochenenden und Feiertagen – einen 24-Stunden-Notdienst unterhält. Die Telefonnummer ist dem mhplus Versicherten bzw. dessen Angehörigen bei Auslieferung mündlich und schriftlich bekannt zugeben.
- (7) Der Leistungserbringer kann bei folgenden Hilfsmitteln, so genannte Weiße Ware,:
 - Badewannenbrett (04.40.02.0)
 - Badewannensitz (04.40.02.1)
 - Duschhocker (04.40.03.1)
 - Badewannengriffe (04.40.05.0)
 - Toilettensitzerhöhungen ohne Armlehnen (vormontiert und zum Aufstecken / 33.40.01.0)
 - Inhaliergeräte (14.24.01.0)
 - Blutdruckmessgeräte (21.28.01.2)
 - Greifzange (02.40.04.1)

eine Lieferung durch einen Paketdienst, beispielsweise UPS, DPD u.a., vornehmen. Voraussetzung ist der vorherige telefonische Kontakt mit dem Versicherten und dessen Zustimmung für diesen Anlieferungsweg. Dieser Vorgang ist vom Leistungserbringer schriftlich zu fixieren.

Die so genannte Weiße Ware geht in das persönliche Eigentum des Versicherten über. Hiervon unberührt bleiben Gewährleistungsansprüche. Der Wiedereinsatz für diese Hilfsmittel ist nicht vorgesehen, kann im Einzelfall jedoch erfolgen.

- (8) Bei Eingang der vertragsärztlichen Verordnung für ein Inhaliergerät (PG: 14.24.01 und 14.24.02) bis 14:00 Uhr beim Leistungserbringer ist ein taggleicher Versand zwingend erforderlich. Dies ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen.
- (9) Ist das nach § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Modell eines Hilfsmittels nicht vorrätig und kann es kurzfristig nicht beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten für die Übergangszeit ein Leihgerät kostenlos zur Verfügung. Ist dieses nicht möglich, informiert der Leistungserbringer die mhplus umgehend.
- (10) Bei Lieferverzögerung durch den Leistungserbringer ist der Kostenträger berechtigt, den Rechnungsbetrag um 20 v. H. zu kürzen. Lieferverzögerungen, die nicht durch den Leistungserbringer zu vertreten sind, z. B. höhere Gewalt, andere Terminvereinbarungen mit dem Versicherten oder nicht Antreffen des Versicherten führen nicht zu einer Kürzung des Rechnungsbetrages. Vor der Kürzung des Rechnungsbetrages holen die Kostenträger die Information beim Leistungserbringer über den Grund der Verzögerung ein. Eine Klärung des Sachverhaltes erfolgt einvernehmlich. Die Nachweispflicht erfolgt durch den Leistungserbringer.
- (11) Wird das wiedereinsatzfähige Hilfsmittel durch den Versicherten nicht mehr benötigt bzw. endet die Mitgliedschaft, so ist das Eigentum von mhplus durch den Kooperationspartner in das Kassenlager zurückzuholen. Hierzu wird nach Bekanntwerden durch mhplus ein Rückholauftrag erteilt.

§ 6 Reparaturen und Wartungen

- (1) Vor jeder Reparatur ist zu prüfen, ob die Reparatur ggf. durch den Gewährleistungsanspruch abgegolten ist. Nur Reparaturen außerhalb der Gewährleistungszeiten sind zu Lasten des Kostenträgers abrechenbar.

Reparaturen an Hilfsmitteln sind nach Auftragserteilung innerhalb von fünf Arbeitstagen durchzuführen. Für die Dauer der Reparatur ist dem Versicherten ein Leihgerät kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sofern die Reparatur eines Hilfsmittels nicht mehr möglich oder u.a. aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr sinnvoll ist, hat der Leistungserbringer dem Versicherten unverzüglich ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel – vorzugsweise aus dem Lagerbestand – zu überlassen. Das Verfahren zur Neuversorgung ist einzuleiten.

- (2) Reparaturen dürfen nur nach vorherigem Auftrag des Versicherten bzw. der mhplus durchgeführt werden und sind auf das Maß des Notwendigen zu beschränken. § 4 Abs. 8 dieses Vertrages gilt.
- (3) Die Regelungen des § 6 gelten analog bei Wartungen und Sicherheitstechnischen Kontrollen (STK). Die Herstellervorgaben sind zu beachten. Zusätzlich sind die Bestimmungen des MPG, MPBetreibV und anderer Regelungen zu beachten.

§ 7 Vergütung der Leistung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 1. Diese ist Bestandteil dieses Vertrages. Die in der Anlage vereinbarten Preise sind Nettopreise und gelten im Sinne von Höchstpreisen. Damit sind mindestens die in § 4 Abs. 6 genannten Leistungen inklusive Dienstleistungen und Serviceleistungen abgegolten.
- (2) Zuzüglich zu den vertraglich vereinbarten Nettopreisen ist die jeweils gültige Mehrwertsteuer sowohl auf den Kostenvoranschlägen, als auch auf den Rechnungen anzugeben. Die Mehrwertsteuer ergibt sich aus den zolltariflichen Klassifizierungen der Landesfinanzverwaltungen. Im Zweifelsfall ist eine Auskunft bei den Landesfinanzverwaltungen durch den Leistungserbringer einzuholen. Durch den Leistungserbringer ist der Mehrwertsteuersatz für ein Hilfsmittel unverzüglich anzupassen, wenn durch neue Festlegungen des Regelsteuersatzes, höchstrichterliche Entscheidungen, geänderte Rechtsauffassungen der zuständigen Finanzverwaltung oder Gesetzesänderungen andere als die bisher bekannten gültig sind oder werden. Die mhplus ist über Änderungen unverzüglich schriftlich zu informieren.
- (3) Die Zahlung einer Rückvergütung oder eines Abschlages an den Versicherten ist nicht zulässig.
- (4) Verlangt der Versicherte neben der bewilligten Leistung eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

§ 8 Zuzahlung und Quittierung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung gemäß §§ 33 Abs. 8 und 61 SGB V in Verbindung mit ergänzenden gesetzlichen Regelungen wie Richtlinien und Rundschreiben von den mhplus Versicherten einzubehalten bzw. einzuziehen, soweit diese zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht von der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend § 62 SGB V befreit sind.
- (2) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber mhplus verringert sich um die gesetzliche Zuzahlung.
- (3) Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten unentgeltlich zu quittieren. Die Quittung hat folgende Mindestangaben zu enthalten:
 - Bezeichnung des Hilfsmittels

- Name und KV-Nummer des Versicherten
- Lieferdatum
- Grund der Zahlung (beispielsweise „Gesetzliche Zuzahlung für eine Hilfsmittelversorgung“)
- Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

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

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

§ 9 Abrechnung

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

Abrechnungsstelle der mhplus:

Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

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

- (2) Die Rechnungen über abgeschlossene Versorgungsfälle sind mindestens einmal monatlich in getrennten Sammelrechnungen für Leistungen mit und ohne Skontoabzug, getrennt nach Kostenträger Krankenkasse und Kostenträger Pflegekasse sowie unterteilt nach West- und Ostkasse, einzureichen. Die ärztlichen Verordnungen und Empfangsbestätigungen / Eigentumvorbehaltserklärungen der Versicherten sind, soweit vorhanden, beizufügen.
- (3) Die mhplus bzw. das Abrechnungszentrum bezahlt die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind in diesem Fall ausgeschlossen. Nur wenn die mhplus innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der mhplus scheidet allerdings aus, soweit die mhplus berechtigt

war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder soweit eine Berechtigung nach § 9 oder eine Aufrechnungslage nach § 9 gegeben war.

- (4) Bei einer Zahlung innerhalb von acht Tagen gewährt der Leistungserbringer der mhplus 2 v. H. Skonto.
- (5) Forderungen auf Vertragsleistungen des Leistungserbringers können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden, nicht mehr erhoben werden.
- (6) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Unabhängig davon sind der jeweilige Versorgungszeitraum und das Hilfsmittelkennzeichen gemäß Anlage 3 im Abrechnungsdatensatz anzugeben. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Leistungserbringergruppenschlüssel für diesen Vertrag lautet 19.99.100. Werden die Daten der mhplus vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der mhplus nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages.
- (7) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 1 vereinbarten Preise kann die mhplus dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (8) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der mhplus eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der mhplus ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der mhplus vorher schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.
- (9) Die mhplus ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 24 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die mhplus, so gilt diese als anerkannt.

- (10) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der mhplus ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die mhplus nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der mhplus gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der mhplus ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die mhplus aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen.
- (11) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die mhplus mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.

§ 10 Gewährleistung

Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Qualität, Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der abgegebenen Hilfsmittel sowie deren Zubehör/Zurüstungen. Die Gewährleistungsfrist für neu gelieferte Hilfsmittel beträgt 24 Monate, für Instandsetzungen und Um-/Zurüstungen 12 Monate, gerechnet vom Tag der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten bzw. Durchführung der Reparatur bzw. der Um-/Zurüstung. Bestehen darüber hinausgehende Garantien der Hersteller, sind diese an die mhplus weiterzugeben. Von der Gewährleistung ausgenommen sind Schäden aufgrund unsachgemäßer Behandlung und Pflege. Die Beweislast liegt beim Leistungserbringer.

§ 11 Statistik und Berichtswesen

Der Leistungserbringer erstellt für die mhplus quartalsweise Abrechnungsstatistiken zum gemeinsamen Controlling von Ausgaben- und Mengenentwicklungen. Diese sind mhplus bis zum 15. des übernächsten Monats (15.05., 15.08., 15.11., 15.02.) zu übermitteln. Die Statistiken sind im Format Excel, vorzugsweise per E-Mail zu übermitteln. Die sich daraus ergebenden Informationen werden in bedarfsweise stattfindenden Controllinggesprächen zwischen dem Leistungserbringer und der mhplus kommuniziert.

§ 12 Beeinflussung, Depots und Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln motivieren oder beeinflussen oder in

einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Vertragsärzte, stationäre Einrichtungen oder sonstige Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer ist im Zusammenhang mit der Leistungserbringung unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen und anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an den Leistungserbringer.

- (2) Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die mhplus unaufgefordert detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) zu informieren.
- (3) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (4) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der mhplus beziehen. Werbemaßnahmen bezüglich der Abgabe von Hilfsmitteln sind auf sachliche Informationen zu beschränken. Eine gezielte Beeinflussung des Versicherten hinsichtlich der Verordnung bestimmter Produkte ist unzulässig.
- (5) Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesfachverbandes Medizinprodukteindustrie e. V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.
- (6) Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sowie Abrechnungen von Abgaben über Depots sind unzulässig (§ 128 Abs. 1 SGB V). Dies gilt nicht für die Versorgung von Notfällen, soweit die Einrichtung von Hilfsmitteldepots für Notfälle mhplus angezeigt wurde.

§ 13 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Der Leistungserbringer trägt die Beweislast dafür, dass das Hilfsmittel bei der Übergabe mängelfrei war. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der mhplus für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.

- (3) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. 1 schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung (höchstmögliche Deckungssumme) für Personen-, Sach- und Vermögensschaden ab. Die Deckungssumme ist dem jeweils maximal abschließbaren Höchststand anzupassen. Auf Verlangen hat der Leistungserbringer der mhplus einen Nachweis vorzulegen.
- (4) Kommt der Leistungserbringer schuldhaft seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht innerhalb einer angemessenen Zeit nach, so ist die mhplus berechtigt, die Versorgung des Versicherten durch einen anderen, nach Möglichkeit beigetretenen, Leistungserbringer sicher zu stellen. In diesem Fall hat der nicht rechtzeitig liefernde Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Dieser Betrag ist sofort fällig und kann mit der nächsten Abrechnung gesondert gefordert werden. § 288 BGB findet Anwendung.

§ 14 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (§§ 67 bis 85a SGB X) nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und Behandlungen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der mhplus, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der mhplus erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine angestellten Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Er hat dies zu dokumentieren und der mhplus auf Verlangen vorzuzeigen.
- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet im Bereich der auftragsgemäßen automatischen Verarbeitung von Sozialdaten alle in Frage kommenden Maßnahmen nach der Anlage zu § 78 a SGB X.
- (4) Der Leistungserbringer arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der mhplus. Er verwendet die zur Datenver- und -bearbeitung überlassenen Daten nicht für andere Zwecke.
- (5) Der Leistungserbringer nutzt personenbezogene Daten nur auf der Grundlage des vorliegenden Vertrages. Eine weitere Nutzung ist untersagt.
- (6) Die mhplus ist jederzeit berechtigt, mit den in § 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X genannten Mitteln die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und von Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X zu überwachen.
- (7) Der Leistungserbringer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung von Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach Maßgabe des § 5 BDSG (Datengeheimnis) und § 35 SGB I unter Hinweis auf die straf- bzw. ordnungswidrigkeitsrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung (§ 43 BDSG, § 35

SGB I, §§ 85 und 85 a SGB X, §§ 133 Abs. 3, 203 Abs. 2, 4 und 5, 204, 353b und 358 StGB) und nach § 1 des Gesetzes über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen vom 02.03.1974 (BGB II, S. 547) verpflichtet und entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgabe verfügt.

- (8) Der Leistungserbringer verarbeitet Sozialdaten ausschließlich im Rahmen des vertraglich festgelegten Umfangs und gemäß den Weisungen der mhplus. Er verwendet die zur Datenverarbeitung überlassenen Daten nicht für andere Zwecke und bewahrt sie nicht länger auf, als es die mhplus bestimmt.
- (9) Test und Ausschussmaterial wird vom Leistungserbringer datenschutzgerecht entsorgt. Nicht mehr benötigte Unterlagen, die dem Leistungserbringer überlassen wurden, hat der Leistungserbringer datenschutzgerecht zu vernichten.
- (10) Der Leistungserbringer unterrichtet die mhplus umgehend bei Störungen des Verarbeitungsablaufs, bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder anderen Unregelmäßigkeiten bei der Verarbeitung überlassener Daten.
- (11) Der Leistungserbringer räumt der mhplus das Recht ein,
 - a. kostenfrei und zeitnah Auskünfte zu erteilen
 - b. kostenfrei und zeitnah Anfragen zu beantworten
 - c. während der Betriebs- und Geschäftszeiten seine Grundstücke oder Geschäftsräume zu betreten und dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen und
 - d. geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen,soweit es im Rahmen des Auftrages für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X). Dieses gilt ebenso für die Aufsichtsbehörden und die Datenschutzbeauftragten.
- (12) Aufträge an Subunternehmer dürfen nur nach schriftlicher und vorheriger Genehmigung durch die mhplus vergeben werden. Hierunter fallen auch Maßnahmen der Fernwartung durch Dritte an den DV-Systemen.
- (13) Die Verarbeitung von Kundendaten an Heim-Telearbeitsplätzen ist nur mit Zustimmung der mhplus zulässig.
- (14) Die mhplus ist berechtigt, durch Mitarbeiter die Verarbeitung (z.B. Verfilmung, Beschriftung usw.) und eventuell anschließende Vernichtung besonders schutzwürdiger Daten (z.B. § 76 SGB X) beim Leistungserbringer zu überwachen. Die mhplus stattet ihre Mitarbeiter mit einem schriftlichen Berechtigungsnachweis aus.
- (15) Die Änderung personenbezogener Daten obliegt allein der mhplus.
- (16) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über betriebs- und geschäftsbezogene Daten, Verfahren oder Geschäftsvorgänge, die im Rahmen seiner Tätigkeit für die mhplus zur Kenntnis gelangen, Stillschweigen zu bewahren, sofern sie nicht

allgemein öffentlich bekannt geworden sind. Dies gilt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.

- (17) Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach § 43 BDSG und anderen Vorschriften geahndet werden.
- (18) Im Falle eines Fehlverhaltens können die Mitarbeiter des Leistungserbringers in gleicher Weise wie die Mitarbeiter der mhplus verantwortlich gemacht werden (Erhaltung des Datenschutzniveaus).
- (19) Verstößt der Leistungserbringer vorsätzlich gegen die vorstehend benannten Pflichten, kann die mhplus für jeden Fall der Zuwiderhandlung die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe (Richtwert: 5% vom Auftragswert) verlangen. Bei Fahrlässigkeit halbiert sich die Vertragsstrafe. Die Geltendmachung eines weitergehenden Schadenersatzes unter Anrechnung der Vertragsstrafe bleibt der mhplus vorbehalten

§ 15 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsverstöße, Regressverfahren

- (1) Bei Meinungsverschiedenheiten bemühen sich die Vertragspartner vor Anrufung anderer Stellen um eine gütliche Einigung auf dem Verhandlungsweg.
- (2) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die mhplus nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000,00 EUR verlangen.
- (3) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diesen Vertrag kann die mhplus den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung bestimmter Produktgruppen ausschließen und die Versorgungsberechtigung nach § 126 SGB V widerrufen.
- (4) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. (2) und (3) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (5) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
 - Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.

- Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 126 Abs. 2 SGB V.
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
 - Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen. Ausgenommen bleibt die Annahme von Zahlungen bei Versichertenwünschen für artgleiche Hilfsmittel, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen.
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstoß gegen § 12 dieses Vertrages.
 - Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. (2) und (3) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der mhplus zur Nachprüfung und Berichtigung bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die Einleitung möglicher strafrechtlicher Schritte bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2013 in Kraft und wird zunächst für die Dauer von 12 Monaten geschlossen. Er gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen über die vertragsgegenständlichen Leistungen.
- (2) Der Vertrag verlängert sich um weitere 12 Monate (01.01.2014 bis 31.12.2014), wenn nicht eine Partei das Vertragsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende 2013 kündigt.
- (3) Der Vertrag kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.
- (4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Eine außerordentliche Kündigung erfolgt zum Ende des Monats in dem sie zugeht. Wichtige Gründe für eine außerordentliche Kündigung durch mhplus sind insbesondere:
- Abrechnung nicht erbrachter Leistung
 - schwerwiegende oder wiederholte Vertragsverstöße
 - Forderung bzw. Annahme von Aufzahlungen von Versicherten soweit dies nicht mit dem Versicherten (schriftlich) abgestimmt ist.
- (5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

- (6) Schließt die mhplus Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V, oder schließt sich einer entsprechenden Ausschreibung an, so endet dieser Vertrag am Tag vor dem Inkrafttreten der dann maßgebenden und gültigen ausgeschriebenen Verträge.

§ 17 Sonderkündigungsrecht bei Fusion

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

§ 18 Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen einer schriftlichen Vereinbarung und der Bestimmung, ab welchem Zeitpunkt sie in Kraft treten soll. Dies gilt auch für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis. Die Schriftform für von einer Partei gegenüber der anderen abzugebenden Erklärungen wird auch durch Abgabe der Erklärung per Telefax oder E-Mail gewahrt.
- (3) Dieser Vertrag – einschließlich der Anlagen – beinhaltet sämtliche Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand.

Die im Rahmen des Nachtrages gemeinschaftlich vereinbarten Änderungen und Ergänzungen, sowie Preisanpassungen und Ergänzungen von Produkten treten zum 01.04.2017 in Kraft.

Vertragsergänzung / Vertragsanpassung zum Vertrag über den Neukauf von Rehabilitationshilfsmitteln – kurz: Reha-Vertrag

Zum bestehenden Rahmenvertrag über den Neukauf von Rehabilitationshilfsmitteln zwischen der XXX sowie der **mhplus Krankenkasse** wird ab 01.01.2021 folgende Vertragsergänzung vereinbart.

Gegenstand und Inhalt der Vertragsergänzung / Vertragsanpassung teilweise bedingt durch TSVG / HHVG:

Ergänzung zu § 4:

Die im Rahmen dieses Vertrages abgegebenen Hilfsmittel erfüllen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte – vgl. § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V n.F.

Ergänzung zu § 5:

Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.

Der Leistungserbringer hat die beschriebene Beratung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen.

Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Auch hier gilt, dass der Leistungserbringer die Beratung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren hat und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen. – vgl. § 127 Abs. 5 SGB V n.F.

Anlage 1 – Preisliste wird zum 01.01.2021 angepasst, für alle Versorgungen ab diesem Datum findet die neue Anlage 1 Anwendung

Anlage 2 - Beitrittserklärung für Leistungserbringer – wird zur Prozess erleichterung eingefügt.

Anlage 3 - Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

- (1) Die Aufgaben, die sich aus den Pflichten des Kostenträgers aus der MPBetreibV ergeben, werden dem Vertragspartner gemäß § 3 Abs. 2 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung) übertragen. Hierzu gehören insbesondere:
- die Ersteinweisung in die Handhabung für Patienten und weitere im Termin anwesende Personen (z.B. Pflegekräfte, betreuende Angehörige)
 - die geforderten fachlichen Qualifikationen seiner eigenen Mitarbeiter

- Instandhaltung der Medizinprodukte unter der Voraussetzung, dass der Mitarbeiter Zugang zu dem Produkt erhält
 - der Aufbereitung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben
 - Sicherheitstechnische Kontrollen unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und Erstellen des entsprechenden Protokolls
 - Durchführen der vor Inbetriebnahme erforderlichen Funktionsprüfung
 - die Dokumentation von Service- und Aufbereitungstätigkeiten
 - das Führen der Bestandsverzeichnisse und der Medizinproduktebücher
 - Durchführung der Messtechnischen Kontrollen gem. § 14 MPBetreibV, insbesondere für die Blutdruckmessgeräte rechtlich erforderlich
- (2) Sofern die/der Versicherte bei einer (mindestens) einmaligen Erinnerung keine Instandhaltung oder Sicherheitstechnische Kontrolle an seinem überlassenen Produkt zulässt, ist dies vom Leistungserbringer schriftlich zu protokollieren und dem Kostenträger schriftlich mitzuteilen.
- (3) Der Kostenträger behält sich die Überprüfung der Erfüllung der nach der MPBetreibV an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

Alle übrigen im Vertrag enthaltenen Regelungen bleiben von dieser Anpassung unberührt und gelten weiterhin.

Vertragsergänzung / Vertragsanpassung zum Vertrag über den Neukauf von Rehabilitationshilfsmitteln – kurz: Reha-Vertrag

Zum bestehenden Rahmenvertrag über den Neukauf von Rehabilitationshilfsmitteln zwischen der XXX sowie der **mhplus Krankenkasse** wird ab 01.09.2022 folgende Vertragsergänzung vereinbart.

Anlage 1 – Preisliste wird zum 01.09.2022 angepasst, für alle Versorgungen ab diesem Abgabedatum findet die neue Anlage 1 Anwendung. Die Preisliste ist befristet für Versorgungen vom **01.09.2022 bis 31.08.2023**.

Die Vertragsparteien nehmen frühzeitig Gespräche zu einer Anschlusspreisvereinbarung ab 01.09.2023 auf.

Des Weiteren treten die Vertragsparteien in den Dialog sobald und soweit sich die Marktsituation gravierend ändert und weitere Preisanpassungen notwendig werden.

Alle übrigen im Vertrag enthaltenen Regelungen bleiben von dieser Anpassung unberührt und gelten weiterhin.

Ludwigsburg, den

mhplus Krankenkasse
Stefan Montag
Unternehmensbereichsleiter
Versorgung und Gesundheitsökonomie

Anlage 2 Beitrittserklärung für Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für den Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V zur Neuversorgung von Rehabilitationshilfsmitteln.

Es können nur Leistungserbringer am o. g. Vertrag teilnehmen, die die Voraussetzungen nach § 126 SGB V für die entsprechenden Produktgruppen erfüllen. Die „Beitrittserklärung für Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 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 Tariffkennzeichen (AC / TK) 19 99 100			
Beitrittsvoraussetzungen (in Kopie)			
Beschreibung	Erläuterung		
Präqualifizierung nach § 126 SGB V	über die Abgabe der relevanten Hilfsmittel 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 Vertragspartnerdatenbank³			
Firma			
Institutionskennzeichen			
Rechtsform			
vertretungsberechtigte Person ^{4, 5, 6, 7}			
Anschrift	Straße, Haus Nr.		
	PLZ		Ort
Telefon		Fax	
Telefonnummer Servicehotline			
E-Mail			

³ Bitte wenn zutreffend, die Kästchen ankreuzen und mit Druckschrift schreiben.

⁴ Bei Einzelfirmen Unterschrift des Betriebsinhabers.

⁵ Bei Filialbetrieben Unterschrift des Betriebsinhabers und des Betriebsleiters.

⁶ Bei Personengesellschaften Unterschrift des persönlich haftenden Gesellschafters mit fachlicher Qualifikation.

⁷ Bei juristischen Personen Unterschrift des Vertretungsberechtigten und des technischen Betriebsleiters mit fachlicher Qualifikation.

Erklärung des Leistungserbringers			
	bundesweit	ODER Versorgungsgebiet nach PLZ 2-Steller	
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. 1 SGB V zur Versorgung mit Rehabilitationshilfsmitteln 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 entsprechend 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			