

Rahmenvertrag
über die Abgabe von Hilfsmitteln
gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

zwischen der

GWQ ServicePlus AG

Tersteegenstraße 28

40474 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand

- nachfolgend **GWQ** genannt -

handelnd für die in den Anlagen A73.2 und A74.2 aufgeführten Krankenkassen

GWQ+

und

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

SERVICE PLUS AG

Fritz-Reuter-Straße 2

22926 Ahrensburg

vertreten durch die Geschäftsführung

- nachfolgend **Auftragnehmer** genannt -

Inhalt

Rahmenvertrag	1
§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Anwendungsbereich	3
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 4 Eignungsvoraussetzungen	6
§ 5 Aufzahlungsfreie Versorgung	7
§ 6 Hilfsmittelverordnung	7
§ 7 Kostenvoranschlag	8
§ 8 Rechnungslegung	9
§ 9 Versorgungskontrolle durch die Krankenkasse	11
§ 10 Pflicht zur Förderung des Vertragszwecks	11
§ 11 Haftung / Gewährleistung	12
§ 12 Vertragslaufzeit, Vertragsbeitritte	13
§ 13 Kündigung des Vertrags	14
§ 14 Außerordentliche Kündigung	15
§ 15 Vertragsverstöße	16
§ 16 Datenschutz	16
§ 17 Gerichtsstandsvereinbarung	17
§ 18 Vertragsänderung, Schriftform	17
§ 19 Salvatorische Klausel	18

GWQ+
SERVICEPLUS AG

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Ziel dieses Rahmenvertrags ist die Sicherstellung der Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln (nach § 33 Abs. 1 SGB V), die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.
- (2) Die GWQ ServicePlus AG (GWQ) schließt diesen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V für Hilfsmittel gemäß den Anlagen A für ihre Aktionärs- und Kundenkassen (im Weiteren Krankenkassen genannt). Die in den jeweiligen Anlagen A73.2 und A74.2 aufgeführten Krankenkassen sind diesem Vertrag bereits beigetreten. Weitere Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären.
- (3) Krankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind, haben die GWQ zum Abschluss und zur Durchführung dieses Vertrags bevollmächtigt. Dies gilt auch für die Vertragsweiterentwicklung, Nachverhandlungen und Vertragsanpassungen.

§ 2 Anwendungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die Versorgung der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen bzw. die vom Auftragnehmer gewählten Versorgungsbereiche. Er gilt sowohl für die Versorgung im ambulanten bzw. häuslichen Bereich, als auch für vollstationär untergebrachte Versicherte, soweit in den Anlagen A nicht abweichend geregelt.
- (2) Die Abgabe von Hilfsmitteln aus den in den Anlagen A geregelten Produktgruppen bzw. Präqualifizierungsbereichen an Versicherte der beigetretenen Krankenkassen nach anderen Regelungen ist während der Vertragslaufzeit ausgeschlossen.
- (3) Die Präqualifizierungsbereiche, innerhalb derer ein Auftragnehmer Leistungen nach den entsprechenden Anlagen A erbringen darf, ergeben sich aus dessen Beitrittserklärung.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Auftragnehmer erfüllt gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Voraussetzungen für die ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel. Er sichert eine qualitätsgesicherte sowie wirtschaftliche Versorgung (§ 12 SGB V i. V. m. § 70 SGB V) nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu.
- (2) Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss sämtlichen aktuellen Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis und den Festlegungen in den Anlagen A entsprechen. Darüber hinaus gewährleistet der Auftragnehmer die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Medizinproduktegesetzes, der Verordnung über das datenbankgestützte Informationssystem über Medizinprodukte des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI-Verordnung), der Hygiene-Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie aus den Empfehlungen und Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V.
- (3) Die konkreten Leistungsbeschreibungen zu Produkt, Dienst- und Serviceleistungen sowie die Vertragspreise sind den Anlagen A zu entnehmen.
- (4) Werden für Hilfsmittel Festbeträge vom GKV-Spitzenverband festgesetzt, die unter den in den Anlagen A vereinbarten Preisen liegen, so kann maximal der gültige Festbetrag gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden.
- (5) Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Auftragnehmer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Bei Bedarf oder auf Wunsch des Versicherten, oder einer für seine Pflege verantwortlichen Person, finden weitere persönliche oder telefonische Beratungsgespräche statt. Die Auswahl des konkreten Hilfsmittels zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt - unter Beachtung der ärztlichen Verordnung - grundsätzlich dem Auftragnehmer. Sollte durch Nichtbeachtung eine Fehlversorgung erfolgen, geht diese grundsätzlich zu Lasten des Auftragnehmers.
- (6) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass der Versicherte in der Lage ist, das Hilfsmittel zu verwenden, indem er, soweit erforderlich, den Versicherten bzw. einen pflegenden Angehörigen oder eine Pflegekraft in den Gebrauch des Hilfsmittels einweist. Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels und des Zubehörs, die Pflege, Lagerung und Reinigung, den Zubehörwechsel sowie den Umgang mit möglichen Komplikationen, soweit dies für den Versicherten bzw. die Pflegeperson vorgesehen ist. Die Herstellervorgaben, insbesondere die Eigenschaften, der Anwendungsbereich und die

fachgerechte Lagerung, sind dem Versicherten zu erläutern. Soweit die Beschaffenheit des Hilfsmittels es zulässt, sind auf dem ausgelieferten Hilfsmittel der Firmenname und die Notdienstnummer gut sichtbar und dauerhaft anzubringen.

- (7) Der Auftragnehmer sichert während der üblichen Geschäftszeiten die Auskunft und Beratung der Versicherten durch fachkompetentes Personal zu. Die Auskunft und Beratung ist neben der persönlichen Betreuung in der Geschäftsstelle auch telefonisch zu den üblichen Geschäftszeiten sicher zu stellen. Die Beratung des Versicherten hat auf Wunsch geschlechterspezifisch zu erfolgen. Sofern die Auswahl des für die Versorgung geeigneten Hilfsmittels nicht in den Geschäftsräumen des Auftragnehmers möglich ist, hat diese im Rahmen eines Hausbesuchs zu erfolgen. Liefer- oder Besuchstermine sind mit dem Versicherten, bzw. einer für dessen Pflege zuständigen Person, abzusprechen.
- (8) Die Hilfsmittelversorgung, sowie die Versorgung mit erforderlichem Zubehör, erfolgt durch den Auftragnehmer unverzüglich. Der Auftragnehmer stellt daher sicher, dass die Versorgung spätestens innerhalb von zwei Werktagen nach Eingang der Genehmigung der Krankenkasse erfolgt, sofern nicht abweichend in den Anlagen A geregelt. Ist eine Genehmigung nach § 6 Abs. 1 Satz 3 nicht erforderlich, ist mit dem Versicherten innerhalb von zwei Werktagen nach Eingang der ärztlichen Verordnung Kontakt aufzunehmen. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung. Andere Lieferfristen können in den Anlagen A vereinbart werden.
- (9) Ist es dem Auftragnehmer nicht möglich, den Versicherten innerhalb der genannten Fristen mit dem genehmigten und/oder verordneten Hilfsmittel zu versorgen, stellt er auf Wunsch des Versicherten ein für das Krankheitsbild oder die Behinderung geeignetes Interims-Hilfsmittel zur Verfügung. Die Kosten sind mit dem Vertragspreis der endgültigen Versorgung abgegolten. Der Vertragsnehmer bleibt gleichwohl zur fristgerechten Versorgung gemäß Abs. 8 verpflichtet.
- (10) Der Auftragnehmer hat sich die Auslieferung des Hilfsmittels durch den Versicherten oder seinen Vertreter quittieren zu lassen. Der Versicherte oder sein Vertreter quittiert mit seiner Unterschrift:
- a) die Aufklärung und Beratung nach diesem Vertrag
 - b) die Übergabe des Hilfsmittels
 - c) die Einweisung in den Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels
 - d) die Übergabe der Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache
 - e) das Empfangsdatum

Ist der Versand eines Hilfsmittels gemäß der jeweiligen Anlage A möglich und erfolgt dieser über ein Versandunternehmen, so wird als Empfangsbestätigung auch der Lieferschein oder die Empfangsbescheinigung akzeptiert.

- (11) Erlangt der Auftragnehmer Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung, so hat er dies der Krankenkasse des betroffenen Versicherten mitzuteilen, soweit er diese Kenntnis nicht direkt von der Krankenkasse erlangte. Ebenso ist die Krankenkasse über die Rückholung eines Hilfsmittels unverzüglich zu informieren.
- (12) Der Einsatz der Produkte ist grundsätzlich herstellerunabhängig. Hersteller können Eigenmarken einsetzen, wenn die Versorgung wirtschaftlich und die ärztlich vorgesehene Therapie gesichert ist.

§ 4 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Für die Sicherstellung der Versorgung hält der Auftragnehmer ausreichende Räumlichkeiten und qualifiziertes Personal zur Vorführung und Erprobung sowie zur ordnungsgemäßen Lagerung der Hilfsmittel, Ersatz- und Zubehörteile vor. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Zusätzlich gelten die Festlegungen des Handwerksrechts (Handwerksordnung), soweit sie für Hilfsmittel nach diesem Vertrag zutreffen. Der aktuelle Präqualifizierungsnachweis ist der GWQ bei Beitritt zu den jeweiligen Anlagen A vorzulegen.
- (2) Jede Betriebsstätte wird durch einen fachlichen Leiter entsprechend der Eignungskriterien gemäß § 126 Abs. 1a SGB V geleitet. Zusätzlich gelten die Festlegungen des Handwerksrechts (Handwerksordnung). Die Meisterpräsenz/fachliche Leitung entsprechend dem Handwerksrecht/ den Präqualifizierungskriterien ist während der Geschäftszeiten grundsätzlich einzuhalten.
- (3) Der Auftragnehmer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Er sorgt dafür, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung eingesetzt werden, an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Schwerpunkte sind dabei insbesondere die fachspezifische medizinische Fortbildung sowie die Kenntnis der Produkte in Handhabung und Funktionsweise. Detaillierte Anforderungen an die fachliche Eignung sind den Anlagen A zu entnehmen.
- (4) Die hier genannten Eignungsvoraussetzungen sind vom Auftragnehmer während der gesamten Laufzeit des Vertrags aufrecht zu erhalten. Nachweise über die Teilnahme an den oben aufgeführten Aus- und Fortbildungen sind der GWQ oder der Krankenkasse auf Verlangen vorzulegen.

Der Wegfall einzelner Voraussetzungen oder Änderungen hinsichtlich der Eignungsanforderungen ist innerhalb von 14 Tagen nach Auftreten schriftlich anzuzeigen.

- (5) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass die Eignungsvoraussetzungen auch von externen Personen erfüllt werden, soweit er diese zur Leistungserbringung einsetzt.

§ 5 Aufzahlungsfreie Versorgung

- (1) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass eine Versorgung mit dem vertragsärztlich verordneten Hilfsmittel ohne wirtschaftliche Aufzahlung für den Versicherten möglich ist. Leistungen nach dieser Vereinbarung dürfen vom Auftragnehmer nicht abgewertet werden. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, dürfen diese das Therapieziel nicht gefährden. Die Mehr- und Folgekosten, die über den Rahmen der aufzahlungsfreien Versorgung hinausgehen, sind vom Versicherten zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). In diesem Fall hat der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer eine schriftliche Mehrkostenerklärung im Sinne der Anlage B zu diesem Vertrag abzugeben. Die Versichertenerklärung ist ab dem Tag der Leistungserbringung 12 Monate lang durch den Auftragnehmer zu archivieren und auf Verlangen des Kostenträgers innerhalb von drei Arbeitstagen elektronisch zu übermitteln.
- (2) Die Mehrkosten sind vom Auftragnehmer einzuziehen.

SERVICE PLUS AG **§ 6 Hilfsmittelverordnung**

- (1) Hilfsmittel dürfen zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden, wenn sie vertragsärztlich verordnet wurden. Zudem bedarf die Hilfsmittelabgabe der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Ausnahmen von der Notwendigkeit einer Verordnung oder Genehmigung sind den Anlagen A zu entnehmen.
- (2) Die Hilfsmittelverordnung soll der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 1, 2 Nr. 6 SGB V), in der jeweils gültigen Fassung, entsprechen. Insbesondere ist der Verordnung die Diagnose und bei Dauerverordnungen der Versorgungszeitraum zu entnehmen. Änderungen sind vom verordnenden Vertragsarzt auf der Verordnung zu dokumentieren (Unterschrift, Datum). Handschriftliche Veränderungen ohne die geforderte Dokumentation darf der Auftragnehmer nicht ausführen.

- (3) Der Auftragnehmer hält Rücksprache mit dem Vertragsarzt, wenn die Hilfsmittelverordnung nicht eindeutig ist oder sonstige Gründe der Versorgung entgegenstehen. Vor Abklärung der geeigneten Versorgung darf mit der Hilfsmittelversorgung nicht begonnen werden.

§ 7 Kostenvoranschlag

- (1) Ein Kostenvoranschlag ist für jede Versorgung nach diesem Vertrag vorzulegen, soweit diese nicht nach den Bestimmungen der Anlagen A genehmigungsfrei ist. Der Kostenvoranschlag muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- a) Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer (KV-Nummer) des Versicherten
- b) Arztdaten aus der vertragsärztlichen Hilfsmittelverordnung
- c) Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse und IK des Auftragnehmers bzw. der abgebenden Betriebsstätte
- d) Bezeichnung des Hilfsmittels, Menge/Monatsbedarf, Zeitraum bei Verbrauchsmaterialien/Pauschalen
- e) Leistungserbringergruppenschlüssel
- f) Leistungskennzeichen (LKZ) gem. Anlage A § 8
- g) 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis bzw. die vertraglich vereinbarte Positionsnummer soweit möglich
- h) Produktbesonderheit, sofern vertraglich geregelt
- i) Nettopreis
- j) Umsatzsteuer
- k) Bruttopreis
- l) Höhe der Zuzahlung (sofern zuzahlungspflichtig)
- m) gegebenenfalls Höhe der Aufzahlung
- n) Höhe des Eigenanteils
- o) gegebenenfalls Materialaufwand, Arbeitszeiten und Stundensätze und deren Erläuterungen
- p) bei Instandsetzungen/Reparaturen die Hilfsmittelkennzeichnung gemäß der jeweiligen Anlage A

- (2) Der Kostenvoranschlag ist in elektronischer Form einzureichen, soweit dies von der Krankenkasse unterstützt wird (Vertragsanlagen A(x).1). Die Entscheidung über die Art des Zugangs (z. B. Web-Client oder Schnittstelle aus der Branchensoftware) trifft der Auftragnehmer.

- (3) Die Kosten für die Nutzung der elektronischen Plattform sind vom Auftragnehmer und der jeweiligen Krankenkasse in Abhängigkeit der jeweiligen Verträge mit den Softwareanbietern zu tragen.
- (4) Die vertragsärztliche Verordnung ist elektronisch (z. B. PDF- oder TIFF-Format) bzw. in Kopie beizufügen. Die Originalunterlagen verbleiben beim Auftragnehmer.
- (5) Die Krankenkassen behalten sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen oder Versorgungsanzeigen die Genehmigung bzw. die Vergütung zu verweigern.
- (6) Für Hilfsmittel, die in den Anlagen A als genehmigungsfrei gekennzeichnet sind, ist die Erstellung eines Kostenvoranschlages nicht erforderlich. Der Auftragnehmer sichert zu, dass die Versorgung der als genehmigungsfrei gekennzeichneten Hilfsmittel gemäß den vertraglichen Vereinbarungen erfolgt.
- (7) Den Kostenträgern bleibt es vorbehalten, die eingereichten Unterlagen zu prüfen oder prüfen zu lassen.

§ 8 Rechnungslegung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung erfolgt über die von den Krankenkassen in den Anlagen A(x).1 benannten Abrechnungsstellen im Wege der elektronischen Datenübertragung. Erfolgt die Abrechnung nicht in elektronischer Form, so behält sich die Krankenkasse eine Kürzung des Rechnungsbetrags nach § 303 Abs. 3 SGB V vor.
- (2) Jede Betriebsstätte verfügt über ein gültiges Institutionskennzeichen (IK), welches bei der Abrechnung verwendet wird. Verfügt ein Auftragnehmer über mehrere Betriebsstätten, kann er seine Abrechnung für diese zentral vornehmen, er hat dann jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben. Änderungen (Name, Bankverbindung, etc.) sind ausschließlich der ARGE-IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Verbindlich für die Abrechnung sind nur die bei der ARGE-IK gespeicherten Daten. Andere Bankverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (3) Der Auftragnehmer zieht entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlungen ein. Dem Versicherten ist über die geleisteten Zuzahlungen eine Quittung auszustellen.

(4) Die Abrechnung muss, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, mindestens folgende Angaben enthalten:

- a) Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
- b) Leistungserbringerdaten und IK der (abgebenden) Betriebsstätte
- c) Angaben zum Versicherten: Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Versichererstatus
- d) Urbelege (Verordnung, Kostenvoranschlag, Empfangsbestätigung, Genehmigung oder Genehmigungsnummer, wenn der eKV verwendet wird und die jeweilige Krankenkasse ihrem Abrechnungsdienstleister die Genehmigungsdaten zur Verfügung stellt sowie weitere Belege je nach Erfordernis gemäß den Anlagen A, z.B. Nachweis der Compliance)
- e) Leistungserbringer-Gruppenschlüssel (siehe jeweilige Anlage A)
- f) Art der Leistung, Anzahl/Menge der Leistung, 10-stellige Abrechnungspositionsnummer, Produktbesonderheiten
- g) Datum der Leistungserbringung
- h) Vergütungszeitraum
- i) Einzelbetrag, Gesamtsumme netto, Gesamtsumme brutto, Umsatzsteuersatz
- j) Kennzeichnung: „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Sonstige“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Begr.-Pflicht“
- k) Rechnungs- und Belegnummer
- l) Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Absatz 2 SGB V erfolgen oder entsprechend der Pseudonummer laut den Anlagen A zu diesem Vertrag
- m) Einzelbetrag der Leistung
- n) Gesamtsumme netto und brutto
- o) Leistungskennzeichen (LKZ) gem. Anlage A § 8
- p) Bei Abrechnung von Dauerverordnungen: Angabe des Versorgungszeitraums mit Von- und Bis- Datum
- q) Von den Kostenträgern vergebenes Genehmigungskennzeichen

(5) Die Abrechnung und die Belege sind an die jeweilige Annahmestelle der Krankenkassen zu übermitteln. Auf das Nachreichen von Unterlagen in Papierform wird verzichtet, wenn zwischen dem Auftragnehmer, der Krankenkasse und dem Abrechnungszentrum die Voraussetzungen des Imageverfahrens nach Anlage 4 der Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V vereinbart wurden.

- (6) Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen. In diesem Fall werden die Unterlagen vollständig an den Auftragnehmer zurückgegeben. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Auftragnehmer oder der in seinem Namen beauftragten Abrechnungsstelle. Die Krankenkassen übernehmen keine nachträgliche Zahlung von Differenzbeträgen, wenn diese aus fehlerhaften Angaben des Auftragnehmers in Kostenvoranschlägen oder Rechnungen resultieren.
- (7) Erbrachte Leistungen sollen zeitnah, möglichst nicht später als 12 Monate nach dem Zeitpunkt der Auslieferung, der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden.
- (8) Die Rechnungslegung erfolgt in Form einer Sammelrechnung einmal monatlich. Die Krankenkassen oder die für diesen Zweck beauftragten Dienstleister begleichen die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit. Rückforderungsansprüche der Krankenkassen bleiben unberührt.

§ 9 Versorgungskontrolle durch die Krankenkasse

Den Krankenkassen steht es frei, Hilfsmittellieferungen nach diesem Vertrag in der ihnen geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Wird im Rahmen der Versorgungskontrolle festgestellt, dass die durchgeführte Versorgung unzweckmäßig erfolgte, ist der Versicherte neu zu versorgen, wenn der Auftragnehmer die Fehlversorgung erkannt hat oder hätte erkennen können. Die Kosten gehen zu Lasten des Auftragnehmers.

§ 10 Pflicht zur Förderung des Vertragszwecks

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, den Vertragszweck nach Kräften zu fördern und alle Handlungen zu unterlassen, die dem Vertragsverhältnis zuwiderlaufen. Insbesondere verpflichten sich die Vertragsparteien, in der Öffentlichkeit oder gegenüber Versicherten keine nachteiligen Äußerungen über diesen Vertrag oder die Vertragsparteien zu tätigen. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, gegenüber den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen keine Werbung für andere Krankenkassen zu machen und auf diese nicht mit dem Ziel eines Wechsels der Krankenkasse einzuwirken. Er verpflichtet sich ferner, die Versicherten im Falle der Beendigung oder des Ruhens dieses Vertrags nicht zu kontaktieren, soweit dies nicht aufgrund einer noch

laufenden Versorgung oder der Beendigung einer Versorgung erforderlich ist. Die Wahrnehmung berechtigter Interessen bleibt zulässig.

- (2) Werbemaßnahmen des Auftragnehmers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung aufzufordern oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Ferner ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungen oder anderen Dienstleistungen aufzusuchen oder sie in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Der Hinweis auf Wartungspflichten, sicherheitstechnische Kontrollen nach Herstellerangaben und weitere Pflichten im Rahmen des MPG und der ISO-/TÜV-Zertifizierungen bleibt davon unberührt.
- (3) Es gelten die von der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V. im Kodex „Medizinprodukte“ verankerten Verhaltensregeln in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich ausschließlich an der Versorgungsnotwendigkeit des Versicherten auszurichten. Eine Kooperation zwischen dem Auftragnehmer und Vertragsärzten mit dem Ziel, eine Leistungsausweitung der Verordnung, bzw. die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erwirken, oder die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern zu beeinflussen, ist nicht zulässig.
- (5) Es gilt § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sowie die dazu ergangenen Richtlinien.

SERVICEPLUS AG

§ 11 Haftung / Gewährleistung

- (1) Der Auftragnehmer haftet für sich und seine Mitarbeiter nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Es gelten die gesetzlichen Gewährleistungsrechte. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.

(3) Der Auftragnehmer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrags aufrecht zu erhalten. Angemessen ist eine Betriebshaftpflicht mit einer Abdeckung je Versicherungsfall in Höhe von mindestens

- 2.000.000 € für Personen oder Sachschäden
- 100.000 € für Vermögensschäden

Auf Verlangen ist der GWQ ein entsprechender Versicherungsnachweis unverzüglich vorzulegen.

§ 12 Vertragslaufzeit, Vertragsbeitritte

(1) Der Vertrag wird durch Unterzeichnung der Beitrittserklärung geschlossen. Er tritt mit dem Ersten des Folgemonats in Kraft, sofern die unterzeichnete Beitrittserklärung spätestens 14 Tage vorher bei der GWQ eingegangen ist und soweit nicht ein späterer Zeitpunkt vereinbart wird. Der Beitritt bezieht sich auf alle in der Beitrittserklärung bezeichneten Anlagen A.

(2) Handelt es sich bei dem Auftragnehmer um einen Leistungserbringerzusammenschluss (z. B. Verband) so kann die Versorgung durch die Mitglieder durchgeführt werden, soweit diese die in diesem Vertrag und der jeweiligen Anlage A aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Der GWQ ist von dem Leistungserbringerzusammenschluss eine Liste seiner beigetretenen Mitglieder zur Verfügung zu stellen. Diese Liste ist im Rahmen des von der GWQ vorgegeben Formats in elektronischer Form (z. B. Excel) zu übermitteln. Sie ist monatlich zu aktualisieren, sofern sich Änderungen ergeben haben.

(3) Die GWQ hat das Recht, der Teilnahme einzelner Leistungserbringer an diesem Vertrag in begründeten Fällen zu widersprechen. Ein begründeter Fall liegt insbesondere dann vor, wenn der Leistungserbringer bereits zuvor Vertragspartner war und der Vertrag aufgrund eines in § 14 Abs. 2 aufgelisteten wichtigen Grundes gekündigt wurde. Dem Leistungserbringer kann die Teilnahme erneut gestattet werden, wenn er gegenüber der GWQ nachgewiesen hat, dass er in Zukunft seine Leistungen zuverlässig erbringen wird. Lag ein schwerwiegender oder wiederholter Verstoß nach § 128 Abs. 1 oder 2 SGB V vor, so ist ein Beitritt frühestens nach Ablauf von zwei Jahren möglich.

(4) Krankenkassen haben die Möglichkeit, über die GWQ den Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären. Der Beitritt entfaltet seine Wirksamkeit mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung oder zu dem von der Krankenkasse bestimmten Beitrittszeitpunkt. Die Leistungserbringer werden nach Eingang der Beitrittserklärung durch die GWQ per E-Mail über weitere Krankenkassenbeitritte informiert.

- (6) Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist. Die GWQ ist über den Wegfall der Erfüllung vertraglicher Voraussetzungen unverzüglich zu informieren.

§ 13 Kündigung des Vertrags

- (1) Die Anlagen A können entsprechend den in den Anlagen A aufgeführten Fristen gekündigt werden. Die vorgesehenen Mindestvertragslaufzeiten sind zu berücksichtigen. Soweit keine Anlagen A zwischen dem Auftragnehmer und der GWQ mehr bestehen, gilt auch der Rahmenvertrag als gekündigt.
- (2) Endet dieser Vertrag, so ist der Auftragnehmer verpflichtet, eine bereits begonnene Versorgung der Versicherten bis zum Ablauf des jeweiligen Versorgungszeitraums nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrags fortzuführen.
- (3) Die GWQ hat das einseitige Recht eine Anpassung einzelner Vertragsinhalte vorzunehmen. Die GWQ wird den Auftragnehmer drei Monate vor Inkrafttreten über die Anpassung informieren. Die Anpassung wird zu dem nächsten Zeitpunkt wirksam, zu dem der Vertrag entsprechend der Regelung in Anlage A von der GWQ hätte ordentlich gekündigt werden können. Der Auftragnehmer kann im Falle der Vertragsanpassung den Vertrag ordentlich zum nächstmöglichen, in Anlage A genannten, Zeitpunkt kündigen.
- (4) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass Kündigungen von Krankenkassen durch die GWQ durchgeführt werden können. In diesen Fällen verfügt die GWQ über eine schriftliche Erklärung der Krankenkasse, die auf Verlangen des Leistungserbringers nach Erhalt der Kündigung vorgelegt wird. Die nachträgliche Vorlage der Erklärung berührt nicht die Wirksamkeit der Kündigung.
- (5) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass Kündigungen von Leistungserbringern, die über einen Leistungserbringerzusammenschluss beigetreten sind, durch deren Leistungserbringerzusammenschluss durchgeführt werden können. In diesen Fällen verfügt der Leistungserbringerzusammenschluss über eine schriftliche Erklärung des Leistungserbringers, die auf Verlangen der GWQ nach Erhalt der Kündigung vorgelegt wird. Die nachträgliche Vorlage der Erklärung berührt nicht die Wirksamkeit der Kündigung.
- (6) Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

§ 14 Außerordentliche Kündigung

- (1) Die Vertragsparteien haben das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund. Die außerordentliche Kündigung kann auch gegenüber einem einzelnen Mitglied eines Leistungserbringers-zusammenschlusses ausgesprochen werden.
- (2) Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn insbesondere gesetzliche, gerichtliche oder aufsichtsbehördliche Maßnahmen dieser Vereinbarung die rechtliche oder tatsächliche Grundlage ganz oder teilweise entziehen. Weiterhin ist ein wichtiger Grund gegeben, wenn gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird. Ein Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten liegt insbesondere vor, wenn
- a) die vom Auftragnehmer gelieferten Hilfsmittel nicht den für sie geltenden Qualitätsbestimmungen genügen
 - b) das vom Auftragnehmer eingesetzte Personal nicht die in § 4 oder in den Anlagen A festgelegten Anforderungen erfüllt
 - c) der Auftragnehmer die vereinbarten Lieferfristen aufgrund fahrlässigen oder schuldhaften Verhaltens nicht einhält
 - d) Leistungen vorsätzlich oder wiederholt falsch abgerechnet werden
 - e) Versicherte entgegen § 5 über eine mehrkostenpflichtige Versorgung nicht oder fehlerhaft aufgeklärt werden
 - f) bezogen auf die beim Vertragsschluss zugesicherte Eignung des Auftragnehmers fehlerhafte Angaben gemacht werden
 - g) der Auftragnehmer bezogen auf eine in den Anlagen A vereinbarte Rückvergütungsregelung falsche Angaben zu seinen Umsätzen macht oder die Auszahlung des Rabattbetrags schuldhaft verzögert
 - h) der Auftragnehmer gesetzliche Datenschutzbestimmungen verletzt
 - i) der Auftragnehmer gegen die Bestimmungen des § 128 Abs. 1 und 2 SGB V verstößt
 - j) über das Vermögen des Auftragnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt wird. Es besteht die Verpflichtung im Fall der Einleitung eines Insolvenzverfahrens oder Ablehnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse dies unverzüglich gegenüber der GWQ anzuzeigen

Eine außerordentliche Kündigung setzt in den Fällen der § 14 Abs. 1 Satz 3 lit. a) bis e) eine Verwarnung nach § 15 Abs. 1 lit. a) aufgrund einer gleichartigen Vertragsverletzung oder mindestens drei Verwarnungen nach § 15 Abs. 1 lit. a) aufgrund verschiedener Vertragsverletzungen voraus. Die vorgenannten Verwarnungen müssen in den sechs Monaten vor der Kündigungserklärung ausgesprochen worden sein.

- (3) Die Kündigung aus wichtigem Grund muss spätestens einen Monat nach Kenntnis des Kündigungsgrundes erklärt werden. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit ist der Zugang der Kündigungserklärung bei der jeweils anderen Vertragspartei.

§ 15 Vertragsverstöße

- (1) Verletzt der Auftragnehmer Vertragspflichten, so kann die GWQ oder die betroffene Krankenkasse folgende Maßnahmen ergreifen:
- a) Eine Verwarnung aussprechen
 - b) Bei erneutem Verstoß des Auftragnehmers nach erfolgter Verwarnung gegen eine sonstige Vertragspflicht oder Verstoß gegen eine wesentliche Vertragsverletzung nach § 14 Abs. 2 verwirkt der Auftragnehmer eine Vertragsstrafe in angemessener Höhe bis zu 50.000 € bzw. 2.500 € je Einzelfall; maximal jedoch 5 % der Auftragssumme. In minderschweren Fällen wird für jeden Fall der Pflichtverletzung eine Vertragsstrafe in Höhe von 200 € als angemessen angesehen.
 - c) Den Vertrag solange ruhend stellen, bis der Auftragnehmer nachweislich sichergestellt hat, dass es zukünftig nicht zu erneuten Vertragsverletzungen kommen wird

Der GWQ und den Krankenkassen steht bei der Auswahl der jeweiligen Maßnahme ein Ermessen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls zu.

- (2) Wird die rechtzeitige Versorgung eines Versicherten aufgrund eines Fehlverhaltens des Auftragnehmers, insbesondere aufgrund der Verzögerung der vereinbarten Lieferfristen, gefährdet, so ist die Krankenkasse berechtigt, die Versorgung des Versicherten auf einen Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten sind vom Auftragnehmer zu tragen.

§ 16 Datenschutz

- (1) Der Auftragnehmer verpflichtet sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der anwendbaren rechtlichen Bestimmungen zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen. Insbesondere sind die Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, der Landesdatenschutzgesetze sowie der Sozialgesetzbücher zu beachten. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden.

- (2) Der Auftragnehmer hat seine Mitarbeiter sowie Dritte (z. B. Unterauftragnehmer), die er in die Vertragserfüllung einbindet, in der in Abs. 1 beschriebenen Weise zu verpflichten. Er trifft alle hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen.

§ 17 Gerichtsstandsvereinbarung

Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Düsseldorf.

§ 18 Vertragsänderung, Schriftform

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform. Einzelabsprachen oder Nebenabreden zwischen den Vertragspartnern sind nichtig, soweit sie in diesem Vertrag nicht ausdrücklich vorgesehen sind.
- (2) Die Anlagen und Anhänge zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrags.



§ 19 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart grundlegend, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Vertragsparteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.
- (2) Ergibt sich die Notwendigkeit von Änderungen aufgrund einer gesetzlich vorgesehenen Vereinbarung, verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich eine Anpassung oder Klarstellung herbeizuführen.

Für die vertragsschließenden Krankenkassen:

GWQ ServicePlus AG:

Düsseldorf, den _____

Düsseldorf, den _____

Oliver Harks
Bereichsleiter Versorgungsmanagement
GWQ ServicePlus AG

Bettina Middendorf-Piniak
Bereichsleiterin Administration und Service
GWQ ServicePlus AG

Für die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ahrensburg, den _____

Ahrensburg, den _____

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Anlagenübersicht

Anlage A73 zum GWQ-Rahmenvertrag Hilfsmittel – Schmerztherapie (Infusionstherapie)

Anlage A73.1 Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Anlage A73.2 Teilnehmende Krankenkassen (Nutzung eKV)

Anlage A73.3 Versichertenerklärung

Anlage A73.4 Beitrittserklärung der Krankenkasse (separates Dokument)

Anlage A73.5 Beitrittserklärung der Leistungserbringer (separates Dokument)

Anlage B zum GWQ-Rahmenvertrag Hilfsmittel – Mehrkostenerklärung

Anlage A74 zum GWQ-Rahmenvertrag Hilfsmittel – Parenterale Ernährung (Infusionstherapie)

Anlage A74.1 Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Anlage A74.2 Teilnehmende Krankenkassen (Nutzung eKV)

Anlage A74.3 Versichertenerklärung

Anlage A74.4 Beitrittserklärung der Krankenkasse (separates Dokument)

Anlage A74.5 Beitrittserklärung der Leistungserbringer (separates Dokument)

Anlage B zum GWQ-Rahmenvertrag Hilfsmittel – Mehrkostenerklärung

Produktgruppe 03

Fassung 1.0

Anlage vom 01.01.2020

Präqualifizierungsbereiche 03B, 03C und 03E.

Diese Anlage gilt ausschließlich in Verbindung mit der jeweiligen Version des GWQ Rahmenvertrags Hilfsmittel.

Die Abrechnung erfolgt über den Leistungserbringer-Gruppenschlüssel 19 91 G73.

§ 1 Gegenstand der Anlage

Gegenstand dieser Anlage ist die aufzahlungsfreie Versorgung von Versicherten der dieser Anlage beigetretenen Kostenträger mit Hilfsmitteln zur Infusionstherapie einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen. Die Vergütung wird in § 7 und § 8 näher definiert.

§ 2 Leistungserbringung

- (1) Die Leistungserbringung erfolgt auf Basis der in den entsprechenden Produktarten des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgeführten Indikationen.
- (2) Setzt der Auftragnehmer für die Durchführung der Versorgung Unterauftragnehmer ein, so hat er diese der GWQ vorab anzuzeigen, soweit für diese Tätigkeit eine Präqualifizierung als Leistungserbringer erforderlich ist. Tritt ein Leistungserbringerverband dieser Anlage bei, so legt dieser seinen teilnehmenden Betrieben das in Anlage A73.5 beigefügte Formular vor und stellt diese gesammelt der GWQ zur Verfügung, sofern eine Unterauftragnehmerschaft besteht. Der Auftragnehmer hat sicherzustellen, dass der von ihm eingesetzte Unterauftragnehmer über diese Präqualifizierung verfügt. Ein Wechsel des Unterauftragnehmers ist der GWQ anzuzeigen.
- (3) beigefügte Formular vor und stellt diese gesammelt der GWQ zur Verfügung, sofern eine Unterauftragnehmerschaft besteht. Der Auftragnehmer hat sicherzustellen, dass der von ihm eingesetzte Unterauftragnehmer über diese Präqualifizierung verfügt. Ein Wechsel des Unterauftragnehmers ist der GWQ anzuzeigen.

- (4) Der Auftragnehmer ermittelt zu Beginn jeder erstmaligen Versorgung den individuellen Versorgungsbedarf. Hierzu ist zwingend eine Information des Versicherten durchzuführen und die Möglichkeit der Beratung anzubieten. Beides ist zu dokumentieren und auf Verlangen dem Kostenträger vorzulegen.
- (5) Es erfolgt keine Risikoselektion durch den Auftragnehmer. Der Auftragnehmer kann eine Versorgung auf Grundlage dieses Vertrags nur mit Zustimmung des Kostenträgers ablehnen. Dies gilt auch für Versorgungsleistungen, die dem Auftragnehmer vom Kostenträger zugewiesen werden. Kommt der Auftragnehmer dieser vertraglichen Versorgungsverpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist der Kostenträger berechtigt, einen anderen Auftragnehmer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen. In diesem Fall hat der untätig gebliebene oder nicht rechtzeitig tätig gewordene Auftragnehmer die entstehenden Mehrkosten dieser Ersatzversorgung zu tragen.
- (6) Nach Genehmigung durch den Kostenträger ist das Hilfsmittel spätestens bis zum nächsten Arbeitstag auszuliefern. Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel, so stellt der Auftragnehmer dem Versicherten aushilfsweise und kostenlos ein funktionsähnliches Modell bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung.
- (7) Im Falle von Lieferverzögerungen sind die GWQ und die teilnehmenden Krankenkassen schriftlich, die Ärzte und die betroffenen Versicherten unverzüglich vorab telefonisch vom Leistungserbringer zu informieren.
- (8) Ein Wechsel des versorgenden Auftragnehmers ist dem Versicherten – auch bei einer bereits vorliegenden Genehmigung - mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende ohne Angabe von Gründen möglich. Auf Wunsch des Versicherten wird der Kostenträger unterstützend tätig.
- (9) Bei der Auswahlentscheidung des geeigneten Hilfsmittels soll grundsätzlich den Wünschen des Versicherten entsprochen werden, sofern diese das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten und keine medizinischen bzw. fachlichen Gründe dagegensprechen.
- (10) Bei der Versorgung mit den o.g. Hilfsmitteln gewährleistet der Leistungserbringer:
- a) die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten innerhalb von 24 Stunden an Arbeitstagen nach Auftragserteilung durch die Krankenkasse.
 - b) die Aufklärung des Versicherten und der ihn betreuende(n) Person(en), insbesondere über die Eigenschaften, den Anwendungsbereich, die notwendigen Inspektionen bzw.

Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen, die Produktpflege sowie die fachgerechte Lagerung der Infusionspumpen und des Zubehörs.

- c) die Information des Versicherten und der ihn betreuende(n) Person(en) über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess.
- d) die Information der Krankenkasse und des Vertragsarztes bei Problemen in der Versorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften.
- e) die persönliche technische Einweisung des Versicherten im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte. Angehörige und/oder Pflegepersonal können ebenfalls kostenfrei an der Schulung oder an einem Gruppenschulungstermin teilnehmen. Die Einweisung kann gleichermaßen durch vom Hersteller zertifizierte Dritte erfolgen.
- f) die Abstimmung mit dem behandelnden Arzt über die zum Einsatz kommenden Produkte für die Versorgung nach der Entlassung aus dem stationären Bereich.
- g) die Klärung des sozialen Umfelds.
- h) die Annahme der ärztlichen Verordnungen.
- i) die Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich spätestens bis zum nächsten Arbeitstag.

(11) Die Nachbetreuung des Versicherten über den gesamten Versorgungszeitraum umfasst:

- a) Reaktive Informationen zur Sicherung der Anwendung der Produkte ggf. in Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt
- b) Reaktive Informationen zu Komplikationen mit dem Verweis, den Vertragsarzt aufzusuchen
- c) Ersatz des Gerätes im Reparatur- und Garantiefall innerhalb von 24 Stunden in Deutschland (Sicherung einer lückenlosen Therapie)

(12) Der Auftragnehmer richtet gemäß den Präqualifizierungskriterien des GKV-Spitzenverbands einen medizinisch-technischen Notdienst mit täglich 24-stündiger telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal ein. Der Auftragnehmer leitet innerhalb von 4 Stunden ab dem ersten Anrufversuch des Versicherten geeignete Maßnahmen zur Problemlösung ein.

(13) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass für die Information bzw. Beratung der Versicherten ein Bestand an Mustergeräten der gängigsten preislich geregelten und zugelassenen Hilfsmittel am Ort des Leistungserbringers vorgehalten wird. Eine erforderliche Nachbetreuung ist zu gewährleisten, unabhängig von evtl. erforderlichen Reparaturen.

(14) Für die Neulieferung von Hilfsmitteln richtet sich der Umfang der Gewährleistung nach den gesetzlichen Bestimmungen (2 Jahre nach Aushändigung an den Versicherten), soweit nicht darüberhinausgehende Garantien des Herstellers bestehen.

§ 3 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Auftragnehmer setzt im direkten Versichertenkontakt ausschließlich fachlich qualifizierte Mitarbeiter bzw. externe Personen ein, welche vom Hersteller auf die eingesetzten Hilfsmittel geschult und zertifiziert wurden. Die Nachweise sind der GWQ und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.
- (2) Darüber hinaus sind die in der Produktgruppe 03 „Applikationshilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V definierten Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu beachten.
- (3) Zur Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten beschäftigt der Leistungserbringer Personen oder bedient sich Erfüllungsgehilfen, die eine der folgenden Qualifikationen erfüllen:
- (a) Staatlich anerkannte/r Gesundheitspfleger/in und (Kinder) Krankenpfleger/-in
 - (b) Staatlich anerkannte Altenpfleger/in (3-jährige Ausbildung), die eingehende Produkt- und Versorgungskennnisse in dem von diesem Vertrag umfassten Produktarten haben.
 - (c) Sowie Fortbildung zum/r Medizinprodukteberater/in.
- (4) Damit das fachliche Wissen immer auf dem neusten Stand ist, haben die Mitarbeiter und Erfüllungsgehilfen regelmäßig an Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen in den o. g. Versorgungsbereich teilzunehmen. Dazu gehören auch Produktschulungen. Die Teilnahme an den fachlichen bzw. produktbezogenen Weiterbildungsmaßnahmen kann durch Schulungsnachweise belegt werden. Dies gilt unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

§ 4 Dokumentation, Qualitätssicherung und Statistik

- (1) Dem Kostenträger steht es uneingeschränkt frei, die Versorgung der Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (2) Zur Sicherung der Qualität übermittelt der Auftragnehmer auf Anforderung der GWQ und den beigetretenen Krankenkassen quartalsweise einen Bericht über die erfolgten Versorgungen.

Dieser Bericht ist in einem von der GWQ vorgegeben Format in elektronischer Form (z. B. Excel) zu übermitteln und enthält folgende Daten:

- a) Anzahl abgerechneter Versorgungspauschalen je Kalendermonat
 - b) Anzahl der abgegebenen Produkte je Hilfsmittelpositionsnummer je Kalendermonat (10-Stellige HM-Positionsnummer gemäß HM-Verzeichnis), sofern vertraglich eine Pseudo-Nummer vereinbart wurde
 - c) Statistiken zur Patientenzufriedenheit, sofern diese erhoben wurde
 - d) Anzahl Produkte je Kalendermonat, für die eine Mehrkostenerklärung vorliegt, sofern die Mehrkosten nicht über § 302 SGB V übermittelt werden
- (3) Auf Anfrage der Krankenkasse ist der Nachweis über die sicherheitstechnische Kontrolle (STK) und das angefertigte Protokoll gemäß § 11 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung kostenfrei vorzulegen, wenn kein Austausch des Gerätes erfolgte.
- (4) Die GWQ und die teilnehmenden Krankenkassen werden die Einhaltung der Vertragsinhalte regelhaft kontrollieren. Dazu werden sowohl die Genehmigungs- und Abrechnungsdaten herangezogen als auch Versichertenbefragungen und Stichprobenprüfungen durchgeführt. Bei Auffälligkeiten werden zwischen den Vertragsparteien Gespräche geführt und entsprechende Maßnahmen ergriffen.
- (5) Sollte der Leistungserbringer einen Hinweis auf unzureichendes Nutzungsverhalten des Versicherten feststellen, so ist die Krankenkasse hierüber zu informieren.
- (6) Der erste Beratungsbesuch in der Häuslichkeit erfolgt am Entlassungstag, sofern der Leistungserbringer über den Zeitpunkt der Entlassung rechtzeitig informiert wurde. Ansonsten erfolgt der erste Beratungsbesuch am ersten Versorgungstag. Die Häufigkeit der weiteren Besuche richtet sich nach dem hilfsmittelbezogenen Beratungsbedarf des Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Person(en).

§ 5 Ort der Versorgung

- (1) Die Lieferung von Waren erfolgt frei Haus. Die Lieferung kann postalisch, bzw. über einen Lieferdienst erfolgen. Sie umfasst maximal die notwendige Hilfsmittelmenge für einen Versorgungszeitraum von vier Wochen.

- (2) Die Beratung zum Hilfsmittel hat i.d.R. am Wohnort bzw. am üblichen Aufenthaltsort des Versicherten zu erfolgen. Die Beratung während eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten ist hiervon eingeschlossen.

§ 6 Genehmigungsvoraussetzungen

- (1) Eine vertragsärztliche Verordnung ist sowohl für die Erst- als auch für die Folgeversorgung erforderlich, ebenso bei einer medizinisch gebotenen Änderung der ärztlichen Diagnose (§ 33 Abs. 5a SGB V). Die Verordnung ist unabhängig vom angegebenen Versorgungszeitraum und der verordneten Menge sechs Monate gültig. Spätestens nach Ablauf von 6 Kalendermonaten oder bei Mengenänderungen ist erneut eine vertragsärztliche Verordnung für die Durchführung von Folgeversorgungen vorzulegen.
- (2) Erstversorgungen sind genehmigungspflichtig. Folgeversorgungen sind mit folgenden Ausnahmen genehmigungsfrei:
- Änderung der ärztlichen Diagnose oder Therapieform
 - Leistungsänderungen im Vergleich zu vorangegangenen Versorgungen
- (3) Die Krankenkasse informiert den Versicherten über die Bindung an den Leistungserbringer für den Zeitraum der Dauerversorgung. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über die Inhalte der Versichertenerklärung, zum Beispiel im Rahmen der technischen Einweisung oder gemäß der Anlage A73.3.
- (4) Verhält sich der Versicherte nicht compliant, kann die bereits erteilte Genehmigung durch die Krankenkasse zurückgezogen werden.
- (5) Erstversorgungen mit Pumpen zur Infusions-/Arzneimitteltherapie unterliegen weiterhin der Genehmigungspflicht. Aufgrund der besonderen Dringlichkeit dieser Versorgungen ist der Auftragnehmer verpflichtet, unverzüglich nach Kenntnis über den Versorgungsfall einen Antrag auf Genehmigung der Versorgung bei der Krankenkasse zu stellen.
- (6) Bei der Beantragung von Positionen, bei denen sich aus der Hilfsmittelnnummer kein Einzelprodukt ergibt, z.B. Abrechnungspositionen, Versorgungssets/-kits, ist im elektronischen Kostenvoranschlag zusätzlich zu den in § 7 des Rahmenvertrages genannten Angaben, die Angabe der PZN erforderlich.

§ 7 Vergütung

- (1) Für die Leistungen nach diesem Vertrag erhält der Auftragnehmer nach vertragskonformer Leistungserbringung eine Vergütung, die alle erforderlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung für den vertraglichen Versorgungszeitraum umfasst. Näheres ist in § 8 geregelt. Es können nur Versorgungen abgerechnet werden, die nachweislich ausgeliefert wurden.
- (2) Die auszuliefernde Menge richtet sich nach den Mengenangaben der vertragsärztlichen Verordnung.
- (3) Mit den Vertragspreisen in § 8 sind folgende Leistungsinhalte vergütet:
 - a) Sämtliches erforderliches Zubehör und Verbrauchsmaterial gemäß medizinischer Notwendigkeit. Bezogen auf die Menge des eingesetzten Verbrauchsmaterials können die empfohlenen Wechselintervalle der Hersteller zugrunde gelegt werden; die Menge orientiert sich jedoch am medizinischen Bedarf im Einzelfall.
 - b) Sämtliche Dienst- und Serviceleistungen, wie z. B. Beratung, Betreuung, Einweisung, Erprobung, Nachbetreuung und Lieferung.
 - c) Durchführung von Reparaturen, Wartungen und sicherheitstechnischer Kontrolle (STK).
 - d) Rückholung des Hilfsmittels nach Ablauf des Versorgungszeitraums.
- (4) Mehrmonatslieferungen sind nicht möglich.
- (5) Die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Leistungsdatum erfolgen.
- (6) Grundsätzlich ist zur Abrechnung das Rezept im Original bei dem Kostenträger einzureichen, Duplikate, Scans oder Kopien werden in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Rezeptverlust auf dem Postweg) ebenfalls akzeptiert.
- (7) Abweichend von § 13 Abs. 3 des GWQ-Rahmenvertrages können Anpassungen sich auf die Vergütung auswirkender Regelungen nur im Einvernehmen der im Rubrum genannten Vertragspartner festgelegt werden.
- (8) Die Einmalpauschale beinhaltet alle zur Versorgung notwendigen Leistungen:
 - (a) 03.29.08. (03.99.05.4/ 03.99.06.1) Pumpen zur Infusions-/ Arzneimitteltherapie, netzabhängig

- (b) 03.29.09. (03.99.05.5./ 03.99.05.6./ 03.99.06.3.) Pumpen zur Infusions-/Arzneimitteltherapie, netzunabhängig
- (c) 03.29.10. (03.99.05.3.) Spritzenpumpen, netzabhängig
- (d) 03.29.11. (03.99.05.3) Spritzenpumpen, netzunabhängig
- (e) Tragetasche bzw. Hüllen zum Schutz der Pumpen
- (f) Alle Arten von Batterien oder Akkus (die Auswahl obliegt dem Leistungserbringer)
- (g) Alle erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen
- (h) Die Erfüllung aller definierter Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards
- (i) Die Durchführung der technischen Kontrollen, Reparaturen und Wartungen sowie ggf. Ersatzversorgung
- (j) Die Verwendung der Produkte nach Herstellervorgaben
- (k) Die Kosten für Auslieferung, Abholung und Aussonderung der Geräte.
- (l) Infusionsständer



§ 8 Vertragspreise

(1) Der Auftragnehmer liefert die Produkte zu folgenden Preisen:

Vertrags-positions-nummer	Bezeichnung	Laufzeit (Monate)	LKZ	Leistungsinhalte	Preis (netto)
PQ 03E Pumpensysteme – Schmerztherapie					
03.00.29.0912	Einmalpauschale für mobile Pumpensysteme	Unbegrenzt, bis zum Ende der Versorgungsdauer	08	Gemäß § 7 Abs. 8	490,00 €
03.00.29.0812	Einmalpauschale für netzabhängige Pumpensysteme		08		490,00 €
PQ 03B, 03C Hilfsmittel zur Versorgung mit mobilen und netzabhängigen Pumpensystemen – Schmerztherapie					
03.99.99.0001	Abrechnungsposition für Tasche (Rucksack) zur Pumpapplikation	-	00 / 04		50,00 €
03.99.01.3	Sonstige Kunststoffspritzen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.01.4	Spritzen zur Verwendung von Spritzenpumpen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.08.1	Überleitsystem zur Pumpapplikation (Infusionsbesteck)	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.08.2	Überleitsystem zur Pumpapplikation (ohne Beutel/ Reservoir)	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.08.3	Überleitsystem zur Pumpapplikation (mit Beutel/ Reservoir)	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.08.5	Überleitsystem zur Pumpapplikation (Mischsysteme)	-	00 / 04		AEP + 10%

3.99.08.6	Überleitsystem zur Pumpapplikation (Kassetten/ Pumpköpfe)	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.08.7	Überleitsystem zur Pumpapplikation (Peristaltikschlauchsegmente)	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0011	Verlängerung für Überleitsysteme	-	00 / 04		AEP + 10%
03.29.12.3	Sekundärleitungen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.29.12.4	Mehrfachverbinder, einlumig	-	00 / 04		AEP + 10%
03.29.12.5	Mehrfachverbinder, mehrlumig	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0016	Flaschenhalter, einmal verwendbar	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0017	Flaschenhalter, mehrfach verwendbar	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1012	Filtersysteme zur Infusions-/ Arzneimitteltherapie	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0006	Einführ- und Setzhilfen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0009	Ampullen zu Insulin und Medikamentenpumpen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0010	Adapter und Medikamentenbehälter	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0012	Absperrhähne, Dreiweghähne	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0013	Rückflusssperren	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0014	Verschlussstopfen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.0018	Montagevorrichtungen zur mehrfachen Verwendung	-	00 / 04		AEP + 10%

03.99.99.0021	Betten- und Stativ Holster	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1010	Infusionskanülen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1011	Verschlussystem für Infusionskanülen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1015	Abrechnungsposition für Port-Kanülen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1025	Aufziehhalm	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1026	Aufziehkanülen	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1027	Universal Spikes	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.99.1028	Spikes mit männlichem Ansatz	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1901	Spülset	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1902	Anhängeset	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1903	Abhängeset	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1904	An- und Abhängeset	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1905	Portpunktionsset	-	00 / 04		AEP + 10%
03.99.98.1906	Sonstige Sets	-	00 / 04		AEP + 10%

- (2) Bei der Abrechnung ist für die Einmalpauischale das Leistungskennzeichen 08 anzugeben. Bei der Abrechnung von Neulieferung/Kauf ist das Leistungskennzeichen 00 für Erstversorgungen und für Folgeversorgungen (Nachlieferungen) das Leistungskennzeichen 04 anzugeben.

- (3) Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersicht des GKV Spitzenverbandes findet eine entsprechende Anpassung der vertraglich geregelten Einzelpositionen statt.

§ 9 - NICHT BESETZT -



§ 10 Vertragslaufzeit / Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.01.2020 in Kraft. Diese Anlage ist mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kündbar, frühestens jedoch zum 31.12.2021.
- (2) Die Kündigung eines Verbandsmitglieds oder einer Krankenkasse führt nur zum Austritt dieser Partei.
- (3) Im Falle einer ordentlichen Kündigung werden die bereits genehmigten und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung noch andauernden Versorgungsleistungen bis zum Ende des genehmigten Versorgungszeitraums zu Ende geführt.

Für die vertragsschließenden Krankenkassen:

GWQ ServicePlus AG:

Düsseldorf, den _____

Düsseldorf, den _____

Oliver Harks

Bettina Middendorf-Piniek

Bereichsleiter Versorgungsmanagement

Bereichsleiterin Administration und Service

GWQ ServicePlus AG

GWQ ServicePlus AG

Für die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ahrensburg, den _____

Ahrensburg, den _____

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Pflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Inkrafttreten: 01.07.2019

(1) Die Aufgaben, die sich aus den Pflichten der diesem Vertrag beigetretenen Krankenkassen 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

(2) Sofern die/der Versicherte bei einer (mindestens) einmaligen Erinnerung keine Instandhaltung oder Sicherheitstechnische Kontrolle an seinem überlassenen Produkt zulässt, ist dies vom Leistungserbringer zu protokollieren und der Krankenkasse unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(3) Die Krankenkassen behalten sich die Überprüfung der Erfüllung der nach der MPBetreibV an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

Alle übrigen im Vertrag enthaltenen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

Düsseldorf, den 08.03.2019

Anlage B zum GWQ Rahmenvertrag Hilfsmittel - Mehrkostenerklärung

Name, Anschrift und Kontaktdaten des Leistungserbringers:

IK: _____

Versicherter:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____

KV-Nr. _____

1. Datum der Verordnung: _____

2. Erklärung des Versicherten:

Ich bin ausführlich und im Rahmen einer Produktschulung/Bemusterung von dem o. g. Leistungserbringer informiert worden, dass eine aufzahlungsfreie, auskömmliche und qualitative Versorgung möglich ist.

Ich wünsche davon abweichend und über meinen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse hinausgehend ausdrücklich eine Versorgung mit folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten:

Der Grund für die aufzahlungspflichtige Versorgung ist:

Mir wird eine Aufzahlung in Höhe von _____ in Rechnung gestellt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Kosten für diese alternativ ausgewählten Hilfsmittel über dem Vertragspreis der Krankenkasse liegen.

Die Differenz zwischen dem Vertragspreis und dem Preis für das von mir ausgewählte Produkt gehen zu meinen Lasten und werden von der Krankenkasse nicht erstattet.

Datum Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters

3. Erklärung des Leistungserbringers:

Die vom Versicherten ausgewählten Produkte sind im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet und entsprechen der ärztlichen Verordnung.

Mit dem Einsatz dieser Produkte wird das mit der Hilfsmittelverordnung vorgesehene therapeutische Ziel nicht eingeschränkt.

Der Versicherten wurde im Rahmen einer Produktschulung/Bemusterung von Herrn/Frau _____ (Name des Mitarbeiters) darüber informiert, dass eine aufzahlungsfreie, auskömmliche und qualitative Versorgung mit den folgenden Produkten möglich ist:

Datum Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 73.3 Versichertenerklärung

Die / der unten genannte Versicherte wurde von _____ (Im folgenden Vertragspartner genannt) als Vertragspartner der Krankenkasse _____ heute persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

Herr/ Frau _____, geb. _____ nutzt _____ ein Pumpensystem e des Vertragspartners.

Wir bitten, alle Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit der Infusionspumpenversorgung benötigt werden, über den Vertragspartner zu beziehen. Die Lieferung der Hilfsmittel einschließlich der Vergütung ist zwischen dem Vertragspartner und Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbart.

Im Falle der Versorgung eines Pumpensystems schließt dies auch alle damit in Zusammenhang stehenden Servicedienste ein.

Die Infusionspumpen sind Eigentum des Vertragspartners und dadurch nur durch den Vertragspartner servicetechnisch zu betreuen. Ihre Krankenkasse vergütet dies.

Der Wechsel zu einem anderen Hilfsmittellieferanten ist möglich. Bitte stimmen Sie dies mit Ihrer Krankenkasse ab.

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen stehen Ihnen Ihre Krankenkasse und der Vertragspartner gerne zur Verfügung.

Diese Versichertenerklärung gilt für folgenden Versorgungsbereich:

- Für die Pumpen- und Zubehörversorgung *Beginn: _____

*Der Beginn der Versorgung wird vom Vertragspartner datiert.

Zusätzliche Bemerkungen:

Versichertenerklärung

Anschrift des Versicherten:

Name:
Straße:
PLZ:
Ort:

Krankenversicherungsnummer:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Der unten aufgeführte Vertragspartner meiner Krankenkasse darf mich als Versicherten im Rahmen der Versorgung telefonisch und/oder schriftlich kontaktieren.

Datum _____ Unterschrift Patient/Betreuer _____



Daten Ihres Hilfsmittellieferanten:

SERVICEPLUS AG

Rücksendung an
Fax: 0211 – 758498 – 48
E-Mail: vertragsbeitritt@gwq-serviceplus.de

Beitrittsvereinbarung

zum Vertrag **Schmerztherapie (Infusionstherapie)**

LEGS 19 91 G73

gem. § 127 Abs. 1 SGB V

zwischen der GWQ ServicePlus AG,

Tersteegenstr. 28, 40474 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand

- nachstehend GWQ genannt -

handelnd für die beigetretenen Krankenkassen,

und

(Stempel)

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

Der unterzeichnende Leistungserbringer, vertreten durch die Geschäftsführung, ist umfassend über die Ziele und Inhalte des oben genannten Hilfsmittelliefervertrags gemäß § 127 Absatz 1 SGB V informiert worden. Der Vertrag liegt dem unterzeichnenden Leistungserbringer vor.

Auf der Grundlage des oben genannten Hilfsmittelvertrags bietet der Leistungserbringer den Abschluss eines eigenen Vertrags zu den gleichen Bedingungen an.

Der Leistungserbringergruppenschlüssel **19 91 G73** ist bei der Abrechnung anzugeben.

Mit dieser Beitrittserklärung verpflichtet sich der Leistungserbringer zur Einhaltung und Umsetzung der Regelungen aus dem oben genannten Vertrag.

Der Vertragsbeitritt erfolgt zu dem Präqualifizierungsbereich (bitte ankreuzen):

- 03B Spritzen und Zubehör
- 03C Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör
- 03E Pumpensysteme

Der Leistungserbringer versichert mit seiner Unterschrift, alle im Vertrag genannten Voraussetzungen zur Lieferung der Hilfsmittel zu erfüllen. Ferner versichert der Leistungserbringer, dass keine Lieferberechtigung aus einem anderen Vertrag besteht.

- Zum nächstmöglichen Zeitpunkt (erster des Folgemonats, sofern die unterzeichnete Beitrittserklärung spätestens 14 Tage vorher bei der GWQ eingegangen ist).
- Der Beitritt erfolgt alternativ zum: _____

Der Beitritt zum o. g. Zeitpunkt erhält erst mit Zustimmung der GWQ Wirksamkeit. **Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die GWQ dem Beitritt nicht innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Beitrittserklärung widersprochen hat.** Eine gesonderte Beitrittsbestätigung ist nicht vorgesehen.

Der Beitritt gilt für die Krankenkassen, die Vertragspartner sind. Diese können auf dem GWQ-Vergabeportal tagesaktuell eingesehen werden.

Für das Abrechnungsverfahren gem. § 302 SGB V gelten die der Beitrittserklärung als Anlage beigefügten Haupt- und Neben-IK's (vom Leistungserbringer auszufüllen).

Der Auftragnehmer setzt im Rahmen der Durchführung der Versorgung für Tätigkeiten, für die eine Präqualifizierung als Leistungserbringer erforderlich ist, folgende Unterauftragnehmer ein:

Name und Anschrift des Unterauftragnehmers	Übertragene Tätigkeit	IK

Der Auftragnehmer versichert, dass die Unterauftragnehmer über den Zeitraum ihrer Tätigkeit für den Auftragnehmer über die entsprechende Präqualifizierung verfügen.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Firmenstempel

Anlage 1 Haupt- und Neben-IK

Hauptbetrieb und Filialen	Anschrift	Telefon/ Servicenummer	Telefax	E-Mail	Ansprechpartner	IK	Website