



**Vertrag
über die Versorgung der Versicherten
mit Hausnotrufsystemen
nach § 78 Absatz 1 SGB XI**

zwischen

dem ... (im Folgenden Verband),
«Strasse»
«PLZ» «Ort»

und

dem GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 2 Abgabe von Hausnotrufsystemen und –leistungen/Leistungsumfang	4
§ 3 Vergütung der Leistungen	7
§ 4 Abrechnungsverfahren	8
§ 5 Zahlungsweise	9
§ 6 Unzulässiges Verhalten	10
§ 7 Datenschutz.....	10
§ 8 Qualitätssicherung	11
§ 9 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	11
§ 10 Aufgaben des Verbandes und einzelner Leistungserbringer.....	12
§ 11 Teilnahme verbandsgebundener und Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer ..	13
§ 12 Inkrafttreten und Kündigung	14
§ 13 Salvatorische Klausel und Schriftformerfordernis.....	15
Anlage 1 – Preisvereinbarung	16
Anlage 2 – Beratungs- und Mehrkostendokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V.....	17
Anlage 3 – Inbetriebnahme / Empfangs- und Einweisungsbestätigung.....	19
Anlage 4 – Statistische Angaben gemäß § 8 Absatz 3 des Vertrages.....	21
Anlage 5 a – Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer	23
Anlage 5 b – Beitrittserklärung Leistungserbringer	25
Anlage 5 c – Beitrittserklärung Verband.....	27
Anlage 6 – Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem	29

Präambel

1Nach § 78 Absatz 1 Satz 1 SGB XI schließt der GKV-Spitzenverband in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (nachfolgend als „GKV-Spitzenverband“ bezeichnet) mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln; hierzu gehören auch Hausnotrufsysteme. 2Für diese Verträge gelten nach § 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI die §§ 126 und 127 SGB V entsprechend.

3Die Versorgung der Versicherten¹ mit Hausnotrufsystemen nach diesem Vertrag erfolgt durch Leistungserbringer, die die Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V (nachfolgend als „Anforderungen nach § 126 Absatz 1 SGB V“ bezeichnet) in der jeweils geltenden Fassung erfüllen.

4Einzelne Leistungserbringer können dem Vertrag entsprechend § 127 Absatz 2 Satz 1 SGB V zu gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten. Andere Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer können dem Vertrag entsprechend § 127 Absatz 2 Satz 3 SGB V ebenfalls beitreten.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) 1Dieser Vertrag regelt die mehrkostenfreie (bzw. aufzahlungsfreie) Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen der Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität“ des Pflegehilfsmittelverzeichnisses gemäß § 78 Absatz 2 SGB XI, die einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach § 40 Absatz 1 und Absatz 3 SGB XI haben. 2Die Versorgung erfolgt ausschließlich mit Hausnotrufsystemen, die zum Zeitpunkt der Installation die Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung erfüllen, und unter Einhaltung der im Pflegehilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die vom Leistungserbringer zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen.

(2) Hausnotrufsysteme bestehen aus einem Hausnotrufgerät sowie einem Alarm-/Funksender und sind an eine Hausnotrufzentrale angeschlossen.

(3) Die Versorgung nach Absatz 1 und 2 kann nur durch Leistungserbringer erfolgen, die die Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllen und dies nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachweisen können.

(4) 1Dieser Vertrag gilt für

¹ Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

- a) den vertragschließenden Leistungserbringer oder den vertragschließenden Verband und dessen am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11 des Vertrages,
- b) einzelne präqualifizierte Leistungserbringer, die dem Vertrag beitreten,
- c) andere Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer, die einem bereits geschlossenen Verbandsvertrag beitreten und deren am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11 des Vertrages, sowie
- d) den GKV-Spitzenverband und die Pflegekassen.

2Für die unter a), b) und c) Genannten gilt dieser Vertrag, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

(5) Die vertraglichen Regelungen über die Aufgaben und Pflichten von Verbänden gelten nicht für vertragsschließende oder beitretende einzelne Leistungserbringer.

§ 2

Abgabe von Hausnotrufsystemen und –leistungen/Leistungsumfang

(1) 1Die Versorgung mit Hausnotrufsystemen bedarf grundsätzlich eines vorherigen Leistungsantrags auf Versorgung (Kostenvoranschlag) und dessen Genehmigung durch die Pflegekasse. 2Der Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird als Leistungsantrag des Versicherten gewertet. 3Sofern die Versorgung aufgrund der Empfehlungen des Medizinischen Dienstes nach § 18 Absatz 6 a SGB XI erfolgt, gelten diese als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. 4Stellt der Versicherte bzw. der Leistungserbringer für den Versicherten Versicherte den Antrag bei einer unzuständigen Pflegekasse, so leitet die Pflegekasse den Antrag mit Eingangsvermerk und Hinweis auf Unzuständigkeit an den Antragsteller zurück.

(2) 1Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen allen vertragsgebundenen Leistungserbringern ist auch von den Pflegekassen zu gewährleisten. 2Pflegekassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer zu informieren.

(3) 1Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten entsprechend § 127 Absatz 5 SGB V mindestens vor der erstmaligen Inanspruchnahme eines Hausnotrufsystems zu beraten und die Beratung in dem dafür vorgesehenen Formular (Anlage 2) zu dokumentieren. 2Findet die Beratung durch einen Kooperationspartner statt, hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass der Beratende entsprechend geschult und dadurch fachlich qualifiziert ist. 3Auf Wunsch des Versicherten erfolgt die Beratung im häuslichen Umfeld des Versicherten und ggf. zusammen mit weiteren an der Betreuung beteiligten Personen.

4Die Beratung umfasst insbesondere

- Informationen über die Inhalte der mehrkostenfreien Versorgung mit einem Hausnotrufsystem,
- die Aufklärung über geeignete Hausnotrufleistungen bzw. Maßnahmen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall,
- das Darlegen der hierfür notwendigen Voraussetzungen (z. B. Austausch von Daten, Stromversorgung und Telefon- bzw. Internetverbindung),

- die Auskunft über die Gefahr eines Stromausfalls bei einem Telefon- bzw. Internetanschluss über ein stromgespeistes Anschlussgerät (Router),
- die Information darüber, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen und in dem finanziellen Umfang und ab dem Zeitpunkt übernimmt, soweit eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse vorliegt,
- Ausführungen über Art und Höhe von Mehrkosten, die von dem Versicherten selbst zu tragen sind, wenn von ihm über den Vertrag hinausgehende Leistungen (Mehrleistungen) gewählt werden.

(4) ¹Der Versicherte ist nachweislich durch die Erklärung nach dem als Anlage 2 beigefügten Formular zu diesem Vertrag darüber zu informieren, dass eine Versorgung ohne Mehrkosten möglich ist. ²Wählt der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, hat er nach § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V i. V. m. § 40 Absatz 1 Satz 3 SGB XI die Mehrkosten (Aufzahlung) selbst zu tragen. ³Dies betrifft auch dadurch bedingte höhere Folgekosten, wie z. B. für Zubehör, Folgeleistungen und Reparaturen. Über die Höhe der Mehrkosten (Aufzahlung) informiert der Leistungserbringer den Versicherten vor der Versorgung. ⁴Stimmt der Versicherte einer Versorgung mit Mehrkosten (Aufzahlung) zu, ist dies zu dokumentieren. ⁵In diesem Fall hat der Versicherte beim Empfang des Hausnotrufgerätes und Funksenders eine Erklärung nach dem als Anlage 2 beigefügten Formular zu diesem Vertrag zu unterschreiben.

(5) ¹Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen dürfen nur aufgrund einer Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Pflegekasse abgegeben werden. ²Die Übermittlung der Kostenvoranschläge (Leistungsantrag) durch den Leistungserbringer sollte vorzugsweise elektronisch erfolgen. Sofern dies nicht elektronisch erfolgt, ist für den Kostenvoranschlag Anlage 6 zu verwenden. ³Erteilt die Pflegekasse die Genehmigung zur Hausnotrufversorgung, so sind dem Leistungserbringer mit Einverständnis des Versicherten die erforderlichen Daten des Versicherten (Namen und Adresse, Kranken- bzw. Pflegeversicherungsnummer sowie Beginn der Leistung) zur Verfügung zu stellen, soweit diese noch nicht vorliegen. ⁴Das Hausnotrufsystem ist innerhalb einer Woche betriebsbereit zur Verfügung zu stellen, sofern die notwendigen Voraussetzungen (z. B.: Telefon- bzw. Internetanschluss ist installiert, Datenblatt des Versicherten liegt vor) gegeben sind. ⁵Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hausnotrufsystems. ⁶Er führt geeignete Kontrollen (Testauslösungen, ggf. Hausbesuch) durch.

(6) Die vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen umfassen insbesondere:

- die Bereitstellung eines Hausnotrufgerätes im hygienisch gereinigten und technisch einwandfreien Zustand,
- die Einweisung des Versicherten, auf Wunsch des Versicherten auch zusammen mit weiteren an der Betreuung beteiligten Personen, in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes,
- die Abstimmung eines Maßnahmenplans/Ablaufplans gemäß Hilfsmittelverzeichnis mit dem Versicherten oder dessen Vertreter, in dem die im Fall einer Notsituation vorzunehmenden Maßnahmen festgelegt sind,

- Voreinstellung des Hausnotrufgerätes so, dass im Falle eines Notrufes die Hausnotrufzentrale grundsätzlich an erster Stelle und auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten spätestens an zweiter Stelle angewählt wird.
- den Anschluss des Hausnotrufgerätes über das Telefonnetz an eine 24 Stunden kalendertäglich besetzte Hausnotrufzentrale und die Entgegennahme der Notrufe durch die Hausnotrufzentrale und Einleitung der erforderlichen Maßnahmen nach dem Maßnahmenplan/Ablaufplan entsprechend der jeweiligen Situation,
- die Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufgerätes einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale während der Versorgungsdauer sowie Durchführen geeigneter Kontrollen (mindestens wöchentliche geräteinduzierte Testauslösungen einschließlich Fehlerbehebung, ggf. mit Hausbesuchen). Die Bereitstellung sowie die Funktion der Übertragungsleitung fallen nicht in den Verantwortungsbereich des Leistungserbringers.

(7) 1Der Leistungserbringer stellt die technisch einwandfreie Funktion des Hausnotrufgerätes und des Funksenders einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale sicher. 2Für die Nutzung eines Hausnotrufsystems ist der Zugang zu einem Telefonnetz oder zum Internet erforderlich. 3Die Kosten für die Bereitstellung und den Betrieb, die Erstellung und Schaltung eines Telefonanschlusses, ggf. das Bereitstellen einer entsprechenden Telefondose oder eines Internetzuganges sowie die Folgekosten, insbesondere die monatlichen Grundgebühren (für den Telefon- bzw. Internetanschluss), die Kosten für die Gesprächseinheiten, fallen in den Bereich der Eigenverantwortung des Versicherten und stellen keine Leistung der Pflegekasse dar.

(8) 1Mängel am Hausnotrufgerät/Funksender sind unverzüglich kostenlos zu beseitigen. 2Es sind Mängel ausgenommen, die wegen Vorsatzes oder grob fahrlässigen Handelns von dem Versicherten zu vertreten sind.

(9) 1Der Anschluss des Hausnotrufgerätes erfolgt an eine Hausnotrufzentrale. 2Sie hat den Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nach § 78 Absatz 2 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung zu entsprechen. 3Insbesondere ist die Hausnotrufzentrale 24 Stunden am Tag zu besetzen. Es ist technisch zu gewährleisten, in der Hausnotrufzentrale einen Notruf entgegenzunehmen und gleichzeitig hierfür notwendige Hilfsmaßnahmen einzuleiten. 4Die Leistung der Hausnotrufzentrale umfasst die Entgegennahme des Notrufs und die Einleitung der Hilfsmaßnahme entsprechend dem Maßnahmenplan/Ablaufplan, der mit dem Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person vereinbart worden ist. 5Die eingehenden Notrufe sowie die eingeleiteten Maßnahmen sind zu dokumentieren. 6Zulässig ist auch der Anschluss an eine Hausnotrufzentrale, die nicht der Leistungserbringer selbst betreibt, sofern dieser sicherstellt, dass die Anforderungen nach diesem Vertrag eingehalten werden. 7Die Verantwortung für die Versorgung und Abrechnung verbleiben in diesem Fall beim Leistungserbringer.

(10) 1Die Bereitstellung des betriebsbereiten Hausnotrufgerätes umfasst auch die Einweisung des Versicherten sowie aller beteiligten Personen in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes durch entsprechend geschulte und dadurch fachlich qualifizierte Mitarbeiter des Leistungserbringers. 2Werden hierbei Kooperationspartner des Leistungserbringers eingebunden, hat der Leistungserbringer si-

cherzustellen, dass der Einweisende entsprechend geschult und fachlich qualifiziert ist. ³Die Einweisung erfolgt grundsätzlich in der häuslichen Umgebung des Versicherten. In Absprache mit dem Versicherten kann die Einweisung auf andere Weise, z. B. per Telefon erfolgen. ⁴Der Leistungserbringer überzeugt sich davon, dass der Versicherte das Hausnotrufsystem sachgerecht anwenden kann. ⁵Der Empfang des betriebsbereiten Hausnotrufgerätes sowie des Funksenders, der Tag der Lieferung und die Einweisung in den Gebrauch ist von dem Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person entsprechend dem Formular nach Anlage 3 zu diesem Vertrag durch Unterschrift zu bestätigen.

(11) ¹Wird ein Hausnotrufgerät bzw. Funksender wiedereingesetzt, hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass der Versicherte ein funktionsgerechtes, hygienisch, optisch und technisch einwandfreies Gerät erhält. ²Hierbei sind die entsprechenden Herstellervorgaben zu beachten.

(12) ¹Die fehlende Mitwirkung des Versicherten, z. B. bei der Installation oder Mängelbeseitigung beim Versicherten kann dem Leistungserbringer nicht zur Last gelegt werden, wenn der Leistungserbringer nachweisen kann, dass er den Versicherten mindestens zweimal erfolglos zur Mitwirkung aufgefordert hat. ²Der Leistungserbringer setzt die Pflegekasse unverzüglich darüber in Kenntnis.

§ 3

Vergütung der Leistungen

(1) Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag richtet sich nach der Preisvereinbarung, die als Anlage 1 Bestandteil dieses Vertrages ist.

(2) ¹Der Anspruch auf Vergütung gegenüber der zuständigen Pflegekasse entsteht am ersten Tag der Versorgung. ²Maßgeblich für den Beginn ist der Zeitpunkt der Abgabe des betriebsbereiten Hausnotrufsystems gemäß der Empfangserklärung (Anlage 3) frühestens zu dem in der Genehmigung durch die Pflegekasse genannten Zeitpunkt. ³Angefangene Kalendermonate werden voll vergütet.

(3) Grundsätzlich übernimmt die Pflegekasse die Kosten auch für die Hausnotrufsysteme, die von Bewohnern einer betreuten Wohnanlage genutzt werden, in Höhe der Vergütung nach der Preisvereinbarung gemäß Anlage 1 dieses Vertrages, sofern die Versorgungsleistungen durch Vertragspartner nach § 78 Abs. 1 SGB XI durchgeführt werden und den Bedingungen dieses Vertrages entsprechen.

(4) ¹Der Vergütungsanspruch endet an dem Tag, an dem der Rückholauftrag der Pflegekasse an den Leistungserbringer erteilt wird. ²Liegen dem Leistungserbringer zweifelsfrei Informationen über den Wegfall der Versorgungsgrundlage für einen Versicherten (z. B. bei festgestelltem Tod oder Umzug in die vollstationäre Pflege) vor, hat er die Pflegekasse unverzüglich darüber zu informieren. ³In diesen Fällen gilt der Rückholauftrag der Pflegekasse als erteilt, und der Leistungserbringer beendet dementsprechend die Versorgung und holt das Hausnotrufgerät zurück. ⁴Eine Rückforderung für einen angefangenen Monat erfolgt nicht.

(5) Mit der Vergütung sind alle mit der Leistungserbringung nach § 2 in Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten.

(6) ¹Versicherte, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten nach § 28 Absatz 2 SGB XI die jeweils zustehenden Leistungen der Pflegekasse zur Hälfte; dies gilt auch für die Versorgung mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen. ²Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Pflegekasse beträgt die Hälfte der vertraglich vereinbarten Vergütung nach der Anlage 1.

§ 4 Abrechnungsverfahren

(1) ¹Die vom GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer getroffenen Festlegungen über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches nach § 105 Absatz 2 SGB XI sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages. ²Darüber hinaus können die Pflegekassen mit dem Verband oder Leistungserbringer Näheres zur Abrechnung vereinbaren, insbesondere die vorübergehende Abrechnung nach § 302 SGB V, solange einzelne Funktionalitäten über den Datenträgeraustausch nach § 105 Abs. 2 SGB XI noch nicht vollständig zur Verfügung stehen. ³Der GKV-Spitzenverband wird mit den Pflegekassen unter Einbeziehung des Bundesverbandes Hausnotruf eruieren, ob und ggf. welche weiteren Anforderungen beim Datenträgeraustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI geschaffen werden müssen.

(2) ¹Die Rechnungslegung erfolgt gegenüber der Pflegekasse des Versicherten. ²Sofern der Leistungserbringer für einen Versicherten auch Leistungen der Krankenversicherung erbringt, so sind diese mit gesonderter Rechnung gegenüber der Krankenkasse des Versicherten abzurechnen.

(3) ¹Der Leistungserbringer legt für alle Versorgungsfälle eines abgelaufenen Kalendermonats Rechnung (bei längeren Zeiträumen nach Monaten getrennt). ²Sammelabrechnungen sind möglich. ³Die Rechnungslegung kann erstmalig nach der Genehmigung der Pflegekasse erfolgen. ⁴Die von der jeweiligen Betriebsstätte erbrachten Leistungen sind unter Angabe des jeweiligen Institutionskennzeichens abzurechnen. ⁵Versorgungen von Versicherten, die vom Leistungserbringer erstmalig mit Hausnotrufsystemen versorgt wurden, sind in der Rechnung, z. B. durch Beifügung der Anlage 3, kenntlich zu machen.

(4) ¹ Die Zahlungen der Pflegekasse können in Absprache mit den Leistungserbringern auch als monatlich wiederkehrende Zahlung (versichertenbezogene Dauerzahlung) unter Angabe des jeweiligen festen Buchungskennzeichens (möglichst Name, Vorname, Versichertennummer, Leistungsmonat) erbracht werden. ²Einer monatlichen Rechnungslegung bedarf es in diesen Fällen nicht. Näheres kann die Pflegekasse mit dem Leistungserbringer vereinbaren.

(5) Als rechnungsbegründende Unterlage hat der Leistungserbringer bei der Erstabrechnung auch die von dem Versicherten unterzeichnete Empfangsbestätigung (Anlage 3) oder in Absprache mit der Pflegekasse die elektronische Meldung des Hausnotrufsystems mit den Inhalten der Anlage 3 über die technische Inbetriebnahme beizufügen.

(6) ¹Die Zahlungen der Pflegekasse erfolgen nach einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung. ²Bei Unvollständigkeit (z. B. fehlende Versichertennummer), Rechnungsabweichungen oder sonstigen begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Pflegekasse dem

Leistungserbringer die eingereichte Rechnung oder Rechnungsteile zur Prüfung und Korrektur zurückgeben oder die Rechnung um die beanstandeten Positionen kürzen.

(7) ¹Der Leistungserbringer hat die von ihm erbrachten Leistungen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach dem Monat, in dem der Versicherte mit einem Hausnotrufsystem/Hausnotrufleistungen versorgt wurde, bzw. nach der Kostenübernahmeerklärung abzurechnen. ²Nach dem Ablauf dieser Frist kann er für die erbrachten Leistungen keine Vergütungsansprüche mehr geltend machen und die Pflegekasse eine Zahlung verweigern. ³Stellt sich nach der Bezahlung der Rechnung heraus, dass die Pflegekasse nicht oder nur teilweise zur Zahlung verpflichtet war, kann sie die bereits geleistete Vergütung vom Leistungserbringer zurückfordern und mit ihren Rückforderungsansprüchen gegen laufende Vergütungsansprüche des Leistungserbringers aufrechnen. ⁴Sind Zahlungszeiträume von zwei oder mehr Monaten abgesprochen, verpflichtet sich der Leistungserbringer, Vergütungen für volle Kalendermonate, die über das Ende des Vergütungsanspruchs hinaus bereits gezahlt wurden, der Pflegekasse sofort zu erstatten. ⁵Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung nach § 9 Absatz 4 des Vertrages bleibt unberührt. ⁶Die Rückforderungsansprüche der Pflegekasse sind innerhalb von 30 Tagen fällig, es sei denn, mit der Pflegekasse wurde etwas anderes vereinbart.

§ 5 Zahlungsweise

(1) ¹Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach deren Eingang bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle. ²Die wiederkehrenden Zahlungen (versichertenbezogene Dauerzahlungen) ohne monatliche Rechnung erfolgen spätestens 30 Tage nach Beginn des Leistungsmonats. ³Bei einer Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag dem Geldinstitut innerhalb der Frist erteilt wurde. ⁴Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit dem Ablauf des nächsten Werktages. ⁵Im Falle des Zahlungsverzugs gelten die Regelung des § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB. Die Verzinsung erfolgt gem. § 288 Abs. 2 BGB.

(2) ¹Der Leistungserbringer kann für die Abrechnung ein Rechenzentrum in Anspruch nehmen. ²Er hat die Pflegekasse schriftlich darüber zu informieren und ihr insbesondere den Namen des Rechenzentrums sowie den Beginn und das Ende der Inanspruchnahme mitzuteilen. ³Der Leistungserbringer hat der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob er seine Forderungen an das Rechenzentrum abgetreten oder dieses lediglich mit dem Forderungseinzug beauftragt hat. ⁴Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Inanspruchnahme des Rechenzentrums keine Abtretung oder Berechtigung zum Forderungseinzug mehr besteht. ⁵Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die Pflegekasse mit schuldbefreiender Wirkung an das Rechenzentrum. ⁶Zahlungen der Pflegekasse an das Rechenzentrum haben auch dann schuldbefreiende Wirkung, wenn das Vertragsverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Rechenzentrum mit einem Rechtsmangel behaftet sein sollte. ⁷Die Pflegekasse kann abweichend von § 406 zweiter Halbsatz BGB trotz Kenntnis von der Abtretung gegenüber dem Rechenzentrum mit eigenen oder auf sie übergegangenen Forderungen (die gegenüber dem Leistungserbringer bestehen) aufrechnen, sofern das Rechenzentrum Forderungsinhaber ist. ⁸Eine entsprechende Aufrechnungserklärung wirkt dann auch gegenüber dem Leistungserbringer.

(3) ¹Sofern der Leistungserbringer die Abrechnung einem Rechenzentrum übertragen will, hat er dieses unter besonderer Berücksichtigung der von dem Rechenzentrum getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (Art. 32 EU-DSGVO) auszuwählen. ²Der Leistungserbringer hat der Pflegekasse auf Verlangen die mit dem Rechenzentrum getroffene Vereinbarung über die Datenverarbeitung im Auftrag (Art. 28 EU-DSGVO, § 80 SGB X) vorzulegen.

§ 6

Unzulässiges Verhalten

(1) ¹Dem Leistungserbringer sind Werbemaßnahmen untersagt, die sich auf die Leistungspflicht der Pflegekasse beziehen. ²Sachliche Informationen über die zur Versorgung angebotenen Produkte des Pflegehilfsmittelverzeichnisses und Dienstleistungen bleiben hiervon unberührt. ³In den Informationen ist darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch auf Versorgung mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen stets deren Notwendigkeit im Einzelfall voraussetzt.

(2) ¹Der Leistungserbringer hat die Vorschriften des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG) und des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu beachten. ²Verstöße gegen diese Gesetze sind Vertragsverstöße im Sinne des § 9 des Vertrages.

(3) ¹Die Beauftragung eines Kooperationspartners mit Teilleistungen der Versorgung ist zulässig, wenn es sich um einen untergeordneten Anteil an der nach diesem Vertrag insgesamt zu erbringenden Leistungen handelt und in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung eine angemessene Vergütung für die Tätigkeit des Kooperationspartners vereinbart wird. ²Der Leistungserbringer darf Dritten oder Kooperationspartnern im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen keine darüberhinausgehenden Zuwendungen, wie z. B. Vermittlungsprovisionen gewähren. ³Die Regelungen in § 2 Abs. 9 Satz 6 und 7 bleiben davon unberührt.

§ 7

Datenschutz

(1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die für ihn einschlägigen Datenschutzbestimmungen, vor allem die der EU-Datenschutzgrundverordnung, des SGB I, SGB V, SGB X und SGB XI in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. ²Insbesondere darf er personenbezogene Daten der Versicherten nur im Rahmen der im Gesetz vorgesehenen oder im Vertrag genannten Aufgaben und Zwecke verarbeiten und nutzen und nicht länger speichern, als es für die Leistungserbringung und die Abrechnung erforderlich ist. ³Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

(2) ¹Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter und Kooperationspartner oder andere mit der Leistung beauftragte Personen zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet und über die für sie relevanten Datenschutzbestimmungen informiert werden. ²Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.

(3) Der Leistungserbringer hat den GKV-Spitzenverband unverzüglich über die im Zusammenhang mit diesem Vertrag nach Art. 33 EU-DSGVO an die Aufsichtsbehörde gemeldeten Datenschutzverstöße zu informieren.

§ 8

Qualitätssicherung

(1) 1Die Pflegekassen überwachen die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten des Leistungserbringers bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 127 Absatz 7 SGB V). 2Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Pflegekasse auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die Dokumentation der Beratung nach § 2 Absatz 1 und 4 vorzulegen. 3Die Dokumente sind mindestens für die Dauer von sechs Jahren nach Abschluss der Versorgung aufzubewahren, dies kann auch digital erfolgen.

(2) Für die Überwachung und die Prüfungen nach Absatz 1 sind die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands nach § 127 Absatz 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, dem GKV-Spitzenverband jährlich für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum Ablauf des ersten Quartals des Folgejahres für leistungsberechtigte Versicherte (erstmalig zum 31.03.2023 für das abgelaufene Kalenderjahr 2022) die Daten nach dem Formular der Anlage 4 zu diesem Vertrag auf Basis einer elektronischen Vorlage (z. B. Excel) zur Verfügung zu stellen.

§ 9

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

(1) 1Bei Verstößen des Leistungserbringers gegen gesetzliche Pflichten oder Pflichten aus diesem Vertrag steht der jeweiligen Pflegekasse, deren Versicherte der Leistungserbringer versorgt hat, die Befugnis zu,

- a) eine schriftliche Verwarnung oder Abmahnung auszusprechen,
- b) eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen, die maximal 5% der von ihr nach diesem Vertrag an den Leistungserbringer entrichteten jährlichen Gesamtvergütung (Nettobetrag ohne Mehrwertsteuer) betragen kann, sowie
- c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ihrer Versicherten auszuschließen.

2Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass der Pflichtverstoß ohne sein Verschulden erfolgt ist.

(2) 1Dem Leistungserbringer ist zuvor die Möglichkeit zur Stellungnahme innerhalb von in der Regel zwei Wochen zu geben. 2Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. 3Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn schwerwiegendere Maßnahmen erst in Betracht gezogen werden, wenn weniger eingreifende Sanktionen bereits verhängt wurden (Eskalationsstufen). 4Eine Abmahnung und eine Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden. 5Die Entscheidung über die Vertragsmaßnahme wird dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt. Die Pflegekasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen. 6Stellt der GKV-Spitzenverband fest, dass dem Leistungserbringer bei der Versorgung von Versicherten mehrerer Pflegekassen schwerwiegende Pflichtverstöße zur Last fallen, kann er ergänzend zu den von einer oder mehreren Pflegekassen verhängten Sanktionen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten aller Pflegekassen ausschließen oder das Vertragsverhältnis mit dem Leistungserbringer fristlos kündigen.

(3) Ein Verstoß gegen gesetzliche Pflichten oder Pflichten aus diesem Vertrag liegt insbesondere dann vor, wenn der Leistungserbringer

- a) Leistungen abrechnet, die er nicht oder nicht in der abgerechneten Menge erbracht hat,
- b) entgegen § 1 Absatz 3 die Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei der Abgabe von Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen nicht oder nicht mehr erfüllt,
- c) Qualitätsmängel in der Versorgung zu vertreten hat, die eine gesundheitliche Gefährdung der Versicherten zur Folge haben können,
- d) seinen Beratungs-, Hinweis- und/oder Dokumentationspflichten nach § 2 Absatz 1 bis 4 nicht nachkommt,
- e) Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen entgegen § 2 Absatz 2 nicht fristgemäß abgibt und dadurch die Versorgung der Versicherten gefährdet,
- f) ein unzulässiges Verhalten im Sinne des § 6 vornimmt,
- g) Datenschutzbestimmungen nach § 7 verletzt,
- h) nach fruchtlosem Ablauf einer Erinnerungsfrist nicht die Statistik gemäß Anlage 7 des Vertrages zur Verfügung stellt.

(4) Unabhängig von den Sanktionen nach Absatz 1 hat der Leistungserbringer der Pflegekasse eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zu erstatten und einen weiteren durch die Vertragsverletzung verursachten Schaden zu ersetzen.

§ 10

Aufgaben des Verbandes und einzelner Leistungserbringer

(1) Der Verband, der diesen Vertrag mit Rechtswirkung für seine Mitglieder abschließt oder ihm mit dieser Wirkung beitrifft, hat dem GKV-Spitzenverband mindestens einmal im Monat elektronisch in dem vom GKV-Spitzenverband vorgegebenen Datenformat (Anlage 5 a) eine jeweils aktualisierte Aufstellung aller an diesem Vertrag teilnehmenden Mitglieder (teilnehmende Leistungserbringer), die die Voraussetzungen nach § 1 Absatz 3 erfüllen, zu übermitteln.

(2) Die Daten der teilnehmenden Leistungserbringer sind mit der Aufstellung nach Absatz 1 erstmalig mit Vertragsunterzeichnung zu übermitteln.

(3) Änderungen zu den mit der Aufstellung nach Absatz 1 übermittelten Daten der Leistungserbringer sind dem GKV-Spitzenverband in dem Monat zu übermitteln, in dem die Änderungen eingetreten sind, spätestens jedoch in dem darauffolgenden Monat.

(4) Der Verband hat den teilnehmenden Leistungserbringern vor der Übermittlung der Daten nach Absatz 1 und 2 die Inhalte dieses Vertrages mitzuteilen und sie über die zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Änderungen und Ergänzungen des Vertrages unverzüglich zu informieren.

(5) ¹Werden dem Verband Verstöße von Leistungserbringern gegen Pflichten aus diesem Vertrag bekannt, hat er diesen gegenüber auf die Einhaltung des Vertrages und Abhilfe hinzuwirken. ²Über wiederholte Verstöße und schwerwiegende, insbesondere strafrechtlich relevante, Verstöße ist der GKV-Spitzenverband zu informieren. § 9 bleibt unberührt.

(6) Einzelne Leistungserbringer im Sinne des § 1 Absatz 4 Buchstabe b), die dem Vertrag beitreten wollen, haben dem GKV-Spitzenverband mit ihrer Beitrittserklärung (Anlage 5 b) sämtliche darin enthaltenen Daten zu übermitteln. Absatz 3 gilt für diese Leistungserbringer entsprechend.

§ 11

Teilnahme verbandsgebundener und Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer

(1) Leistungserbringer, die Mitglied eines Verbands sind, können unter den Voraussetzungen nach § 10 Absatz 1 und beitriftswillige Leistungserbringer unter den Voraussetzungen nach § 10 Absatz 6 als Vertragspartner Versorgung nach diesem Vertrag durchführen.

(2) Die Berechtigung eines Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit dem Anfang des Kalendermonats, der auf die erstmalige vollständige Übermittlung der korrekten Daten des Leistungserbringers nach § 10 folgt.

(3) ¹Unbeschadet einer Kündigung dieses Vertrages oder des Vertragsverhältnisses mit einem Leistungserbringer endet die Berechtigung eines Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag, wenn er die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht mehr erfüllt. ²Die Berechtigung endet auch mit dem Ablauf der Befristung des Zertifikats nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V, sofern der Leistungserbringer nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Frist anschließenden Zertifikats nachweist. ³Der Leistungserbringer hat die geänderten Umstände nach den Sätzen 1 und 2 sowie alle sonstigen Änderungen zu seinen nach § 10 übermittelten Daten unverzüglich mitzuteilen.

(4) ¹Zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages gelten auch für die teilnehmenden und beigetretenen Leistungserbringer, sofern diese nicht innerhalb eines Monats nach dem Wirksamwerden der Änderung oder Ergänzung ihren Widerspruch erklären. ²Widerspricht ein Leistungserbringer einer Änderung oder Ergänzung dieses Vertrages, endet seine Berechtigung zur Versorgung, ohne dass es einer Kündigung des Vertragsverhältnisses bedarf.

(5) ¹Die teilnehmenden Leistungserbringer haben die nach den Absatz 3 und 4 erforderlichen Erklärungen und Mitteilungen gegenüber ihrem Verband, beigetretene Leistungserbringer im Sinne von § 1 Absatz 4 Buchstabe b) gegenüber dem GKV-Spitzenverband abzugeben. ²Die Rechtsfolgen treten jeweils mit dem Eingang der Erklärungen und Mitteilungen beim GKV-Spitzenverband ein, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist. ³Sollte das Vertragsverhältnis mit einem teilnehmenden Leistungserbringer durch den GKV-Spitzenverband nach § 9 Absatz 1 gekündigt werden, informiert dieser den Verband über die Beendigung der Teilnahme.

(6) Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die ihm nach § 10 übermittelten Daten der Leistungserbringer zu verarbeiten und den Pflegekassen zur Durchführung des Genehmigungs- und Abrechnungsverfahrens nach §§ 2 bis 5 sowie des Verfahrens nach § 9 Absatz 1 bekanntzugeben.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

(1) ¹Dieser Vertrag tritt zum 01.09.2021 in Kraft. Er gilt für alle Bestandsversorgungen und Neuversorgungen und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. ²Bei Bestandsversorgungen ist eine neue Genehmigung nicht erforderlich. ³Mit dem Inkrafttreten des Vertrages werden alle zwischen den Vertragsparteien bestehenden Verträge, sowie im Fall eines Verbandsvertrags auch alle zwischen dem GKV-Spitzenverband und teilnehmenden Leistungserbringern bestehende Vertragsverhältnisse über die Versorgung mit den in § 1 Absatz 1 und 2 genannten Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen unwirksam. ⁴Für teilnehmende und beitretende Leistungserbringer gilt der Vertrag ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme bzw. des Beitritts.

(2) ¹Dieser Vertrag kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens aber zum 31.12.2025. ²Hiervon unberührt ist die jederzeitige Möglichkeit beider Vertragsparteien, den Vertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. ³Die Kündigung durch eine Vertragspartei wirkt auch gegenüber den an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten für beigetretene Leistungserbringer sowie beigetretene Verbände und deren Mitglieder nach § 1 Absatz 4 Buchstaben b) und c) entsprechend. ⁵Der gekündigte Vertrag gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Vertrages fort.

(3) ¹Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. ²Die Anlage 1 (Preisvereinbarung) kann auch gesondert gekündigt werden unter Einhaltung der in der Anlage 1 angegebenen Frist. ³Die gekündigte Preisvereinbarung gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Preisvereinbarung fort. ⁴Im Fall der Nichteinigung findet das Verfahren nach § 127 Absatz 1a SGB V Anwendung, solange und soweit diese Regelung besteht.

(4) ¹Ein an diesem Vertrag gemäß § 1 Absatz 4 Buchstabe a) teilnehmender Leistungserbringer kann sein Vertragsverhältnis innerhalb der unter Absatz 2 genannten Frist kündigen. ²Die Kündigung ist gegenüber dem Verband zu erklären und von diesem dem GKV-Spitzenverband entsprechend § 10 Absatz 3 zu übermitteln.

(5) Ein an diesem Vertrag gemäß § 1 Absatz 4 Buchstabe b) beigetretener Leistungserbringer kann sein Vertragsverhältnis innerhalb der unter Absatz 2 genannten Frist gegenüber dem GKV-Spitzenverband kündigen.

§ 13
Salvatorische Klausel und Schriftformerfordernis

(1) Sollte eine der Bestimmungen des Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

(2) In einem solchen Fall verpflichten sich die Vertragsparteien, die unwirksame Vertragsklausel durch eine rechtlich und wirtschaftlich ähnliche rechtswirksame Klausel zu ersetzen.

(3) Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Das gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

xxx, den

Berlin, den

GKV-Spitzenverband

Anlage 1 – Preisvereinbarung

Preisvereinbarung

(1) Der Preis (Vergütung) bildet alle Leistungen nach diesem Vertrag ab. Er stellt einen Nettopreis dar und beträgt exklusive der jeweils geltenden gesetzlichen Mehrwertsteuer pro Monat
25,50 EUR (netto)

(2) Die Preisvereinbarung kann gesondert unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens aber zum 31.12.2025. Die gekündigten Preise gelten über die Kündigungsfrist hinaus bis zum Wirksamwerden einer neuen Preisvereinbarung als Abrechnungspreise fort.

Bei der Abrechnung sind anzugeben:

Hilfsmittelpositionsnummer: 52.40.01.1XXX (Bezeichnung des konkreten Hausnotrufgerätes aus dem Hilfsmittelverzeichnis angeben)

Kennzeichen gemäß Anlage 3 zum DTA: 08 Vergütungspauschale (Erstversorgung)
09 Folgevergütungspauschale (Folgeversorgung)

_____ Ort, Datum	_____ Vertragspartner	Berlin, _____ Ort, Datum	_____ GKV-Spitzenverband
---------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Anlage 2 – Beratungs- und Mehrkostendokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V

Versicherte/r:

Geb. Datum:

KV-NR:

Pflegekasse:

Leistungserbringer/IK:

Hausnotrufsystem:

Bei der Beratung waren neben der/dem Versicherten anwesend:

gesetzliche/r Vertreter/in:

weitere an der Betreuung beteiligte Person:
(Namensnennung nicht erforderlich)

sonstige (z. B. Nachbarn)
(Namensnennung nicht erforderlich)

BERATUNG

Datum der Beratung:

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich (ggf. gesetzl. Vertreter) vor der Versorgung mit dem Hausnotrufsystem umfassend beraten. Die Beratung umfasste insbesondere:

- Informationen über die Inhalte der mehrkostenfreien Versorgung mit einem Hausnotrufsystem
- die Aufklärung über Hausnotrufleistungen bzw. geeignete Maßnahmen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall
- das Darlegen der hierfür notwendigen Voraussetzungen (z. B. Austausch von Daten, Stromversorgung und Telefonverbindung),
- die Auskunft über die Gefahr eines Stromausfalls bei einem Telefonanschluss über ein stromgespeistes Anschlussgerät (Router),
- die Information darüber, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Hausnotrufsysteme und in dem finanziellen Umfang und ab dem Zeitpunkt übernimmt, soweit eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse vorliegt,
- Ausführungen über Art und Höhe von Mehrkosten, die von der bzw. dem Versicherten selbst zu tragen sind, wenn von ihr bzw. ihm über den Vertrag hinausgehende Leistungen (Mehrleistungen) gewählt werden.

Ich habe mich nach der Beratung für das o. a. Hausnotrufsystem entschieden.

MEHRKOSTENERKLÄRUNG

Über die Möglichkeit einer qualitativ hochwertigen mehrkostenfreien Versorgung bin ich aufgeklärt worden.

- Ich habe mich für ein mehrkostenfreies Versorgungsangebot im Rahmen der Leistungspflicht der Sozialen Pflegeversicherung ohne private Zusatzleistungen entschieden. Zusatzkosten wie Anschlussgebühren oder sonstige Mehrkosten sind ausgeschlossen und können vom Leistungserbringer nicht erhoben werden.

- Ich habe mich für ein mehrkostenpflichtiges Versorgungsangebot entschieden und wünsche ausdrücklich zusätzliche Dienstleistungen oder Produkte, die die Leistungspflicht der Sozialen Pflegeversicherung übersteigen. Daraus entstehende Mehr- und Folgekosten (auch Reparaturen) trage ich. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung gezahlter Mehrkosten durch meine Pflegekasse ausgeschlossen ist.

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind ausgelöst durch:

- technische Zusatz-/Ausstattung: _____
und/oder,
- weitere (Dienst-)Leistungen, wie
 - Schlüsselhinterlegung/-tresor
 - Servicebereitschaft vor Ort
 - Aktivrufe der Zentrale
 - Notrufdienst im Zusammenhang mit Rauch-/Gasmelder
 - Bewegungsmelder/Tagestaste (Alles-okay-Signal)
 - Weiteres/Sonstiges _____

Die Mehrkosten betragen: einmalig _____ EUR und/oder monatlich _____ EUR

Mit der Weitergabe dieser Erklärung an meine Pflegekasse bin ich einverstanden. Ein Mehrexemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r
(bzw. gesetzl. Vertreter, soweit bestellt)

Anlage 3 – Inbetriebnahme / Empfangs- und Einweisungsbestätigung

Versicherte/r:

Geb. Datum:

KV-NR:

Pflegekasse:

Leistungserbringer/IK:

Versorgung genehmigt ab (soweit bekannt):

Bei Inbetriebnahme und Einweisung war neben der/dem Versicherten anwesend:

gesetzliche/r Vertreter/in:

weitere an der Betreuung beteiligte Person:
(Namensnennung nicht erforderlich)

sonstige (z. B. Nachbarn)
(Namensnennung nicht erforderlich)

INBETRIEBNAHME-BESTÄTIGUNG

Leistungserbringer: Firmenbezeichnung (IK Nummer: XXX XXX XXX)

Pflegehilfsmittel-Pos.: 52.40.01.1XXX _____ (Bezeichnung Hausnotrufgerät)

Das o. a. Hausnotrufgerät wurde auftragsgemäß in der Wohnung der/s Versicherten installiert und in Betrieb genommen.

Datum: XX.XX.XXXX

Vertrags-/Geräte-/Vorgangsnummer: 1234567890

Ort, Datum

Firmenbezeichnung / Leistungserbringer

EMPFANGSBESTÄTIGUNG

- Das o.a. Hausnotrufgerät habe ich in einwandfreiem und gebrauchsfähigem Zustand erhalten.
- Eine Gebrauchsanweisung wurde mir übergeben.
- Die Voreinstellungen des Hausnotrufgerätes erfolgte so, wie es mit mir oder von mir beauftragten Personen in Auftrag gegeben wurde, die Hausnotrufzentrale wird spätestens an zweiter Stelle ausgewählt.

- Die Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufsystems einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale wurde in meinem Beisein durch geeignete Kontrollen (Testauslösungen, ggf. Hausbesuche) überprüft.

EINWEISUNG

- Ich habe eine Einweisung in die Bedienung, Pflege und Gebrauch des Hausnotrufgeräts erhalten.
- Das Hausnotrufsystem kann ich gemäß dem Einsatzzweck sachgerecht nutzen.
- Ein konkreter Maßnahmen- / Ablaufplan, in dem die im Falle einer Notsituation einzuleitenden Maßnahmen festgelegt sind, wurde mit mir abgestimmt.
- Ich gewähre dem o.g. Leistungserbringer zur Durchführung von technisch notwendigen Arbeiten, den Zugang zu dem Hausnotrufgerät.

EIGENTUMSVORBEHALT

Das Hausnotrufgerät sowie Zubehöre/Zurüstungen bleiben Eigentum des Leistungserbringers. Ich verpflichte mich,

- a) das Hausnotrufgerät sorgsam und pfleglich zu behandeln,
- b) Schäden aufgrund von grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Verhalten oder offensichtlich unsachgemäßer Behandlung auf eigene Kosten durch den o.g. Leistungserbringer fachgerecht beheben zu lassen,
- c) das Hausnotrufgerät nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
- d) den o.g. Leistungserbringer zu informieren, sofern Reparaturen an dem Hausnotrufgerät notwendig sind (eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, der o.g. Leistungserbringer hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt),
- e) die Pflegekasse und den Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes, Wechsel des Namens oder der Pflegekasse unverzüglich zu informieren,
- f) Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass die Versorgung durch den o.g. Leistungserbringer endet und ich das Hausnotrufgerät nicht persönlich unverzüglich zurückgeben kann (siehe Rückgabe); die Pflegekasse ist in diesem Zusammenhang berechtigt, meine Kontaktdaten an den o. g. Leistungserbringer weiterzugeben.

RÜCKGABEVERPFLICHTUNG

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hausnotrufgerät unverzüglich zurückzugeben. In diesem Fall setze ich mich umgehend mit der Pflegekasse und dem o.g. Leistungserbringer in Verbindung.

Die vorstehenden Bedingungen/Sorgfaltspflichten habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. Ein Mehrexemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r
(bzw. gesetzl. Vertreter, soweit bestellt)

Anlage 4 – Statistische Angaben gemäß § 8 Absatz 3 des Vertrages

Statistische Daten sind nur für solche Anrufe zu liefern, die Leistungen nach diesem Vertrag sind.

Kalenderjahr _____ der Pflegehilfsmittelversorgung

1. Anzahl der eingesetzten Hausnotrufgeräte

(Summe 1.4 = 1.1 + 1.2 - 1.3)

- | | |
|--|----------------------|
| 1.1 am Beginn der Berichtsperiode | <input type="text"/> |
| 1.2 begonnene Versorgungen während der Berichtsperiode | <input type="text"/> |
| 1.3 beendete Versorgungen während der Berichtsperiode | <input type="text"/> |
| 1.4 eingesetzte Hausnotrufgeräte am Ende der Berichtsperiode | <input type="text"/> |

2. Anzahl der eingegangenen Notrufe

- | | |
|---|----------------------|
| davon eingeleitete Maßnahmen: (Summe 2.1 bis 2.6 = 2.) | <input type="text"/> |
| 2.1 Fehlrufe/keine Maßnahme (Betreuungsanrufe fallen nicht hierunter) | <input type="text"/> |
| 2.2 Abhilfe nach Ablaufplan durch Bezugsperson | <input type="text"/> |
| 2.3 Abhilfe durch Leistungserbringer (z. B. häuslicher Einsatzdienst) | <input type="text"/> |
| 2.4 Pflegedienst | <input type="text"/> |
| 2.5 Hausarzt / ärztlicher Notfalldienst | <input type="text"/> |
| 2.6 Rettungsdienst, auch Notarzt | <input type="text"/> |

Zu Ziffer 1.1 Als Anzahl der eingesetzten Hausnotrufgeräte am Beginn der Berichtsperiode ist die Angabe unter Ziffer 1.4 im Formblatt zur vorangegangenen Berichtsperiode zu übernehmen.

Zu Ziffer 1.2 Als begonnene Versorgungen gelten solche, für die während der Berichtsperiode ein Versorgungsauftrag der Pflegekassen eingegangen ist und der

Vergütungsanspruch für die Versorgung nach § 3 Absatz 2 des Versorgungsvertrages gegeben war.

Zu Ziffer 1.3 Als beendete Versorgungen gelten solche, die während der Berichtsperiode gemäß § 3 Absatz 4 des Versorgungsvertrages beendet worden sind.

Zu Ziffer 1.4 Die Anzahl ergibt sich rechnerisch aus den Daten 1.1 + 1.2 - 1.3.

Zu Ziffer 2 Unter "eingegangene Notrufe" sind solche zu verstehen, die einen unmittelbaren Kontakt mit den Hausnotruf-Nutzern in Verbindung mit der Notrufbetreuung zur Folge hatten; eingehende Hinweise auf Batterie- oder Stromstörung, Tagesmeldungen u. ä. sind nicht einzubeziehen.

Zu Ziffer 2.1 Hierunter fallen Notrufe, die nicht zu den nachfolgenden Kategorien 2.2 bis 2.6 gehören.

Zu Ziffer 2.2 Hierunter fallen alle Notrufe, bei denen Abhilfe aus Notsituationen unter Mitwirkung von Bezugspersonen – ausgenommen solche gemäß Ziffer 2.3 und Ziffer 2.4 – erfolgte, wie z. B. pflegende Angehörige, Nachbarn.

Zu Ziffer 2.3 Hierunter fallen alle Notrufe, bei denen Abhilfe durch Mitarbeiter des häuslichen Einsatzdienstes oder eigenen Pflegedienstes erfolgte.

Zu Ziffer 2.4 Hierunter fallen alle Notrufe, bei denen Abhilfe durch Pflegedienste, Sozialstationen u. a. professionelle Einrichtungen erfolgte.

Zu Ziffer 2.5 Hierunter fallen alle Notrufe, bei denen Abhilfe unter Mitwirkung des Hausarztes oder des ärztlichen Notfalldienstes erfolgte, unabhängig davon, ob vor deren Einbeziehung Bezugspersonen oder Pflegedienste involviert waren.

Zu Ziffer 2.6 Hierunter fallen alle Notrufe, bei denen Abhilfe unter Einsatz von Rettungsdiensten erfolgte.

Anlage 5 a – Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer

Der Verband oder sein Landesverband meldet dem GKV-Spitzenverband unter Nennung des Leistungserbringergruppenschlüssels bzw. des Abrechnungscode/Tarifkennzeichens (AC/TK) mindestens einmal im Monat die aktuelle Gesamtheit der an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Mitglieder des Verbandes) mittels einer csv-Datei.

Nicht korrekt gelieferte Daten führen zur Ablehnung der Daten und stehen einer Berechtigung des Leistungserbringers zur Teilnahme an diesem Vertrag entgegen.

Ausschließlich folgende Daten sind als Pflichtangabe für jede einzelne Betriebsstätte zu liefern:

Spalte Nr.	Spaltenname	Format/erwartete Werte
A	Firmenname	
B	Straße / Hausnr.	
C	PLZ	5-stellig
D	Ort	
E	Telefon	
F	E-Mail	Gültiges E-Mail Format
G	IK, für das der Leistungserbringer in Bezug auf den Versorgungsbereich Nr. 19 B oder Nr. 19 BR präqualifiziert ist	9-stellig
H	Präqualifizierungszertifikat	Gültig von:
I	Ablauf des Präqualifizierungszertifikats	Gültig bis:
J	Beginn der Vertragsteilnahme	tt.mm.jjjj
K	Ende der Vertragsteilnahme	tt.mm.jjjj

Es gelten die nachstehenden Ausfüllanleitungen.

Ausfüllanleitungen des GKV-Spitzenverbandes

Spalte A – Firmenname

Hier ist der Firmenname (Firmierung) des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte B – Straße / Hausnummer

Hier ist die Straße und die Hausnummer aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte C – PLZ

Hier ist die Postleitzahl aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte D – Ort

Hier ist der Ort aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte E – Telefon

Hier ist die Telefonnummer des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte F – E-Mail

Hier ist die zu verwendende E-Mailadresse des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte G – IK, für das der Leistungserbringer präqualifiziert ist

Hier ist das Institutionskennzeichen anzugeben, für das der Leistungserbringer in Bezug auf den Versorgungsbereich Nr. 19 B oder Nr. 19 BR präqualifiziert ist.

Spalte H – Präqualifizierungszertifikat

Hier ist das Datum des Gültigkeitsbeginns des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.

Spalte I – Ablauf des Präqualifizierungszertifikats

Hier ist das Datum des Ablaufs des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.

Spalte J – Beginn der Vertragsteilnahme /Versorgungsberechtigung

Hier ist das Datum des Beginns der Vertragsteilnahme gemäß § 11 Absatz 2 des Vertrages anzugeben.

Spalte K – Ende der Vertragsteilnahme / Versorgungsberechtigung

Hier ist das Datum der Beendigung der Teilnahme des Leistungserbringers anzugeben.

Anlage 5 b – Beitrittserklärung Leistungserbringer

Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI (Vertragskennzeichen ...)

Hiermit erklärt der

Leistungserbringer (Name der Firma)

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

IK, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 B oder 19 BR präqualifiziert ist

Präqualifizierungszertifikat (gültig von)

Ablauf des Präqualifizierungszertifikats (gültig bis)

dem oben genannten Vertrag beizutreten.

Hinweis: Das vorliegende Formular ist für jede Betriebsstätte gesondert und vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um Pflichtangaben handelt.

1. Wir sind umfassend über die Inhalte des o.g. Vertrages informiert. Der Vertragstext liegt uns vor. Der Vertragsinhalt und alle sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten sind uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkennen wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichten uns zur Einhaltung aller Vertragsregelungen. Mit dem Beitritt kommt mit uns ein gesondert zu kündigender Einzelvertrag mit dem Inhalt des o.g. Vertrages zustande.
2. Uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam wird und bleibt, wenn die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Wir erklären, dass wir die gesetzlichen Anforderungen gem. § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllen. Zum Nachweis nehmen wir Bezug auf das o. a. Präqualifizierungszertifikat. Wir sind darüber informiert, dass der Beitritt mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats beendet ist, wenn wir nicht vorher den GKV-Spitzenverband über eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer informieren und diese nachweisen. Der Nachweis er-

folgt durch Mitteilung des in dem neuen Präqualifizierungszertifikat angegebenen Institutionskennzeichens sowie des neuen Ablaufdatums. Maßgebliche Änderungen während der Gültigkeitsdauer des Nachweises über die Erfüllung der Anforderungen aus § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden wir unverzüglich dem GKV-Spitzenverband mitteilen.

3. Wir erklären, dass wir dem GKV-Spitzenverband Änderungen zu unseren Angaben in der Beitrittserklärung unverzüglich mitteilen werden.
4. Unsere Beitrittserklärung bezieht sich auf den o. g. Vertrag. Weiterhin erklären wir, dass wir dem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen uns gelten lassen, sofern wir nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von der Widerspruchsmöglichkeit nach § 11 Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
5. Mit dem Zugang der Mitteilung unseres Widerspruchs beim GKV-Spitzenverband ist der Beitritt beendet, ohne dass es einer weiteren schriftlichen Erklärung bedarf.
6. Wir sind damit einverstanden, dass der GKV-Spitzenverband den Pflegekassen die erhobenen und für die Laufzeit des Vertrages mit den Leistungserbringern relevanten Daten zur Durchführung des Bewilligungs- bzw. Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

Datum _____

Leistungserbringer _____

Anlage 5 c – Beitrittserklärung Verband

Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI (Vertragskennzeichen ...)

Hiermit erklärt der

Verband

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

IK-Nummer

dem oben genannten Vertrag beizutreten.

1. Wir sind umfassend über die Inhalte des o. g. Vertrages informiert worden. Der Vertragstext liegt uns vor. Der Vertragsinhalt und alle sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten, insbesondere die auch in § 10 und § 11 getroffenen Regelungen, sind uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkennt der Verband alle Rechte und Pflichten an und verpflichtet sich zur Einhaltung aller Vertragsregelungen. Mit dem Beitritt kommt mit dem Verband ein gesondert zu kündigender Vertrag mit dem Inhalt des o. g. Vertrages zustande.
2. Wir erklären, dass der Verband dafür Sorge trägt, dass die gesetzlichen Anforderungen gem. § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V durch seine teilnehmenden Mitglieder erfüllt werden. Dem Verband ist bekannt, dass Vertragsteilnahme seiner Mitglieder erst wirksam wird und bleibt, wenn die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Er ist darüber informiert worden, dass die Vertragsteilnahme seiner Mitglieder mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats beendet ist, wenn diese nicht vorher über eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer informieren und diese nachweisen. Der Nachweis erfolgt durch Mitteilung des in dem neuen Präqualifizierungszertifikat angegebenen Institutionskennzeichens sowie des neuen Ablaufdatums. Maßgebliche Änderungen während der Gültigkeitsdauer des Nachweises über die Erfüllung der Anforderungen aus § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden wir unverzüglich dem GKV-Spitzenverband mitteilen.
3. Wir erklären, dass der Verband dem GKV-Spitzenverband Änderungen zu den Angaben bezüglich der teilnehmenden Mitglieder unverzüglich mitteilen wird.

4. Die Beitrittserklärung bezieht sich auf den o. g. Vertrag. Weiterhin erklären wir, dass wir dem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen uns gelten lassen, sofern wir nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von der Widerspruchsmöglichkeit nach § 11 Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
5. Mit dem Zugang der Mitteilung unseres Widerspruchs beim GKV-Spitzenverband ist der Beitritt des Verbandes sowie der teilnehmenden Mitglieder des Verbandes beendet, ohne dass es einer weiteren schriftlichen Erklärung bedarf.
6. Der Verband ist damit einverstanden, dass der GKV-Spitzenverband den Pflegekassen die erhobenen und für die Laufzeit des Vertrages mit den teilnehmenden Leistungserbringern relevanten Daten zur Durchführung des Bewilligungs- bzw. Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

Datum

Verband

Anlage 6 – Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

--	--

Name, Vorname des Versicherten

Versichertennummer

--	--

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Anschrift

Name, Anschrift zuständige Pflegekasse

Ich beantrage ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

5	2	4	0	0	1	1			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

durch folgenden Leistungserbringer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Institutionskennzeichen

Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers

Gründe (Mehrfachnennung möglich):

- ich bin alleinlebend oder über weite Teile des Tages alleinlebend
- ich, oder eine andere im Haushalt lebende Person, kann mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen und aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit mit einer Notsituation zu rechnen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

- mich
- meinen Hausnotrufanbieter
- meinen gesetzlichen Be-
treuer
- meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und/oder Emailadresse

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.
- Das Hausnotrufsystem wurde am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 in Betrieb genommen

Datum (TT MM JJJJ)

--	--	--	--	--	--

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzlicher Vertreter