

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

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin  
(im folgenden GKV-Spitzenverband genannt)

und

dem/der

...

...

...

vertreten durch den  
Bundesverband Hausnotruf e.V.  
Kurfürstendamm 14  
10719 Berlin



## **Inhaltsverzeichnis**

Präambel .....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 2 Abgabe von Hausnotrufsystemen und -leistungen/Leistungsumfang .....	4
§ 3 Vergütung der Leistungen .....	9
§ 4 Abrechnungsverfahren .....	10
§ 5 Zahlungsweise .....	11
§ 6 Unzulässiges Verhalten .....	12
§ 7 Datenschutz .....	13
§ 8 Qualitätssicherung.....	13
§ 9 Maßnahmen bei Vertragsverstößen .....	14
§ 10 Aufgaben des vertragsschließenden oder beitretenden Verbandes.....	15
§ 11 Teilnahme verbandsgebundener Leistungserbringer .....	16
§ 12 Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer .....	16
§ 13 Inkrafttreten und Kündigung .....	17
§ 14 Salvatorische Klausel und Schriftformerfordernis .....	18
Anlage 1 – Preisvereinbarung.....	19
Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme/ Beratungs- und Mehrkostendokumentation.....	20
Anlage 3 - Inbetriebnahme / Empfangs- und Einweisungsbestätigung.....	23
Anlage 4 - Statistische Angaben gemäß § 8 Absatz 3 des Vertrages.....	26
Anlage 5 a - Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer.....	29
Anlage 5 b – Beitrittserklärung Leistungserbringer .....	32
Anlage 5 c – Beitrittserklärung Verband .....	35

## **Präambel**

Nach § 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. Für diese Verträge gelten nach § 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI die §§ 126 und 127 SGB V entsprechend.

Die Versorgung der Versicherten<sup>1</sup> mit Hausnotrufsystemen nach diesem Vertrag erfolgt durch (prä-)qualifizierte 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 gültigen Fassung erfüllen.

Einzelne 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) Dieser Vertrag regelt die mehrkostenfreie (beziehungsweise aufzahlungsfreie) Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen der Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität“ des Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 78 Absatz 2 SGB XI, die einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach § 40 Absatz 1 und Absatz 3 SGB XI haben. Die Versorgung erfolgt ausschließlich mit Hausnotrufsystemen, die die Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnis 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 (prä-)qualifizierte 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) Dieser Vertrag gilt für

---

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

- a) den vertragschließenden Leistungserbringer oder den vertragschließenden Verband und dessen am Vertrag teilnehmenden Mitglieder nach § 11 des Vertrages, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
- b) einzelne präqualifizierte Leistungserbringer, die die nicht Mitglieder des Verbandes sind und dem Vertrag beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
- c) andere Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer, die einem bereits geschlossenen Verbandsvertrag beitreten, und deren am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11 des Vertrages, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, sowie
- d) den GKV-Spitzenverband und die Pflegekassen.

(5) Vertragsschließende und beitretende Verbände müssen befugt sein, mit Rechtswirkung für ihre Mitglieder oder Mitglieder ihrer Landesverbände Verträge nach § 78 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu schließen. Die Verbände sind keine Leistungserbringer im Sinne dieses Vertrages.

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

(7) Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (zum Beispiel Zusammenschluss zweier Firmen, Insolvenzverfahren) müssen dem GKV-Spitzenverband unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

(8) Ebenfalls ist der GKV- Spitzenverband als Vertragspartner bei Geschäftsaufgabe, Kündigung des Vertrags oder Wegfall der Versorgungsberechtigung zu informieren. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen die zu versorgenden Pflegebedürftigen rechtzeitig zu informieren, damit eine übergangslose Versorgung sichergestellt werden kann.

## **§ 2 Abgabe von Hausnotrufsystemen und -leistungen/Leistungsumfang**

(1) Die Versorgung nach diesem Vertrag kann nur durch Leistungserbringer erfolgen, die die Anforderungen nach § 126 SGB V erfüllen und dies nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachweisen. Wenn die Eignungsvoraussetzungen nicht oder nicht mehr vollständig erfüllt sind, entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Entsprechendes gilt, wenn der Leistungserbringer kein gültiges Institutionskennzeichen (IK) besitzt. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten. Hierdurch zu Unrecht erhaltene Vergütungen sind den Pflegekassen unverzüglich zu erstatten.

Der Leistungserbringer ist zur Einreichung von Anträgen/Kostenvoranschlägen und Abrechnung ausschließlich mit dem im Rahmen des Vertragsschlusses, Beitritts beziehungsweise über die Anlage 5a vom Verband gemeldeten Institutionskennzeichen berechtigt. Dieses Institutionskennzeichen ist im Kostenvoranschlag und in der Abrechnung anzugeben. Kostenvoranschläge beziehungsweise Versorgungsanzeigen oder Abrechnungen ohne Angabe des

Institutionskennzeichens oder mit Angabe eines fehlerhaften oder unbekanntes Institutionskennzeichens berechtigen die Pflegekasse zur Abweisung.

Eine Änderung des Institutionskennzeichens ist dem GKV-Spitzenverband rechtzeitig mitzuteilen und kann in der Vertragsumsetzung nicht rückwirkend, sondern nur für die Zukunft berücksichtigt werden. Ein beigetretener Leistungserbringer hat zur Mitteilung des neuen Institutionskennzeichens eine neue Beitrittserklärung einzureichen. Für das neue Institutionskennzeichen muss ein gültiger Präqualifizierungsnachweis vorliegen.

(2) Die Versorgung hat nach Maßgabe der jeweils aktuellen Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu erfolgen.

(3) Vorbehaltlich der Regelung nach § 11 Absatz 5 Satz 1 hat der Leistungserbringer alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, dem GKV-Spitzenverband unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Für vertragsschließende Leistungserbringer im Sinne des § 1 Absatz 4 Buchstabe a) finden § 12 Absatz 2 Satz 3 und 4 sowie § 11 Absatz 6 entsprechende Anwendung.

(4) Die Versorgung Pflegebedürftiger mit Hausnotrufsystemen nach diesem Vertrag bedarf grundsätzlich eines vorherigen Leistungsantrags (Kostenvoranschlag) und dessen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die Pflegekasse. Der Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird als Leistungsantrag des Versicherten gewertet. Sofern 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. Stellt der Versicherte beziehungsweise der Leistungserbringer für den Versicherten den Antrag bei einer unzuständigen Pflegekasse, so leitet diese den Antrag mit Eingangsvermerk und Hinweis auf Unzuständigkeit an den Antragsteller zurück. Übernimmt ein Leistungserbringer Versorgungsfälle eines anderen Leistungserbringers so hat er bei der Pflegekasse jeweils neue Kostenübernahmeanträge zu stellen. Im Übrigen gilt § 4 Absatz 8 dieses Vertrages.

(5) Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen allen vertragsgebundenen Leistungserbringern ist zu gewährleisten und darf durch den Verband oder die Leistungserbringer nicht eingeschränkt werden. Die Wahlfreiheit der Versicherten ist auch von den Pflegekassen zu gewährleisten. Die Pflegekassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer zu informieren.

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

Die Beratung umfasst insbesondere

- a) die Information über die Inhalte der mehrkostenfreien Versorgung mit einem Hausnotrufsystem,
- b) die Aufklärung über geeignete Hausnotrufleistungen beziehungsweise Maßnahmen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall,
- c) das Darlegen der hierfür notwendigen Voraussetzungen (zum Beispiel Austausch von Daten, Stromversorgung und Telefon- beziehungsweise Internetverbindung),
- d) die Auskunft über Gefahren eines Stromausfalls bei einem Telefon- beziehungsweise Internetanschluss über ein stromgespeistes Anschlussgerät (Router),
- e) 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,
- f) 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.

(7) Der Versicherte ist nachweislich durch Erklärung nach dem als Anlage 2 beigefügten Muster zu diesem Vertrag darüber zu informieren, dass eine Versorgung ohne Mehrkosten möglich ist. Wählt 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 in Verbindung mit § 40 Absatz 1 Satz 3 SGB XI die Mehrkosten (Aufzahlung) selbst zu tragen. Dies 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. Wählt der Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten (Aufzahlung), ist dies zu dokumentieren. In diesem Fall hat der Versicherte beim Empfang des Hausnotrufgerätes und Funksenders eine Erklärung entsprechend dem Muster der Anlage 3 zu diesem Vertrag zu unterschreiben.

(8) Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen dürfen nur aufgrund einer Kostenübernahmeerklärung (Genehmigung) der zuständigen Pflegekasse abgegeben werden. Der Kostenvoranschlag ist über ein elektronisches Kostenvoranschlagsverfahren (beziehungsweise eine internetbasierte Plattform) abzuwickeln, sofern die technischen Voraussetzungen für ein solches Verfahren bei der Pflegekasse vorliegen. Liegen die technischen Voraussetzungen bei der Pflegekasse zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht vor, hat diese das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren anzuwenden, sobald sie die Voraussetzungen geschaffen hat. Wird das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren mit der Pflegekasse nicht umgesetzt, ist der Kostenübernahmeantrag nach dem als Anlage 2 zu diesem Vertrag beigefügten Muster mit allen darin vorgesehenen Angaben zu stellen. Die jeweilige Pflegekasse informiert (öffentlich) über das bei ihr zur Anwendung kommende elektronische Kostenvoranschlagsverfahren und die damit verbundenen Anforderungen zur diesbezüglichen Nutzung durch den Leistungserbringer. Erteilt die Pflegekasse den Auftrag zur Hausnotrufversorgung, so sind dem Leistungserbringer mit Einverständnis des Versicherten die erforderlichen Daten des Versicherten (Name und Adresse, Kranken- beziehungsweise

Pflegeversicherungsnummer sowie der Beginn der Leistung) zur Verfügung zu stellen, soweit diese noch nicht vorliegen. Das Hausnotrufsystem ist innerhalb einer Woche betriebsbereit zur Verfügung zu stellen, sofern die notwendigen Voraussetzungen seitens des Versicherten (zum Beispiel: Telefonbeziehungswise Internetanschluss ist installiert, Datenblatt des Versicherten liegt vor) gegeben sind. Der Leistungserbringer garantiert die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hausnotrufsystems. Er führt geeignete Kontrollen (zum Beispiel Testauslösungen, gegebenenfalls Hausbesuch) durch.

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

- a) die Bereitstellung eines Hausnotrufgerätes im hygienisch und technisch einwandfreien Zustand,
- b) die Einweisung des Versicherten, auf dessen Wunsch auch zusammen mit weiteren an seiner Betreuung beteiligten Personen, in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes,
- c) die Abstimmung eines Maßnahmenplans/Ablaufplans gemäß Hilfsmittelverzeichnis mit dem Versicherten oder dessen Vertreter, in dem die im Fall einer Notsituation vorzunehmenden Maßnahmen festgelegt sind,
- d) die 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,
- e) den Anschluss des Hausnotrufgerätes über das Telefonnetz beziehungsweise Internet 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 das Durchführen geeigneter Kontrollen (mindestens wöchentliche geräteinduzierte Testauslösungen einschließlich Fehlerbehebung, gegebenenfalls mit Hausbesuchen).

Die Bereitstellung sowie die Funktion der Übertragungsleitung fallen nicht in den Verantwortungsbereich des Leistungserbringers.

(10) Der Leistungserbringer stellt die technisch einwandfreie Funktion des Hausnotrufgerätes und des Funksenders einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale sicher. Für die Nutzung eines Hausnotrufsystems ist der Zugang zu einem Telefonnetz oder zum Internet erforderlich. Die Kosten für die Bereitstellung, gegebenenfalls inklusive eines erforderlichen zusätzlichen Telefondosenadapters, und den Betrieb der Hausnotrufzentrale trägt der Leistungserbringer. Die Erstellung und Schaltung eines Telefon- beziehungsweise Internetanschlusses, gegebenenfalls das Bereitstellen einer entsprechenden Telefondose oder eines Internetzuganges sowie sämtliche Folgekosten hierfür, insbesondere die Grundgebühren (für den Telefon- beziehungsweise Internetanschluss) und die Kosten für die Gesprächseinheiten, fallen in die Eigenverantwortung des Versicherten und stellen weder eine Leistung der Pflegekasse noch des Leistungserbringers dar.

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

(12) Der Anschluss des Hausnotrufgerätes erfolgt an eine Hausnotrufzentrale. Sie hat den Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nach § 78 Absatz 2 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung zu entsprechen. Insbesondere 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. Die 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. Die eingehenden Notrufe sowie die eingeleiteten Maßnahmen sind zu dokumentieren. Zulässig ist auch der Anschluss an eine Hausnotrufzentrale, die nicht der Leistungserbringer selbst betreibt, sofern dieser sicherstellt, dass die Anforderungen nach diesem Vertrag eingehalten werden. Die Verantwortung für die Versorgung und Abrechnung verbleiben in diesem Fall beim Leistungserbringer.

(13) Die Bereitstellung des betriebsbereiten Hausnotrufgerätes vor Ort umfasst auch die Einweisung des Versicherten – auf seinen Wunsch auch unter Beteiligung weiterer an der Betreuung beteiligter Personen – in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes durch entsprechend geschulte und dadurch fachlich qualifizierte Mitarbeiter des Leistungserbringers. Werden hierbei Kooperationspartner des Leistungserbringers eingebunden, hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass der Einweisende entsprechend geschult und fachlich qualifiziert ist. In Absprache mit dem Versicherten kann die Einweisung auf andere Weise, zum Beispiel per Telefon, erfolgen. Der Leistungserbringer überzeugt sich davon, dass der Versicherte das Hausnotrufsystem sachgerecht anwenden kann. Der 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 Muster nach Anlage 3 zu diesem Vertrag durch Unterschrift zu bestätigen.

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

(15) Die fehlende Mitwirkung des Versicherten bei der Mängelbeseitigung beim Versicherten kann dem Leistungserbringer nicht zur Last gelegt werden, wenn er nachweisen kann, dass er den Versicherten mindestens zweimal erfolglos zur Mitwirkung aufgefordert und die Pflegekasse unverzüglich darüber in Kenntnis gesetzt hat.

(16) Bei den in den Anlagen 2 und 3 des Vertrages vorgesehenen Formularen handelt es sich um Muster. Inhalt und Struktur der Muster müssen beachtet und übernommen werden. Im Übrigen können die Formulare auch zusammengefasst oder der Antrag und die Beratungs- und

Mehrkostendokumentation gemäß Anlage 2 sowie die Empfangs- und Inbetriebnahmebestätigung gemäß Anlage 3 auch getrennt abgebildet werden.

### **§ 3 Vergütung der Leistungen**

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

(2) Der Anspruch auf Vergütung gegenüber der zuständigen Pflegekasse entsteht am ersten Tag der Versorgung. Maßgeblich für den Beginn ist der Zeitpunkt der Abgabe des betriebsbereiten Hausnotrufsystems gemäß der nach dem Muster der Anlage 3 ausgestellten Empfangsbestätigung, frühestens zu dem in der Genehmigung durch die Pflegekasse genannten Zeitpunkt. Angefangene 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 Versorgungen durch Vertragspartner nach § 78 Absatz 1 SGB XI durchgeführt werden und den Bedingungen dieses Vertrages entsprechen.

(4) Der Vergütungsanspruch endet an dem Tag, an dem der Rückholauftrag der Pflegekasse an den Leistungserbringer erteilt wird. Liegen dem Leistungserbringer zweifelsfrei Informationen über den Wegfall der Versorgungsgrundlage für einen Versicherten (zum Beispiel bei festgestelltem Tod oder Umzug in die vollstationäre Pflege) vor, hat er die Pflegekasse unverzüglich darüber zu informieren; dies gilt auch, sofern der Leistungserbringer die Versorgung einstellt oder der Versicherte dem Leistungserbringer gegenüber erklärt, die Versorgung nicht weiter zu wünschen. In diesen Fällen gilt der Rückholauftrag der Pflegekasse als erteilt, und der Leistungserbringer beendet dementsprechend die Versorgung und holt das Hausnotrufgerät zurück. Sollte bereits eine Überzahlung aufgrund des Wegfalls des Vergütungsanspruchs erfolgt sein, ist die Pflegekasse berechtigt, den überzahlten Betrag zurückzufordern. Eine Rückforderung für einen angefangenen Monat erfolgt nicht.

(5) Mit der Vergütung sind alle mit der Leistungserbringung nach § 2 des Vertrages in Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten. Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, dem Versicherten Teilleistungen wie zum Beispiel der Beratung, der Einweisung, des Anschlusses, der Inbetriebnahme oder des Tausches von Hausnotrufgeräten gesondert in Rechnung zu stellen.

(6) Versicherte, 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. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Pflegekasse beträgt die Hälfte der vertraglich vereinbarten Vergütung nach der Anlage 1 des Vertrages.

#### **§ 4 Abrechnungsverfahren**

(1) Die 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. Darüber hinaus können die Pflegekassen mit dem Verband oder Leistungserbringer Näheres zur Abrechnung vereinbaren. Darüber 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 Absatz 2 SGB XI noch nicht vollständig zur Verfügung stehen.

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

(3) Der Leistungserbringer legt für alle Versorgungsfälle eines Kalendermonats Rechnung (bei längeren Zeiträumen nach Monaten getrennt). Die Rechnungslegung kann erstmalig nach der Genehmigung der Pflegekasse erfolgen. Die von der jeweiligen Betriebsstätte erbrachten Leistungen sind unter Angabe des jeweiligen Institutionskennzeichens abzurechnen. Versorgung von Versicherten, die vom Leistungserbringer erstmalig mit Hausnotrufsystemen versorgt wurden, sind in der Rechnung über die Angabe des Kennzeichens 08 für die Abrechnung von Hilfsmitteln beziehungsweise Pflegehilfsmitteln gemäß der Technischen Anlagen 3 zum Datenaustausch nach § 105 SGB XI und § 302 SGB V kenntlich zu machen. Wird die Abrechnung im Datenträgeraustauschverfahren durchgeführt, sind vom Leistungserbringer ergänzende Papierdokumente nicht beizubringen.

(4) Die Zahlungen der Pflegekasse können in Absprache mit den Leistungserbringern auch als monatlich wiederkehrende Zahlung (versichertenbezogene Dauerzahlung) unter Angabe des jeweiligen festen Buchungskennzeichens (zum Beispiel Genehmigungskennzeichen) erbracht werden. Einer monatlichen Rechnungslegung bedarf es in diesen Fällen nicht. Näheres kann die Pflegekasse mit dem Leistungserbringer vereinbaren.

(5) In der Abrechnung hat der Leistungserbringer das Genehmigungskennzeichen der Pflegekasse anzugeben. Als rechnungsbegründende Unterlage hat der Leistungserbringer bei der Erstabrechnung auch die von dem Versicherten unterzeichnete Empfangsbestätigung nach dem als Anlage 3 zu diesem Vertrag beigefügten Muster oder in Absprache mit der Pflegekasse die elektronische Meldung des Hausnotrufsystems mit den Inhalten des als Anlage 3 zu diesem Vertrag beigefügten Musters über die technische Inbetriebnahme beizufügen.

(6) Die Zahlungen der Pflegekasse erfolgen nach einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung. Bei Unvollständigkeit (zum Beispiel fehlende Versichertennummer), Rechnungsdivergenzen 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) Der Leistungserbringer hat die genehmigten und von ihm erbrachten Leistungen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach dem Monat, in dem der Versicherte mit einem Hausnotrufsystem/Hausnotrufleistungen versorgt wurde beziehungsweise nach der Kostenübernahmeerklärung abzurechnen. Nach dem Ablauf dieser Frist kann er für die erbrachten Leistungen keine Vergütungsansprüche mehr geltend machen und die Pflegekasse eine Zahlung verweigern. Stellt sich nach der Bezahlung der Rechnung über die genehmigten Leistungen heraus, dass die Pflegekasse im Zeitpunkt der Zahlung 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. Sind 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. Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung nach § 9 Absatz 4 des Vertrages wegen Verstoßes gegen gesetzliche oder vertragliche Pflichten bleibt unberührt. Die Rückforderungsansprüche der Pflegekasse sind innerhalb von 30 Tagen fällig, es sei denn, mit der Pflegekasse wurde etwas anderes vereinbart.

## **§ 5 Zahlungsweise**

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

(2) Der Leistungserbringer kann für die Abrechnung ein Rechenzentrum in Anspruch nehmen. Er hat die Pflegekasse schriftlich darüber zu informieren und ihr insbesondere den Namen des Rechenzentrums sowie den Beginn und das Ende der Inanspruchnahme mitzuteilen. Der Leistungserbringer hat der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob er seine Forderungen an das Rechenzentrum abgetreten oder dieses lediglich mit dem Forderungseinzug beauftragt hat. Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Inanspruchnahme des Rechenzentrums keine Abtretung oder Berechtigung zum Forderungseinzug mehr besteht. Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die Pflegekasse mit schuldbefreiender Wirkung an das Rechenzentrum. Zahlungen 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. Die 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. Eine entsprechende Aufrechnungserklärung wirkt dann auch gegenüber dem Leistungserbringer.

(3) Sofern 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. Der 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) Dem Leistungserbringer sind Werbemaßnahmen untersagt, die sich auf die Leistungspflicht der Pflegekasse beziehen. Sachliche Informationen über die zur Versorgung angebotenen Produkte des Pflegehilfsmittelverzeichnis und Dienstleistungen bleiben hiervon unberührt. In den Informationen ist darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch auf Versorgung mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen stets deren Notwendigkeit im Einzelfall voraussetzt. Die Initiative für eine Kontaktaufnahme zwischen Versichertem und Leistungserbringer hat von dem Versicherten auszugehen. Der Leistungserbringer darf weder selbst noch über Dritte einzelne Versicherte ohne deren vorherige ausdrückliche Einwilligung auf telefonischem, schriftlichem oder elektronischem Weg gezielt zu Werbezwecken oder zur Anbahnung einer Kundenbeziehung ansprechen. Die Einwilligung muss im Zusammenhang mit der konkreten Pflegehilfsmittelversorgung stehen und darf nicht lediglich Dritten gegenüber erteilt worden sein. Die im Rahmen der Vertragsabwicklung erhobenen personenbezogenen Daten der Versicherten dürfen nur für in diesem Vertrag genannte Aufgaben und Zwecke verwendet werden.

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

(3) Die Beauftragung eines Kooperationspartners mit Teilleistungen der Versorgung ist zulässig, wenn es sich um einen untergeordneten Anteil, an den nach diesem Vertrag insgesamt zu erbringenden Leistungen handelt und in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung eine angemessene Vergütung für die Tätigkeit des Kooperationspartners vereinbart wird. Der Leistungserbringer darf Dritten oder Kooperationspartnern im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen keine darüberhinausgehenden Zuwendungen, wie z. B. Vermittlungsprovisionen gewähren. Die Regelungen in § 2 Absatz 12 Satz 7 und 8 des Vertrages bleiben davon unberührt.

## **§ 7 Datenschutz**

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die für ihn einschlägigen Datenschutzbestimmungen, vor allem die der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des SGB I, SGB V, SGB X und SGB XI in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Insbesondere 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. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

(2) Der 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. Die 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) Die 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). Der 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 6 und 7 vorzulegen. Die 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, den GKV-Spitzenverband jährlich für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum Ablauf des ersten Quartals des Folgejahres die Daten nach dem Muster der Anlage 4 zu diesem Vertrag auf Basis einer elektronischen Vorlage (zum Beispiel Excel) und, sobald hierfür die technischen Voraussetzungen geschaffen sind, über ein Online-Formular auf der Website des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung zu stellen.

### **§ 9 Maßnahmen bei Vertragsverstößen**

(1) Bei 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.

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

(2) Dem Leistungserbringer ist zuvor die Möglichkeit zur Stellungnahme innerhalb von in der Regel zwei Wochen zu geben. Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn schwerwiegendere Maßnahmen erst in Betracht gezogen werden, wenn weniger eingreifende Sanktionen bereits verhängt wurden (Eskalationsstufe). Eine Abmahnung und eine Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden. Die Pflegekasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen. Stellt 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 § 1 Absatz 7 und 8 sowie § 2 des Vertrages nicht nachkommt,
- e) Hausnotrufsysteme/Hausnotrufleistungen entgegen § 2 Absatz 8 nicht fristgemäß abgibt und dadurch die Versorgung der Versicherten gefährdet,
- f) Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag entgegen § 3 Absatz 5 Rechnung stellt,
- g) ein unzulässiges Verhalten im Sinne des § 6 vornimmt,
- h) Datenschutzbestimmungen nach § 7 verletzt,

- i) nach fruchtlosem Ablauf einer Erinnerungsfrist nicht die Statistik gemäß Anlage 4 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.

(5) In den Fällen des Absatzes 3 b) ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, eine fristlose Kündigung auszusprechen, sofern der Nachweis einer gültigen Präqualifizierung nicht innerhalb einer angemessenen Frist erbracht wird.

### **§ 10 Aufgaben des vertragsschließenden oder beitretenden Verbandes**

**(Gilt nicht für Einzelleistungserbringer, vgl. § 1 Absatz 6)**

(1) Der Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern (im Folgenden nur: Verband), der diesen Vertrag mit Rechtswirkung für seine Mitglieder abschließt oder ihm mit dieser Wirkung beitrifft, hat dem GKV-Spitzenverband mindestens einmal monatlich, spätestens bis zum 15. des jeweiligen Kalendermonats, 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. Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, die Vorgaben an die Datenübertragung und das Datenformat nach Anlage 5a im erforderlichen und angemessenen Umfang an die technischen Gegebenheiten anzupassen. Die Geltung der vertraglichen Regelungen im Übrigen bleibt hierdurch unberührt. Sofern die Frist nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend. Der Verband hat das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag für seine teilnehmenden Mitglieder zu prüfen. Die teilnehmenden Leistungserbringer dürfen nicht bereits aufgrund bestehender Verträge zur Versorgung berechtigt sein (vgl. § 1 Absatz 4 des Vertrages).

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

(3) Änderungen zu den mit der Aufstellung nach Absatz 1 übermittelten Daten der Leistungserbringer sind dem GKV-Spitzenverband spätestens bis zum 15. desjenigen Monats zu übermitteln, in dem die Änderungen eintreten, damit sie zu Beginn des Folgemonats berücksichtigt werden können. Andernfalls gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Änderungen und Korrekturen der Daten können nur für die Zukunft und nicht rückwirkend berücksichtigt werden.

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

### **§ 11 Teilnahme verbandsgebundener Leistungserbringer**

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

(2) Die Berechtigung eines teilnehmenden 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 Absatz 1 folgt, sofern diese bis zum 15. eines Kalendermonates beim GKV-Spitzenverband eingegangen ist. Falls die Frist nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend.

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

(4) Zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages gelten auch für die teilnehmenden Leistungserbringer, sofern diese nicht innerhalb eines Monats nach Abschluss der Vereinbarung ihren Widerspruch erklären. Widerspricht ein teilnehmender Leistungserbringer einer Änderung oder Ergänzung dieses Vertrages, endet sein Vertragsverhältnis, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

(5) Die teilnehmenden Leistungserbringer haben die nach den Absätzen 3 und 4 erforderlichen Erklärungen und Mitteilungen gegenüber ihrem Verband abzugeben, der diese dem GKV-Spitzenverband nach § 10 Absatz 3 zu übermitteln hat. Sollte 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 Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer**

(1) Einzelne Leistungserbringer im Sinne des § 1 Absatz 4 Buchstabe b), die dem Vertrag beitreten wollen, haben dem GKV-Spitzenverband spätestens bis zum 15. eines Kalendermonats die Beitrittserklärung nach dem von ihm in der Anlage 5 b) jeweils bestimmten Verfahren und mit

sämtlichen darin enthaltenen Angaben und Daten als elektronisches Dokument zu übermitteln. Mit dem Zugang der Beitrittserklärung beim GKV-Spitzenverband und dem Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V gilt das Vertragsverhältnis als begründet.

(2) Die Berechtigung eines beitretenden Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit dem Anfang des Kalendermonats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung und die vollständige Übermittlung der korrekten Daten des Leistungserbringers nach Absatz 1 folgt, sofern diese bis zum 15. eines Kalendermonats beim GKV-Spitzenverband eingegangen ist. Falls die Frist nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend. Dies gilt auch für Änderungsmitteilungen nach § 2 Absatz 3 des Vertrages. Änderungen zu den mit der Aufstellung nach Absatz 1 übermittelten Daten der Leistungserbringer sind dem GKV-Spitzenverband spätestens bis zum 15. desjenigen Monats zu übermitteln, in dem die Änderungen eintreten, damit sie zu Beginn des Folgemonats berücksichtigt werden können. Andernfalls gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Änderungen und Korrekturen der Daten können nur für die Zukunft und nicht rückwirkend berücksichtigt werden.

(3) Die Regelungen in § 11 Absatz 2 bis 6 des Vertrages gelten für beitretende Leistungserbringer entsprechend mit der Maßgabe, dass die in § 11 Absatz 4 genannte Frist mit der Mitteilung der Änderung auf der Website des GKV-Spitzenverbandes beginnt und die nach Absatz 4 erforderlichen Erklärungen und Mitteilungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband anzugeben sind. Ungeachtet dessen, werden die einzelnen beigetretenen Leistungserbringer zusätzlich auch in Textform oder in elektronischer Form über die Änderung informiert.

### **§ 13 Inkrafttreten und Kündigung**

(1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2026 in Kraft. Er gilt für alle Bestandsversorgungen und Neuversorgungen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. Bei Bestandsversorgungen ist eine neue Genehmigung nicht erforderlich. Mit 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 Hausnotrufsystemen/ Hausnotrufleistungen unwirksam. Für teilnehmende und beitretende Leistungserbringer gilt der Vertrag ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme beziehungsweise des Beitritts.

(2) Dieser Vertrag kann von jeder vertragsschließenden Partei, bei mehreren vertragsschließenden Verbänden und Leistungserbringern nach § 1 Absatz 4 Buchstabe a) auch von jedem Verband und Leistungserbringer einzeln, mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens aber zum 31.03.2028. Hiervon unberührt ist die jederzeitige Möglichkeit jeder Vertragspartei, den Vertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. Die Kündigung durch einen vertragsschließenden Verband oder mehrere vertragsschließende Verbände wirkt auch gegenüber deren an diesem Vertrag nach § 11 teilnehmenden Mitgliedern, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf; dies gilt bei einer Kündigung durch den GKV-Spitzenverband entsprechend. Wird der Vertrag insgesamt gekündigt, werden die beigetretenen Leistungserbringer und Verbände neben

der Mitteilung der Kündigung auf der Website des GKV-Spitzenverbands auch in Textform über die Kündigung informiert. Der gekündigte Vertrag gilt bis zum Wirksamwerden eines neuen Vertrages fort.

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

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

(5) Ein diesem Vertrag gemäß § 1 Absatz 4 Buchstabe b) beigetretener Leistungserbringer sowie ein ihm gemäß § 1 Absatz 4 Buchstabe c) beigetretener Verband und dessen am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11 können ihr Vertragsverhältnis innerhalb der unter Absatz 2 Satz 1 genannten Frist gegenüber dem GKV-Spitzenverband kündigen. Absatz 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

#### **§ 14 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.

Berlin, den

Berlin, den

---

Bundesverband Hausnotruf e.V.

---

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

27,00 EUR

(2) Die Preisvereinbarung kann gesondert unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens aber zum 31.03.2028. Die gekündigten Preise gelten über die Kündigungsfrist hinaus bis zum Wirksamwerden einer neuen Preisvereinbarung als Abrechnungspreise fort.

Bei der Abrechnung sind anzugeben:

- a) Hilfsmittelpositionsnummer: 52.40.01.1XXX (Bezeichnung des konkreten Hausnotrufgerätes aus dem Hilfsmittelverzeichnis angeben)
- b) Kennzeichen gemäß Anlage 3 zum DTA: 08 Vergütungspauschale (Erstversorgung)  
09 Folgevergütungspauschale (Folgeversorgung)

Berlin, den

Berlin, den

---

Bundesverband Hausnotruf e.V.

---

GKV-Spitzenverband



**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 oder gesetzlicher  
Vertreter**

**BERATUNG**

Bei der Beratung waren neben dem Versicherten folgende Personen anwesend:

gesetzliche/r Vertreter/in:

---

weitere hinzugezogene Personen  
(zum Beispiel Nachbarn):  
(Namensnennung nicht erforderlich)

---

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

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

- die Information über die Inhalte der mehrkostenfreien Versorgung mit einem Hausnotrufsystem,
- die Aufklärung über Hausnotrufleistungen beziehungsweise geeignete Maßnahmen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall,
- das Darlegen der hierfür notwendigen Voraussetzungen (z. B. Austausch von Daten, Stromversorgung und Telefon- beziehungsweise Internetverbindung),
- die Auskunft über Gefahren eines Stromausfalls bei einem Telefon- beziehungsweise Internetanschluss 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 dem Versicherten selbst zu tragen sind, wenn von 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 nach der Beratung für ein mehrkostenpflichtiges Versorgungsangebot entschieden und wünsche ausdrücklich zusätzliche private 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 (bitte Zutreffendes ankreuzen beziehungsweise ausfüllen):

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)

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  
(beziehungsweise gesetzl.  
Vertreter, soweit bestellt)

### Anlage 3 - Inbetriebnahme / Empfangs- und Einweisungsbestätigung

#### VERSORGUNGSDATEN

Versicherte/r:

---

Geb. Datum:

---

KV-NR:

---

Pflegekasse:

---

Leistungserbringer/IK:

---

Versorgung genehmigt ab (soweit bekannt):

---

Bei Inbetriebnahme und Einweisung waren neben dem/der Versicherten folgende Personen anwesend:

gesetzliche/r Vertreter/in:

---

weitere an der Betreuung beteiligte

Personen:

(Namensnennung nicht erforderlich)

---

#### INBETRIEBNAHMEBESTÄTIGUNG

Leistungserbringer: Firmenbezeichnung (IK-Nummer: \_\_\_\_\_)

Pflegehilfsmittel-Pos.: 52.40.01.1 \_\_\_\_\_ (Bezeichnung Hausnotrufgerät)

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

Datum der Inbetriebnahme: XX.XX.XXXX

Vertrags-/Geräte-/Vorgangsnummer: 1234567890

---

Ort, Datum

---

Firmenbezeichnung / Leistungserbringer  
(Unterschrift)

## **EMPFANGSBESTÄTIGUNG**

- Das o.a. Hausnotrufgerät habe ich in einwandfreiem und gebrauchsfähigem Zustand erhalten.
- Eine Gebrauchsanweisung wurde mir übergeben.
- Die Voreinstellungen des Hausnotrufgerätes erfolgten so, wie es mit mir oder von mir beauftragten Personen in Auftrag gegeben wurde, die Hausnotrufzentrale wird spätestens an zweiter Stelle angewählt.
- Die Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufsystems einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale wurde in meinem Beisein durch geeignete Kontrollen (Testauslösungen, gegebenenfalls 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

---

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

**Anlage 4 - Statistische Angaben gemäß § 8 Absatz 3 des Vertrages**

(Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, für die Übermittlung der statistischen Angaben ein Onlineformular vorzusehen.)

**Kalenderjahr der Pflegehilfsmittelversorgung:** \_\_\_\_\_

**Leistungserbringer**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

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

**1. Anzahl der eingesetzten Hausnotrufgeräte**

(Summe 1.4 = 1.1 + 1.2 - 1.3)

1.1 am Beginn der Berichtsperiode

1.2 begonnene Versorgungen während der Berichtsperiode

1.3 beendete Versorgungen während der Berichtsperiode

1.4 eingesetzte Hausnotrufgeräte am Ende der Berichtsperiode

**2. Anzahl der eingegangenen Notrufe**

**davon eingeleitete Maßnahmen:** (Summe 2.1 bis 2.7 = 2.)

2.1 Fehlrufe/keine Maßnahme (Sozialanrufe fallen nicht hierunter)

2.2 Abhilfe nach Ablaufplan durch Bezugsperson

2.3 Abhilfe durch Leistungserbringer (z. B. häuslicher Einsatzdienst)

2.4 Pflegedienst

2.5 Hausarzt / ärztlicher Notfalldienst

2.6 Rettungsdienst, auch Notarzt

2.7 Sozialanrufe („Social Calls“)

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ausfüllhinweise:**

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, insbesondere Fehlanrufe/Fehlalarme, bei denen keine Abhilfemaßnahmen getroffen werden. Nicht hierunter fallen sogenannte Betreuungsanrufe oder Sozialanrufe („Social Calls“), die unter Ziffer 2.7 gesondert erfasst werden.
- 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.
- Zu Ziffer 2.7 Hierunter fallen Anrufe, die von Versicherten lediglich zu Kommunikationszwecken initiiert werden, ohne dass es sich hierbei um Notrufe mit Abhilfemaßnahmen oder um Fehlanrufe handelt.

## Anlage 5 a - Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer

Der Verband oder sein Landesverband meldet dem GKV-Spitzenverband unter Nennung des Leistungserbringergruppenschlüssels beziehungsweise 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.

Für alle gelieferten Datensätze erfolgt jeweils ein Abgleich der gelieferten IK-Nummer gegen das Verzeichnis der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen. Nur bei einem gültigen IK, d. h., wenn das gelieferte IK in diesem Verzeichnis als gültig hinterlegt ist, kann der Datensatz aus der csv-Liste angenommen werden. Bei einer Nicht-Übereinstimmung des IK kommt es zu einer Ablehnung des Datensatzes.

Bei der Übernahme des gelieferten Datensatzes werden die Stammdaten zum dem entsprechenden IK aus diesem Verzeichnis der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen zu Grunde gelegt. Änderungen der unter dem IK hinterlegten und gespeicherten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung et cetera) sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen und dem GKV-Spitzenverband unverzüglich zu melden. Maßgeblich sind die für das betreffende IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen jeweils hinterlegten Daten.

Nicht korrekt gelieferte Daten führen zur Ablehnung der Daten und stehen einer Berechtigung des Leistungserbringers zur Teilnahme an diesem Vertrag entgegen. Zu jeder Datenlieferung wird in der Datenannahme und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes eine Protokolldatei erstellt, die der Datenlieferant abrufen kann. Diese enthält einen Rückmeldereport, über die Datensätze, die nicht übernommen werden können. Der Datenlieferant ist verpflichtet, fehlerhafte Meldungen auf Grundlage der Rückmeldereports selbst zu korrigieren und die Daten erneut an die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes zu übermitteln. Zur Korrektur einer Datenlieferung können die Dateien mit dem Gesamtdatensatz mehrfach an die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes geliefert werden. Änderungen und Korrekturen der gelieferten Daten können nur für die Zukunft berücksichtigt werden.

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

Spalte Nr.	Spaltenname	Datentyp	Pflichtfeld	Format/erwartete Werte
A	Firmenname	Text	X	
B	Straße, Hausnummer	Text	X	
C	PLZ	String (5)	X	5-stellig

D	Ort	Text	X	
E	Telefon	Text	X	
F	E-Mail	Text	X	Gültiges E-Mail-Format
G	IK, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 C oder Nr. 19 CR präqualifiziert ist	IK (9)	X	9-stellig
H	PQ_gültig_von	Datum	X	tt.mm.jjjj
I	PQ_gültig_bis	Datum	X	tt.mm.jjjj
J	Teilnahme_von	Datum	X	tt.mm.jjjj
K	Teilnahme-bis	Datum	x	tt.mm.jjjj
L	Umsatzsteuerbefreit	Text	x	„umsatzsteuerbefreit“ oder „umsatzsteuerpflichtig“

Folgende Ausfüllanleitung ist zu beachten:

Spalte	Spaltenname	Ausfüllanleitung	Ausfüllanleitung bei Änderungen im Datensatz des jeweiligen Leistungserbringers
A	Firmenname	Hier ist der Firmenname (Firmierung) des Leistungserbringers anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.
B	Straße, Hausnummer	Hier ist die Straße aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.
C	PLZ	Hier ist die Postleitzahl ohne Leerzeichen aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.
D	Ort	Hier ist der Ort aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.
E	Telefon	Hier ist die Telefonnummer des Leistungserbringers ohne Leerzeichen anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden
F	E-Mail	Hier ist die zu verwendende E-Mailadresse des Leistungserbringers anzugeben.	Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden

G	IK, für das der Leistungserbringer präqualifiziert ist	Hier ist das Institutionskennzeichen ohne Leerzeichen anzugeben, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 Coder 19 CR präqualifiziert ist.	Ändert sich das IK in einem Datensatz, so ist der Datensatz zum Ende des Monats zu schließen. Zum Anfang des neuen Monats ist ein neuer Datensatz mit dem IK zu öffnen.
H	Beginn Präqualifizierungszertifikat	Hier ist das Datum des Gültigkeitsbeginns des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.	Änderungen müssen direkt im Datensatz vorgenommen werden.
I	Ende Präqualifizierungszertifikat	Hier ist das Datum des Ablaufs des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.	Änderungen müssen direkt im Datensatz vorgenommen werden
J	Teilnahme von	Hier ist das Datum des Beginns der Vertragsteilnahme gemäß § 10 Absatz 1 und § 11 Absatz 2 Satz 1 des Vertrages anzugeben. Das Datum muss immer in der Zukunft liegen.	Hier ist das Datum des Beginns der Vertragsteilnahme gemäß § 10 Absatz 1 und § 11 Absatz 2 Satz 1 des Vertrages anzugeben
K	Teilnahme bis	Hier ist das Datum der Beendigung der Teilnahme des Leistungserbringers anzugeben (Kündigungstermin laut der Erklärung des Leistungserbringers).	Im Fall einer Kündigung ist hier der Zeitpunkt des Ablaufs der Kündigungsfrist einzutragen.
L	Umsatzsteuerpflicht	Hier ist die Angabe "umsatzsteuerbefreit" oder "umsatzsteuerpflichtig" zu hinterlegen.	

## **Anlage 5 b – Beitrittserklärung Leistungserbringer**

Der GKV-Spitzenverband sieht für die Abgabe der Beitrittserklärung auf seiner Website ein Onlineformular vor. Anpassungen dieses Formulars bleiben vorbehalten. Um den Beitritt zu einem Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen nach § 78 Absatz 1 SGB XI zu erklären, ist das Online-Formular zu verwenden. Mit der elektronischen Absendung der über das Online-Formular abgegebenen Erklärung wird verbindlich der Beitritt zu dem ausgewählten Vertrag erklärt. Vor Absendung der Erklärung wird die gesamte Erklärung angezeigt, um sie auf Vollständigkeit und Richtigkeit prüfen zu können. Die Beitrittserklärung kann vom Nutzer des Online-Formulars ausgedruckt und abgespeichert werden.

### **Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI (Vertragskennzeichen 19/00/452)**

#### **Leistungserbringer/ Unternehmen**

Name des Unternehmens\* \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen\* \_\_\_\_\_

*Hinweis: Es ist das IK anzugeben, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 C und 19 CR präqualifiziert ist.*

*Die Stammdaten zu Ihrem IK werden vom GKV-Spitzenverband aus dem SVI-Verzeichnis übernommen*

Straße und Hausnummer\* \_\_\_\_\_

PLZ\* \_\_\_\_\_

Stadt\* \_\_\_\_\_

Umsatzsteuerpflichtig:

*Hinweis: Bitte kreuzen Sie dieses Feld an, wenn Sie für die Abrechnung der Hausnotrufleistungen umsatzsteuerpflichtig sind.*

#### **Ansprechpartner**

Anrede\*Frau/Herr

Vorname\* \_\_\_\_\_

Nachname\* \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

## Präqualifizierung

*Hinweis:* Um eine Beitrittserklärung abgeben zu können, muss für das oben genannte Institutionszeichen ein gültiges Präqualifizierungszertifikat vorliegen.

gültig von\*      gültig bis\*

## Vertragsauswahl

*Hinweis:* Bitte beachten Sie, dass es jeweils unterschiedliche Verträge mit Verbänden und Einzelleistungserbringern gibt, denen Sie beitreten können. Bitte wählen Sie den entsprechenden Abrechnungscode/das Tarifkennzeichen (AC/TK - siehe Vertragstexte) und das Vertragskennzeichen des gewünschten Beitrittsvertrages (siehe Liste der aktuellen Vertragspartner)

## Vertragsversion\*

## Beitrittsvertrag\*

## Beitrittserklärung

*Hinweis:* Das vorliegende Formular ist für jede Betriebsstätte gesondert und vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um Pflichtangaben handelt. Unvollständige und nicht lesbare Beitrittserklärungen können nicht berücksichtigt werden.

Hiermit erklärt der vorbezeichnete Leistungserbringer, dem oben genannten Vertrag beizutreten. \*

1. Wir sind umfassend über die Inhalte des oben genannten 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 grundsätzlich ein gesondertes Vertragsverhältnis mit dem Inhalt des oben genannten Vertrages zustande.
2. Uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam wird und das vertragliche Versorgungsrecht nur bestehen bleibt, sofern und solange die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Wir erklären, dass wir die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllen und nicht bereits aufgrund eines bestehenden Vertrages zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Zum Nachweis nehmen wir Bezug auf das o. a. Präqualifizierungszertifikat. Wir sind darüber informiert, dass die Versorgungsberechtigung mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats endet sofern wir nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Gültigkeitsdauer anschließenden Zertifikats 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 wir dem GKV-Spitzenverband Änderungen zu unseren Angaben in der Beitrittserklärung unverzüglich mitteilen werden. Außerdem werden wir der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) Änderungen der zum Institutionskennzeichen (IK) hinterlegten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung et cetera) unverzüglich melden.
4. Unsere Beitrittserklärung bezieht sich auf den oben genannten 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. Uns ist bekannt, dass die jeweilige aktuelle Vertragsversion mit den Änderungen auf der Website des GKV-Spitzenverbandes eingestellt ist und die in § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 4 des Vertrages genannte Frist – unbeschadet der Information der beigetretenen Leistungserbringer in elektronischer Form oder in Textform – mit der Mitteilung der Änderung auf der Website des GKV-Spitzenverbandes beginnt. Wir werden uns regelmäßig über die aktuelle Vertragsversion informieren.
6. Mit dem Zugang der Mitteilung unseres Widerspruchs beim GKV-Spitzenverband ist der Beitritt beendet, ohne dass es einer gesonderten Kündigung des Vertragsverhältnisses bedarf.
7. 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- beziehungsweise Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

### **Datenschutzerklärung**

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der angegebenen Daten nach Maßgabe dieses Vertrages einverstanden und habe die Datenschutzhinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Kenntnis genommen. \*

### **Absendung der Erklärung**

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Mir ist bewusst, dass ich mit der elektronischen Versendung der vorliegenden Erklärung verbindlich den Beitritt zu dem oben genannten Vertrag erkläre.

Mir ist bekannt, dass mit dem Zugang der Beitrittserklärung beim GKV-Spitzenverband und dem Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V grundsätzlich ein Vertragsverhältnis mit dem GKV- Spitzenverband begründet wird.

### **Anlage 5 c – Beitrittserklärung Verband**

(Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, für die Abgabe der Beitrittserklärung ein Onlineformular vorzusehen.)

#### **Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hausnotrufsystemen/Hausnotrufleistungen gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI (Vertragskennzeichen 19/00/452)**

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 oben genannten 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 gesondertes Vertragsverhältnis mit dem Inhalt des oben genannten 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 die 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 Versorgungsberechtigung seiner Mitglieder mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats endet, sofern die Mitglieder des Verbandes nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Frist anschließenden Zertifikats 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. Außerdem werden wir unsere teilnehmenden Mitglieder darauf hinweisen, dass Änderungen der zu dem Institutionskennzeichen hinterlegten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung et cetera) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) unverzüglich mitzuteilen sind.
4. Die Beitrittserklärung bezieht sich auf den oben genannten 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. Uns ist bekannt, dass die jeweilige Vertragsversion mit den Änderungen auf der Website des GKV-Spitzenverbandes eingestellt ist und die in § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 4 des Vertrages genannte Frist - unbeschadet der Information des beitretenden Verbandes in elektronischer Form oder in Textform - mit der Mitteilung der Änderung auf der Website des GKV-Spitzenverbandes beginnt. Wir werden uns regelmäßig über die aktuelle Vertragsversion informieren.
6. 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 gesonderten Kündigung des Vertragsverhältnisses bedarf.
7. 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- beziehungsweise Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

---

Ort, Datum

---

Bezeichnung Verband (Unterschrift)