



# Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen

NAME LEISTUNGSERBRINGER  
STRASSE HAUSNUMMER  
PLZ ORT

Institutionskennzeichen XXX XXX XXX

– nachstehend Leistungserbringer genannt –

und der

hkk  
Martinistr. 26  
28195 Bremen

– nachstehend hkk genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 92 061

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird stellvertretend für männliche, weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten das generische Maskulinum verwendet. Es sind jedoch immer alle Geschlechter angesprochen.*

## § 1 Gegenstand

(1) Dieser Vertrag regelt die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der hkk mit Blutdruckmessgeräten einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen auf Basis einer Versorgungspauschale innerhalb der Bundesrepublik Deutschland für folgende Produktarten:

- 21.28.01.0 Manuelle Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung
- 21.28.01.1 Halbautomatische Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung
- 21.28.01.2 Vollautomatische Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung
- 21.28.01.3 Vollautomatische Blutdruckmessgeräte zur Handgelenksmessung
- 21.28.01.4 Blutdruckmessgeräte für Kinder und Jugendliche
- 21.28.01.5 Vollautomatische Blutdruckmessgeräte zur Handgelenksmessung mit integriertem Blutzuckermessgerät
- 21.28.01.6 Vollautomatische Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung mit integriertem Blutzuckermessgerät

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag sowie
- folgende Anlagen:
  - Anlage 1 Leistungsbeschreibung
  - Anlage 2 Preisvereinbarung und Produkte
  - Anlage 3 Regelungen zum Kostenvoranschlag
  - Anlage 4 Abrechnungsregelung

(2) Die Hilfsmittelversorgung unterliegt diesem Vertrag bei einer erstmaligen Versorgung des Versicherten mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel sowie bei einer Erstversorgung nach diesem Vertrag, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung, die der Hilfsmittelversorgung zugrunde liegt, in die Laufzeit dieses Vertrages fällt.

## **§ 2 Vertragsteilnahme**

- (1) Die Leistungserbringung erfolgt durch den Leistungserbringer. Er ist zur Leistungserbringung nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet.
- (2) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer nach den Regelungen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten.
- (3) Ein Vertragsbeitritt ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Präqualifizierungskriterien entsprechend der gültigen Fassung erfüllt sind. Endet die Präqualifizierung und wird keine unmittelbare Folge-Präqualifizierung erteilt, ist für eine erneue Versorgungsberechtigung ein erneuter Vertragsbeitritt erforderlich.
- (4) Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Homepage. Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, frühestens jedoch zum Vertragsbeginn, in dem die unterschriebene Beitrittserklärung bei der hkk eingeht.
- (5) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie seiner Anlagen bedürfen der Schriftform und wirken sich unmittelbar auch auf den Beitritt aus. Bei Wirksamwerden etwaiger Ergänzungen oder Änderungen besteht für den beigetretenen Leistungserbringer ein Sonderkündigungsrecht innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe. Die Kündigung kann ohne Angabe von Gründen, zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Ergänzungen oder Änderungen erfolgen.

## **§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 126 Absatz 1a SGB V für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.
- (3) Der Versicherte wird über die Eigentumsverhältnisse informiert. Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel innerhalb der Versorgungspauschalen.
- (4) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ist während der gesamten Laufzeit des Vertrages sicher zu stellen.
- (5) Über die gesamte Laufzeit des Vertrages und der Versorgungsdauer hat der Leistungserbringer ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung besitzt.

(6) Der Leistungserbringer ist verpflichtet über die gesamte Laufzeit des Vertrages und der Versorgungsdauer, erforderliche und geeignete Geräte, Arbeitsmittel und Räumlichkeiten vorzuhalten, die eine fach- und fristgerechte Versorgung ermöglichen.

(7) Es darf keine Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln abgelehnt werden, insbesondere nicht aus wirtschaftlichen Gründen. Eine Risikoselektion ist nicht zulässig.

(8) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen entfallen, hat der Leistungserbringer die hkk unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anforderung der hkk hat der Leistungserbringer das Vorliegen der Voraussetzungen durch geeignete Nachweise darzulegen.

(9) Die hkk kann die Qualität der Versorgungen in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Versichertenbefragungen, Betriebsstättenbesichtigungen oder andere geeignete Mittel, überprüfen. Die Betriebsstättenbesichtigung kann jederzeit innerhalb der üblichen Betriebszeiten erfolgen. Eine Terminierung ist nicht erforderlich. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte, die Einsichtnahme über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Die hkk kann den Medizinischen Dienst (MD) hinzuziehen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(10) Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist das Vorliegen einer vollständig ausgefüllten vertragsärztlichen Originalverordnung (Muster 16). Bei der Erstversorgung verliert die Verordnung ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung bei der hkk vertragskonform per Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des Eingangs des Kostenvoranschlages ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. Bei der Folgeversorgung (jeweils nach Ablauf von 24 Versorgungsmonaten) verliert die Verordnung ihre Gültigkeit, wenn der neue Versorgungszeitraum nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung beginnt. Verordnungen aus dem Entlassmanagement verlieren 7 Kalendertage nach dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wurde. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1. Die vertragsärztlichen Verordnungen sind durch den Leistungserbringer bei der Abrechnung mit einzureichen.

(11) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen sind der hkk vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1.

Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlages (Auftragserteilung) durch die hkk gemäß § 2 Absatz 2 SGB V entsprechend des Sachleistungsprinzips. Kosten, die vor Auftragserteilung entstehen, kann der Leistungserbringer weder beim Versicherten noch bei der hkk geltend machen. Privatrechtliche Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Versicherten, die darauf gerichtet sind, diese Regelung zu umgehen, gelten vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung als schwerwiegender Vertragsverstoß, der die hkk zur sofortigen Vertragskündigung berechtigt. Ausnahmsweise ist der Abschluss einer privat-

rechtlichen Vereinbarung zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich die Hilfsmittelversorgung vor der Kostenübernahme der hkk verlangt. Der Versicherte muss dabei umfassend schriftlich über die hiermit verbundenen finanziellen Risiken aufgeklärt werden. Die Kosten, die der Versicherte im Falle einer Ablehnung durch die hkk tragen müsste, müssen der Vergütung des vorliegenden Hilfsmittellieferungsvertrages entsprechen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

#### **§ 4 Personelle und fachliche Anforderungen**

(1) Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind im Unternehmen und in den Betriebsstätten einzuhalten.

(2) Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, dass über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt. Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinproduktegesetzes (MPG), den Hilfsmittelrichtlinien, den Leitlinien, den Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP-Standard) und der Hygiene-richtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum hält der Leistungserbringer eine angemessene Anzahl von Mitarbeitern für die qualitätsgerechte Versorgung vor. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1.

(3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich durch Fortbildungsmaßnahmen auf dem neuesten fachlichen Stand bewegt.

Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen hat der Leistungserbringer personenbezogen zu dokumentieren. Diese Nachweise sind der hkk auf ihr Verlangen vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(4) Die genannten personellen und fachlichen Anforderungen gelten nicht für Personal in der Auftragsannahme.

#### **§ 5 Art und Umfang der Leistungen**

(1) Der Leistungserbringer stellt grundsätzlich eine lückenlose Versorgung mit den genehmigten Hilfsmitteln während des gesamten Versorgungszeitraumes sicher. Er übernimmt sämtliche hiermit im Zusammenhang stehende Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen der Versorgungspauschale. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1.

(2) Die Auswahl des innerhalb der Versorgungspauschale abzugebenden Hilfsmittels richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf des Versicherten. Basis hierfür ist die vertragsärztliche Verordnung, gegebenenfalls unter Einschaltung des MD.

## § 6 Versorgungsablauf

- (1) Der Leistungserbringer nimmt innerhalb von 24 Stunden, spätestens jedoch am nächsten Werktag, nach dem er die Verordnung erhalten hat, Kontakt mit dem Versicherten auf und nimmt eine individuelle Bedarfsfeststellung vor.
- (2) Nach Abschluss der Bedarfsfeststellung übermittelt der Leistungserbringer der hkk unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, den Kostenvoranschlag für die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie die weiteren erforderlichen Unterlagen.
- (3) Die hkk prüft die eingereichten Unterlagen und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung. Bei einer von der hkk ausgestellten Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) handelt es sich um einen Versorgungsauftrag.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit dem/n Hilfsmittel/n und die mit der Versorgung verbundenen Dienst- und Serviceleistungen grundsätzlich innerhalb von 48 Stunden nach erteiltem Versorgungsauftrag durch die hkk und den Versicherten (bei bevorstehender Krankenhausentlassung innerhalb von 24 Stunden) sicher zu stellen. Wünscht der Versicherte einen späteren Liefertermin so ist dieser maßgebend. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so ist die Hilfsmittelversorgung oder die Dienst- oder Serviceleistung spätestens am nächsten Werktag durchzuführen. Kann der Leistungserbringer dem Versicherten das Hilfsmittel nicht innerhalb der hier genannten Frist zur Verfügung stellen ist er verpflichtet, den Versicherten unverzüglich hierüber zu informieren. Die Verordnung ist an die hkk weiterzuleiten, wenn diese es verlangt.
- (5) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (zum Beispiel Betreuer, Vormund, bevollmächtigte Person im Sinne der §§ 164 ff. BGB) oder – wenn keine der vorgenannten Personen erreichbar ist – auch von einer seiner Pflegepersonen (zum Beispiel Pflegekräfte, pflegende Angehörige) unterschriebenen Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Aus der Empfangsbestätigung muss hervor gehen, wer die Empfangsbestätigung unterschrieben hat. Quittierungen im Voraus oder im Nachhinein sind unzulässig. Die Empfangsbestätigung, der aktuelle Lieferschein oder der elektronische Abliefernachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.
- (6) Die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach § 33 SGB V erfolgt frei Haus und auf Wunsch in neutraler Verpackung bis zur Wohnungstür. Der Leistungserbringer hat auf Wunsch des Versicherten mit ihm einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgängige Verfügbarkeit der notwendigen Leistungen gewährleistet.
- (7) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit für die Beratung und Erteilung von Auskünften und Aufträgen an mindestens fünf Werktagen sicher (Servicehotline). Die telefonische Erreichbarkeit ist dabei auf die Geschäftszeiten des Leistungserbringers (Montag bis Freitag) begrenzt. Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Kontaktaufnahme bekannt zu geben, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels. Für die Versicherten entstehen

dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

## **§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung**

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit (§§ 12, 70, 135a SGB V) über die gesamte Vertragslaufzeit erfüllt werden. Art und Umfang der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Leistungen richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf des Versicherten.

(2) Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (§ 12 Absatz 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen.

(3) Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen und Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL), des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichen) entsprechen. Für die Abgabe von Hilfsmitteln ist das MPG verpflichtend. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das MPG gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sind Mindestanforderungen. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.

(4) Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Abgabe von Hilfsmitteln, die den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V zu der jeweiligen Produktart (Produktgruppe, Anwendungsbereich, Produktuntergruppe und Produktart) entsprechen. Gegebenenfalls darüber hinaus gehende produktspezifische Anforderungen an die Leistung sind in den Anlagen des Vertrages geregelt. Sofern ein Hilfsmittel in die Versorgung gelangen soll, das nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurde, ist der hkk ein entsprechender Kostenvoranschlag einzureichen. In diesem Fall ist der hkk gegenüber den Nachweis zu erbringen, dass dieses Hilfsmittel sämtlichen Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis zu der jeweiligen Produktart entspricht.

(5) Der Leistungserbringer führt an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel einschließlich des vorhandenen Zubehörs beziehungsweise der vorhandenen Zurüstungen sämtliche erforderlichen Überprüfungen, Kontrollen und Wartungen nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik durch. Die Herstellerangaben sind dabei zu beachten.

Die hkk hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) im Rahmen der jeweils gültigen Fassung die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden folgenden Aufgaben, insbesondere:

- die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts (gemäß § 4 Absatz 3 Satz 1 MPBetreibV),

- die Instandhaltung von Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (gemäß § 7 MPBetreibV),
- die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (gemäß § 4 Absatz 3 Satz 3 MPBetreibV),
- das Führen der Bestandsverzeichnisse für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte (gemäß § 13 MPBetreibV),
- die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV (gemäß § 11 MPBetreibV),
- die Durchführung der messtechnischen Kontrollen für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV (gemäß § 14 MPBetreibV),
- das Führen der Medizinproduktebücher für Medizinprodukte der Anlage 1 und 2 der MPBetreibV (gemäß § 12 MPBetreibV).

Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheits- und messtechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen. Die Instandhaltungsmaßnahmen sind unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers durchzuführen, der diese Angaben dem Medizinprodukt beizufügen hat. Die sicherheits- und messtechnischen Kontrollen sind nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik durchzuführen oder durchführen zu lassen. Der Leitfaden zu messtechnischen Kontrollen von Medizinprodukten mit Messfunktion der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) ist hierbei zu beachten.

Der Leistungserbringer setzt sich für mögliche Instandhaltungen, sicherheits- und messtechnische Kontrollen fristgerecht mit dem Versicherten in Verbindung. Der Leistungserbringer hat den Versicherten mindestens einmal an die Durchführung dieser Maßnahmen zu erinnern. Bei Nicht-Antreffen beziehungsweise bei Verweigerung des Versicherten zur Durchführung genannter Maßnahmen, ist der hkk unmittelbar nach Bekanntwerden eine Dokumentation zu übermitteln.

Die hkk behält sich die Überprüfung der Erfüllung der nach der MPBetreibV an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

(6) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie gegebenenfalls weitere Hinweise des Arztes sind zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, gegebenenfalls unter Angabe der zehnstelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses verordnet, ist dennoch durch die hkk und/oder den Leistungserbringer zu prüfen, ob die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt erfolgen kann. Die hkk kann durch den MD gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt erforderlich ist.

Die Entscheidung über die Auswahl des Produkts trifft abschließend die hkk, gegebenenfalls auf der Basis eines MD-Gutachtens. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit einem anderen Produkt, das in diesem Vertrag geregelt ist, nicht ablehnen.

(7) Hat der Arzt kein konkretes Produkt verordnet, wählt der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen das konkrete Produkt aus.

## **§ 8 Kostenvoranschlag**

Die Anlage 3 regelt die Inhalte des Kostenvoranschlags.

## **§ 9 Abrechnungsregelung**

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in der Anlage 4 geregelt.

## **§ 10 Vergütung**

(1) Die Vergütung ist abschließend in der Anlage 2 geregelt. Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütung sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.

(2) Die Sicherstellung der Regelungen der Anlage 3 Absatz 1 Satz 1 dieses Rahmenvertrages und die damit verbundenen Einsparungen bei den Verwaltungskosten honoriert die hkk mit einem Aufschlag von 5,00 Euro (netto) auf die vereinbarten Vertragspreise. Dieser Aufschlag ist in den in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen bereits berücksichtigt. Stellt der Leistungserbringer die Regelungen zur Anlage 3 Absatz 1 Satz 1 dieses Rahmenvertrages nicht sicher, so vermindert sich die Vergütung für die betroffene Versorgung um den Abschlag von 5,00 Euro (netto) je Kostenvoranschlag.

(3) Der Vergütungsanspruch endet mit Wegfall der leistungs-, versicherungsrechtlichen und/oder medizinischen Voraussetzungen (zum Beispiel durch das Ende der Versicherung, Wegfall der Notwendigkeit) sobald der Leistungserbringer hiervon Kenntnis erhalten hat.

(4) Die Vergütung vermindert sich um die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung zu informieren und diese gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

(5) Wählt der Versicherte eine höherwertige, über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, vermeidet der Leistungserbringer grundsätzlich wirtschaftliche Aufzählungen. Sofern sich wirtschaftliche Aufzählungen nicht vermeiden lassen, sind diese gering zu halten. Die entstehenden Mehrkosten können dem Versicherten gemäß § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V in Rechnung gestellt werden.

Voraussetzung ist, dass der Versicherte über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung informiert wurde und dennoch eine Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer zu treffen. Die Dokumentation erhält den Hinweis auf das Angebot einer bedarfsgerechten Versorgung ohne Mehrkosten, die gewünschte Versorgung über das Maß des Notwendigen (genaue Bezeichnung und Menge sowie Hersteller) und die Höhe der Mehrkosten. Die Dokumentation umfasst dabei mindestens alle Inhalte der Anlage 2 der Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Dem Versicherten ist eine Durchschrift der Vereinbarung auszuhändigen. Sie ist der hkk auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

## **§ 11 Statistiken**

Entfällt

## **§ 12 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Dritten**

(1) Die Bestimmungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten, insbesondere:

- ist die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, die nicht der Notfallversorgung dienen, unzulässig.
- ist es nicht gestattet, Vertragsärzte und Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung zu beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln zu gewähren.
- ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen einer Versorgung mit Hilfsmitteln erbracht werden, unzulässig.
- sind sonstige Zuwendungen (zum Beispiel die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, Durchführung von Schulungsmaßnahmen, zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten oder Personal sowie hierfür resultierende Kosten sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen des Leistungserbringers, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen) unzulässig.

(2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Versorgung zu erreichen oder die freie Wahl der Versicherten unter den abgabeberechtigten Leistungserbringern zu beeinflussen, ist nicht zulässig. Hilfsmittelberatungen durch den Leistungserbringer in Arztpraxen, stationären und sonstigen Einrichtungen sind nur im Einzelfall und auf Anforderung des behandelnden Arztes zulässig.

(3) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Leistungserbringers zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer Anreize durch Dritte ist als schwer wiegender Vertragsverstoß zu werten.

### **§ 13 Meinungsverschiedenheiten und Vertragsverstöße**

(1) Bei Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Anwendung und Auslegung dieses Vertrages ergeben, streben die Vertragspartner eine partnerschaftliche und gütliche Einigung an.

(2) Verstöße gegen diesen Vertrag werden abgemahnt und können im Wiederholungsfall zur sofortigen und fristlosen Kündigung des bestehenden Vertragsverhältnisses führen. Als Vertragsverstoß gilt auch die wiederholte nichtvertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen.

(3) Schwerwiegende Vertragsverstöße wie zum Beispiel

- die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- eine Zuwiderhandlung gegen die Regelungen in § 12 Rahmenvertrag,
- vom Leistungserbringer zu vertretende Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben,
- die nicht unverzügliche Mitteilung bei Wegfall von Vorraussetzungen gemäß § 3 dieses Vertrages an die hkk,

berechtigen die hkk nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers zur fristlosen Kündigung des Vertrages.

(4) Schwerwiegende Vertragsverstöße, die auf der Grundlage des § 128 SGB V beruhen, berechtigen die hkk den betreffenden Leistungserbringer für eine Dauer von bis zu zwei Jahren von der Hilfsmittelversorgung auszuschließen.

(5) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleiben hiervon unberührt.

### **§ 14 Vertragsstrafe**

(1) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die hkk Vertragsstrafen verhängen. Dabei gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, für jeden Einzelfall der Zuwiderhandlung gegen die Verpflichtungen aus diesem Vertrag, eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 2.500,00 Euro zu zahlen. Zusätzlich zur Vertragsstrafe ist der hkk der tatsächlich entstandene Schaden und der dadurch zusätzlich verursachte Aufwand zu ersetzen.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, für jeden Fall der Erlangung eines Versorgungsauftrags durch strafbares Handeln oder den Versuch hierzu eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5.000,00 Euro zu zahlen (Antikorruptionsklausel). Strafbares Handeln sind insbesondere Betrug (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB), Submissionsabsprachen (§ 298 StGB), Vorteilsgewährung (§ 333 StGB) und Bestechung (§ 334 StGB).

(4) Vor Verhängung einer Vertragsstrafe ist der Leistungserbringer anzuhören. Im Fall der Verwirkung der Vertragsstrafe bleibt das Recht zur außerordentlichen Kündigung gemäß § 13 dieses Vertrages unberührt.

### **§ 15 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers**

(1) Der Leistungserbringer hat die hkk über die Einreichung, der Ablehnung und die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens sowie über eine Geschäftsaufgabe und die Veräußerung des Betriebes unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

(2) Der Leistungserbringer hat der hkk in den genannten Fällen unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die hkk zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und/oder in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

### **§ 16 Datenschutz**

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), SGB X, Landesdatenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) einzuhalten.

(2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Artikel 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten und so weiter) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

(4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Artikel 9 Absatz 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen

werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

(6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MD und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

### **§ 17 Haftung und Gewährleistung**

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel bei der Auslieferung.

(2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG) bleibt unberührt.

(3) Soweit der Leistungserbringer für einen Schaden verantwortlich ist, der im Zusammenhang mit seiner Hilfsmittelversorgung steht, ist er verpflichtet, die hkk von Schadensersatzansprüchen Dritter freizustellen.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch Schäden nach dem MPG umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- beziehungsweise 1 Mio. Euro für Sachschäden pauschal für jeden Versicherungsfall zu unterhalten. Stehen der hkk weitergehende Schadensersatzansprüche zu, so bleiben diese von dieser Regelung unberührt.

(5) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie beziehungsweise Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien beziehungsweise Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die hkk.

### **§ 18 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen, die zum Beispiel gegen das Wettbewerbsrecht oder den Datenschutz verstoßen, anzupassen sind. Das Gleiche gilt im Falle einer Regelungslücke.

### **§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit**

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2020 in Kraft.

(2) Der Vertrag und seine Anlagen können von den Vertragspartnern jeweils unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten, erstmals zum 28.02.2022, ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Kündigung des Rahmenvertrages schließt

eine Kündigung der Anlagen ein. Auch im Falle einer Kündigung ist der Leistungserbringer verpflichtet, die bereits durch eine Versorgungspauschale abgegoltenen Hilfsmittelversorgungen bis zum Ende des aktuellen Versorgungszeitraums durchzuführen.

(3) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die hkk alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten mit Blutdruckmessgeräten nach § 127 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V außer Kraft. Bereits auf der Grundlage von § 127 Absatz 3 SGB V genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.

(4) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie seiner Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen der Anbietergruppierung oder der Leistungserbringer werden nicht Bestandteil dieses Vertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer, Firmenstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
hkk

## Anlage 1 – Leistungsbeschreibung

(1) Blutdruckmessgeräte dienen der Bestimmung des systolischen und diastolischen Blutdrucks. Die Verordnung von Blutdruckmessgeräten zu Lasten der hkk kommt dann in Betracht, wenn für Bluthochdruckpatienten eine kontinuierliche, in der Regel mehrmals tägliche Überwachung des Blutdrucks erforderlich ist, um Folgeschäden zu vermeiden. Die Versorgung erfolgt entsprechend der Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V.

(2) Die Versorgungspauschale beinhaltet neben der Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel insbesondere:

- die Erprobung des Hilfsmittels,
- die Anlieferung des Hilfsmittels zum Einsatzort (einschließlich gegebenenfalls anfallender Verpackungs- und Frachtkosten sowie gegebenenfalls der Kosten der Versicherung für den Versand und Versicherungen) innerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
- die barrierefreie Überlassung einer für den Versicherten verständlichen Gebrauchsanweisung zusammen mit der Bereitstellung des genehmigten Hilfsmittels,
- die Bereitstellung entsprechend des im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Lieferumfangs und Anpassung der/des Hilfsmittel/-s an die Bedürfnisse des Versicherten, sowie im Einzelfall erforderliche Zubehörteile, Zu- und Nachrüstungen und Ersatzteile sowie Umversorgungen innerhalb derselben Produktart,
- die Beratung und persönliche Einweisung des Versicherten und/oder seiner Betreuung- beziehungsweise Pflegepersonen in den ordnungsgemäßen Gebrauch in der Regel am Einsatzort des Hilfsmittels. Falls erforderlich sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (zum Beispiel Reha-Einrichtung, Krankenhaus) durchzuführen. Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung, Pflege und Reinigung des Hilfsmittels. Ziel der Einweisung und Beratung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen. Die Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten,
- alle notwendigen Dienst- und Serviceleistungen,
- alle notwendigen Reparaturen, Instandhaltungen, Wartungen sowie messtechnische Kontrollen,
- Dokumentation, Aufklärung, Beratung und Information über die Eigentumsverhältnisse sowie
- Sicherstellung der Qualitäts- und Versorgungsstandards.

Für die Produktauswahl gelten die Regelungen gemäß § 7 Absatz 3 des Rahmenvertrages. Die Auswahl des Hilfsmittels erfolgt auf Wunsch des Versicherten und/oder seiner

Betreuungs- beziehungsweise Pflegepersonen in persönlicher und/oder telefonischer Beratung durch fachlich qualifiziertes Personal.

(3) Für die ordnungsgemäße Ausführung der vertraglichen Regelungen ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel verfügt. Im Unternehmen sind Medizinprodukteberater zu beschäftigen. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich durch (firmenunabhängige) Fortbildungsmaßnahmen auf dem neuesten fachlichen Stand bewegt.

(4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten und seine Betreuungsbeziehungsweise Pflegeperson umfassend zu beraten. Das Beratungs- und Informationsgespräch umfasst insbesondere:

- die Darlegung des aufzahlungsfreien Angebotes im Rahmen dieses Vertrages,
- die Auswahl und Anwendung der Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Verordnung und der Indikationen,
- die Durchführung einer Anamnese zur Abklärung möglicher Allergien, Ermittlung der notwendigen Körpermaße,
- die Einweisung des Versicherten und seiner Betreuungs- beziehungsweise Pflegeperson zur eigenständigen Anwendung,
- die Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen,
- die Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen,
- die Aufklärung zur Notwendigkeit messtechnischer Kontrollen beziehungsweise zum Austausch des Produktes nach 24 Monaten.

Beratungsgespräche sind vom Leistungserbringer unter Beachtung des § 16 des Rahmenvertrages einschließlich der aufzahlungsfreien Versorgungsvorschläge zu dokumentieren. Bei einer Versorgung mit Aufzahlung ist diese unter Angabe der aufzahlungsfrei angebotenen Hilfsmittel ebenfalls zu dokumentieren. Auf Anforderung des Versicherten oder der hkk werden weitere Beratungsbesuche beziehungsweise persönliche und/oder telefonische Beratungsgespräche durchgeführt.

Der Leistungserbringer stellt darüber hinaus eine laufende Dokumentation mit Art und Anzahl der gelieferten Produkte sowie Umstellungen beziehungsweise Änderungen innerhalb der Versorgung sicher. Beschwerden des Versicherten und/oder seiner Betreuungsbeziehungsweise Pflegepersonen (zum Beispiel hinsichtlich der Qualität der Versorgung und des Versorgungsablaufs) sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

Die Protokolle der Beratungsgespräche, die Patientendokumentation sowie Beschwerdeprotokolle sind der hkk auf Anforderung vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(5) Den Versicherten sind für die Versorgung mit Blutdruckmessgeräten mindestens zwei Produkte, die für den Versicherten im Einzelfall medizinisch notwendig und geeignet sind aufzahlungsfrei anzubieten. Die Versicherten sind auf die unterschiedlichen aufzahlungsfrei angebotenen Produkte innerhalb der Beratung aufmerksam zu machen. Die Übersicht der aufzahlungsfrei angebotenen Produkte innerhalb der jeweiligen Produktart ist den Versicherten und der hkk auf Verlangen unverzüglich vorzulegen.

(6) Die Versorgung von vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln erfolgt grundsätzlich im Rahmen von Versorgungspauschalen. Sowohl die Erst- als auch die Folgeversorgungspauschale(n) gelten für 24 Monate.

(7) Die erstmalige Versorgung eines Versicherten mit Blutdruckmessgeräten nach diesem Vertrag, die Fortführung einer Versorgung, die bereits aufgrund anderer Grundlagen (gegebenenfalls auch nach § 127 Absatz 3 SGB V) bei der hkk erfolgte, ein Wechsel der Produktart sowie die erstmalige Versorgung nach einem Wechsel der Krankenkasse stellen eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) dar.

(8) Die Genehmigung der Erstversorgung erfolgt für 24 Monate sofern nicht versicherungs-, leistungsrechtliche oder medizinische Gründe dagegen sprechen.

(9) Der Versicherte kann jederzeit zum Beginn des nächsten Versorgungszeitraumes sein Wahlrecht unter den Vertragsteilnehmern ausüben. Ein Wechsel des Leistungserbringers stellt eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) dar.

(10) Für die Erstversorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln ist zur Genehmigung grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich (siehe auch § 3 Absatz 10 des Rahmenvertrages). Der Versorgungsbeginn darf im Rahmen der Erstversorgung nicht vor dem Verordnungsdatum liegen. Die Abrechnung der ersten Versorgungspauschale erfolgt mit der Originalverordnung, mit dem Hilfsmittelkennzeichen 08 unter Angabe der Genehmigungsnummer. Die Folgeversorgungspauschalen sind mit der Originalverordnung unter Angabe der Genehmigungsnummer (aus der Erstversorgung) und dem Hilfsmittelkennzeichen 09 genehmigungsfrei abrechenbar.

Die hkk verzichtet bei Folgeversorgungspauschalen auf eine Genehmigung. Dieser Verzicht kann von der hkk jederzeit auch gegenüber einzelnen Vertragsteilnehmern einseitig widerrufen werden. Die Änderung ist dem Leistungserbringer mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende mitzuteilen.

Nach Ablauf von jeweils 24 Versorgungsmonaten ist eine erneute vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) einzuholen. Es gelten die Regelungen entsprechend § 3 Absatz 10 des Rahmenvertrages. Die Folgeversorgungspauschale beginnt frühestens am Tag nach Ablauf des vorherigen Versorgungszeitraumes, sofern eine neue vertragsärztliche Verordnung vorliegt. Das Ausstellungsdatum der Verordnung darf in diesem Zusammenhang maximal 28 Tage vor oder nach dem Tag des Ablaufs des Versorgungszeitraumes liegen. Sofern die Verordnung zu einem späteren Zeitpunkt ausgestellt wurde, beginnt die Folgeversorgungspauschale mit dem Tag der Ausstellung der vertragsärztlichen Verord-

nung. Die vertragsärztliche Verordnung ist jeweils nach Ablauf von jeweils 24 Versorgungsmonaten bei der Abrechnung mit einzureichen.

(11) Bei der erstmaligen Belieferung ist der Versicherte durch den Leistungserbringer nachweislich darauf hinzuweisen, dass,

- die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ausschließlich von dem gewählten Leistungserbringer bezogen werden dürfen.
- nach Ablauf von jeweils 24 Versorgungsmonaten, bei weiterbestehender medizinischer Notwendigkeit, eine neue vertragsärztliche Verordnung einzuholen ist. Sofern die Folgeversorgungspauschale nicht direkt an die Erstversorgung anschließt, können die eventuell dadurch entstandenen Mehrkosten nicht von der hkk übernommen werden.
- der Versicherte verpflichtet ist, ärztliche Verordnungen, die im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Leistungen stehen nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Doppelversorgung werden die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht von der hkk übernommen. Die so entstandenen Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.
- ein Wechsel des Leistungserbringers nur jeweils zum Beginn der nächsten Folgeversorgung möglich ist und dabei sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich darüber zu informieren sind.
- der Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren ist.

(12) Bei Mängeln an dem Hilfsmittel mit dem der Versicherte versorgt ist, erfolgt die Reparatur oder eine gleichwertige Ersatzversorgung innerhalb von zwei Werktagen nach dem der Versicherte den Mangel beim Leistungserbringer bekannt gegeben hat.

(13) Alle Abfragen, die der Leistungserbringer beim Versicherten tätigt (zum Beispiel Erhebungs- oder Ermittlungsbögen), müssen mit dem Hinweis versehen werden, dass die Datenübermittlung freiwillig ist und jederzeit vom Versicherten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

## Anlage 2 – Preisvereinbarungen und Produkte

(1) Für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln entsprechend der jeweiligen Produktbeschreibung des Hilfsmittels einschließlich des notwendigen Zubehörs und allen gemäß dem Vertrag notwendigen Leistungen gelten folgende Vergütungen:

Positionsnummer/ Produktbesonderheit	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Erstversorgungspauschale in Euro* Monat 1 bis 24	Folgeversorgungspauschale in Euro* jede weiteren 24 Monate
21.28.01.0xxx	manuelles Blutdruckmessgerät zur Oberarmmessung	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung)	38,24	36,13
Produktbesonderheit 0000000001	als XL-Versorgung (gemäß Herstellerangaben)	09 - Folgeversorgungspauschale	42,01	38,65
21.28.01.1xxx	halbautomatisches Blutdruckmessgerät zur Oberarmmessung	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung)	28,99	23,53
Produktbesonderheit 0000000001	als XL-Versorgung (gemäß Herstellerangaben)	09 - Folgeversorgungspauschale	42,01	38,65
21.28.01.2xxx	vollautomatisches Blutdruckmessgerät zur Oberarmmessung	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung)	24,29	21,01
Produktbesonderheit 0000000001	als XL-Versorgung (gemäß Herstellerangaben)	09 - Folgeversorgungspauschale	41,51	38,65
21.28.01.3xxx	vollautomatisches Blutdruckmessgerät zur Handgelenksmessung	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung)	24,79	21,01
		09 - Folgeversorgungspauschale		

Positionsnummer/ Produktbesonderheit	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Erstversorgungspauschale in Euro* Monat 1 bis 24	Folgeversorgungspauschale in Euro* jede weiteren 24 Monate
21.28.01.4xxx	Blutdruckmessgerät für Kinder und Jugendliche	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung) 09 - Folgeversorgungspauschale	42,01	38,65
21.28.01.5xxx	vollautomatisches Blutdruckmessgerät zur Handgelenksmessung mit integriertem Blutzuckermessgerät	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung) 09 - Folgeversorgungspauschale	nach Kostenvoranschlag	nach Kostenvoranschlag
21.28.01.6xxx	vollautomatisches Blutdruckmessgerät zur Oberarmmessung mit integriertem Blutzuckermessgerät	08 - Versorgungspauschale (Erstversorgung) 09 - Folgeversorgungspauschale	nach Kostenvoranschlag	nach Kostenvoranschlag

\* Die Preise verstehen sich netto zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Umsatzsteuer.

Die Vergütung verringert sich um die gesetzliche Zuzahlung.

- (2) Für XL-Versorgungen ist die Angabe der Produktbesonderheit, entsprechend der Preistabelle, zwingend erforderlich.
- (3) Als Kinder und Jugendliche gelten im Rahmen dieses Vertrages Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.
- (4) Die Versorgungspauschale umfasst neben den Hilfsmitteln der Produktuntergruppe 21.28.01.xxxx alle im Einzelfall erforderlichen Zubehörteile, Zurüstungen und Ersatzteile sowie notwendige Reparaturen, Instandsetzungen, sicherheits- und messtechnische Kontrollen soweit diese bei den Produkten erforderlich sind. Die Herstellerangaben sowie die Vorgaben aus dem MPG und der MPBetreibV sind dabei zu beachten.
- (5) Es dürfen nur gelistete Produkte entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung für die Versorgung verwendet werden.

### **Anlage 3 – Regelungen zum Kostenvoranschlag**

(1) Die Übermittlung von Kostenvoranschlägen ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Die hkk bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattform der Firma

medicomp  
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH  
Hoheloostr. 14  
67065 Ludwigshafen

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu vereinbaren.

(2) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),
- Hilfsmittelkennzeichen (siehe Anlage 2),
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (laut Hilfsmittelverzeichnis),
- Produktbesonderheit für XL-Versorgungen (siehe Anlage 2),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- Leistungserbringergruppenschlüssel,
- Beginn des Versorgungszeitraumes (im Rahmen der Erstversorgung darf der Beginn nicht vor dem Verordnungsdatum liegen),
- Ende des Versorgungszeitraumes (der Versorgungszeitraum endet jeweils nach 24 Monaten),
- Menge (Anzahl der zu versorgenden Hilfsmittel),
- Angabe des Netto- und Bruttopreises für den Versorgungszeitraum,
- Verordnungsdatum,
- Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

(3) Die Verordnung ist im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlags als Anhang zu übermitteln und als solche zu kennzeichnen.

## **Anlage 4 – Abrechnungsregelung**

(1) Die Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistung wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Für das Abrechnungsverfahren gilt der § 302 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301a SGB V) und § 303 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in den jeweils aktuellen Fassungen.

(2) Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich in Form einer Sammelabrechnung und enthält gemäß den Richtlinien folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (zum Beispiel Verordnungsblatt/-blätter, Berechtigungs- beziehungsweise Reparaturschein(e) jeweils im Original),
- Empfangsbestätigung des Versicherten,
- Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, gegebenenfalls zusätzlich Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege bei maschineller Abrechnung.

Die zuständige Daten- und Belegannahmestelle für die Abrechnung bei der hkk ist:

Abrechnungszentrum Emmendingen  
An der B3 Haus Nr. 6  
79312 Emmendingen

(3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der in Absatz 2 benannten Stelle der hkk die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Es werden nur einwandfreie Daten entsprechend der technischen Anlage der Richtlinien angenommen.

Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehende Zeitverzögerung bei der Rechnungsprüfung und -zahlung sind von der hkk nicht zu vertreten. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Absatz 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die benannte Stelle der hkk gemäß § 303 Absatz 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der hkk durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich bei der Kopfstelle des vdek anzumelden, wenn er erstmalig Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V für eine Ersatzkasse liefert. Darüber hinaus besteht für den Leistungserbringer auch die Verpflichtung, sich vor der erstmaligen Datenlieferung für die hkk bei der von der hkk benannten Stelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Anlage 1 Abschnitt 9 der Richtlinien beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.

Nach erfolgreichem Abschluss des Testverfahrens kann die Abrechnung per elektronischer Datenübertragung erfolgen.

Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechnungs-Institutionskennzeichen eine Anmeldung vorgenommen werden.

(4) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannte Stelle unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Es ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das Institutionskennzeichen, unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Absatz 3 dieser Anlage zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Absatz 1 der Richtlinien.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die hkk mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der hkk durch Einschreiben mit Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der hkk an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

Der Leistungserbringer hat das Abrechnungszentrum unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 BDSG beziehungsweise Artikel 38 DSGVO auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

(5) In der Rechnungslegung sind insbesondere folgende Angaben zwingend erforderlich:

- Institutionskennzeichen der ausliefernden Betriebsstätte des Leistungserbringers,
- Versichertendaten, insbesondere die Versichertennummer,

- Verordnungsdatum entsprechend Anlage 1 Nummer 10,
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (laut Hilfsmittelverzeichnis),
- Produktbesonderheit bei XL-Versorgungen (siehe Anlage 2),
- Leistungserbringergruppenschlüssel,
- Hilfsmittelkennzeichen,
- Menge der abgegebenen Leistung,
- Rechnungsnummer,
- Bruttowert der Verordnung,
- gegebenenfalls eingezogener Zuzahlungsbetrag und Mehrkosten,
- Mehrwertsteuer (gesetzliche Umsatzsteuer),
- von der hkk vergebene Genehmigungsnummer der Erstversorgung (ohne Ausdruck der Genehmigung),
- Versorgungszeitraum (der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes sind in Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“ zu übermitteln (Angabe von JJJJMMTT – JJJJMMTT). Parallel ist dazu der Versorgungszeitraum in Monaten in Segment ZUH, Feld „Versorgungszeitraum“ anzugeben),
- Angabe der Belegnummer der von der hkk benannten Stelle bei Nachberechnung aufgrund von Berichtigungen.

Die Daten aus der Genehmigung müssen bei der Erstversorgung zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Die Folgeversorgung muss mit der Genehmigungsnummer der Erstversorgung sowie dem Kennzeichen 09 bis auf Widerruf genehmigungsfrei abgerechnet werden.

(6) Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich per Sammelabrechnung mit der benannten Stelle abzurechnen.

Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistung erbracht worden ist, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).

Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege sowie rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei der von der hkk benannten Stelle eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist befreit die hkk von ihrer Zahlungsverpflichtung.

(7) Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist unter anderem eine entsprechende Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistungen.

(8) Der Versicherte hat den Erhalt der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus und im Nachhinein sind unzulässig. Erfolgt die Quittierung nicht auf der Rückseite der Originalverordnung, müssen aus der Empfangsbestätigung das/die gelieferte/-n Hilfsmittel, die gelieferte Menge, der Name des Versicherten sowie – falls vom Versicherten abweichend – der Name des Unterzeichners hervor gehen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens beziehungsweise Frachtführers oder des Leistungserbringers ausreichend. Diese Nummer ist versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Segment TXT) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Aufbewahrungsfristen des elektronischen Liefernachweises beziehungsweise den Zugriff auf die entsprechenden Daten nach den allgemeinen Vorschriften sicherzustellen. Die Frist beginnt mit dem Datum des Rechnungseingangs. Der elektronische Liefernachweis kann von der hkk jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.

(9) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen (maschinellen) Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelege sowie weiteren rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(10) Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die in Absatz 2 benannte Stelle.

(11) Die hkk beziehungsweise die von der hkk benannte Stelle ist berechtigt, die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung beziehungsweise Korrektur zurückzugeben, wenn die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sind, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sind oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.

(12) Den Vertragspartnern ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Abrechnungsberechtigung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der hkk bleiben insofern unberührt.

(13) Beanstandungen können von der hkk beziehungsweise der von der hkk benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung beziehungsweise ein Vertragsverstoß des Leistungserbringers vor.

(14) Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Dabei ist die Belegnummer der von der hkk benannten Stelle anzugeben. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Beanstandung trägt der Leistungserbringer. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der von der hkk benannten Stelle zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen beziehungsweise die Einsprüche als anerkannt.

(15) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der hkk zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.