



# Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung

gemäß § 127 Absatz 2 SGB V

zwischen

###

###

###

Institutionskennzeichen ###

- nachstehend Leistungserbringer genannt –

und der

hkk  
Martinistr. 26  
28195 Bremen

- nachstehend hkk genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: XX XX XXX

## **§ 1 Gegenstand**

Dieser Vertrag regelt die aufzahlungsfreie Versorgung von tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten der hkk mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen auf der Basis von monatlichen Versorgungspauschalen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Vertrag sowie
- folgende Anlagen:

Anlage 1 Leistungsbeschreibung

Anlage 2 Preisvereinbarung

Anlage 3 Kostenvoranschlag

Anlage 4 Abrechnungsregelung – Abrechnung nach § 302 SGB V

Anlage 5 Erklärung zu Mehrkosten

Der Leistungserbringer kann anstelle der vertraglich vereinbarten Formulare eigene verwenden, wenn diese inhaltlich mindestens den vertraglich geregelten Formularen entsprechen.

Die Hilfsmittelversorgung unterliegt diesem Vertrag,

- bei einer erstmaligen Versorgung des Versicherten mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung, die der Hilfsmittelversorgung zugrunde liegt, in die Laufzeit dieses Vertrages fällt,
- bei Versicherten, die nach dem bis 31.03.2016 gültigen Vertrag der hkk versorgt worden sind, nach Ablauf des bisherigen Genehmigungszeitraumes,

## **§ 2 Vertragsteilnahme**

(1) Die Leistungserbringung erfolgt durch den Leistungserbringer. Er ist zur Leistungserbringung nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet.

(2) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2a SGB V beitreten.

(3) Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich unter [http://www.hkk.de/top/partner\\_der\\_hkk/hilfsmittelanbieter/hilfsmittelvertrage/](http://www.hkk.de/top/partner_der_hkk/hilfsmittelanbieter/hilfsmittelvertrage/).

(4) Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaften, die an diesem Vertrag teilnehmen, haben der hkk vor oder spätestens mit Beginn des Vertrages bzw. des Vertragsbeitritts eine Vertragspartnerliste je Leistungserbringergruppenschlüssel der teilnehmenden Betriebe im MS Excel-Format per E-Mail zu übermitteln. Die Vertragspartnerliste, die ge-

trennt nach den Leistungserbringergruppenschlüsseln zu erstellen ist, enthält dabei folgende Angaben:

- Spalte A: Laufende Nummer
- Spalte B: Name, Firmenbezeichnung des Leistungserbringers
- Spalte C: Institutionskennzeichen (je Zeile ist nur ein Institutionskennzeichen anzugeben)
- Spalte D: Beitritts- bzw. Versorgungsberechtigungsdatum des Leistungserbringers im Format TT.MM.JJJJ
- Spalte E: Austrittsdatum bzw. Ende der Versorgungsberechtigung im Format TT.MM.JJJJ

Die Vertragspartnerliste ist von der Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaft regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Die Liste ist bei Änderungen unverzüglich an die hkk per E-Mail zu übermitteln. Änderungen zu der jeweils vorangegangenen Vertragspartnerliste sind durch Hervorhebungen (zum Beispiel Fettdruck, farbliche Markierung) zu kennzeichnen.

Die Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft garantiert, dass die teilnehmenden Betriebe und deren Filialen bei der Aufnahme in die Teilnehmerliste die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind der hkk auf ihr Verlangen vorzulegen.

Die hkk hat das Recht, die Vertragsteilnahme einzelner Mitgliedsbetriebe und ihrer Niederlassungen in begründeten Fällen zu widerrufen.

### **§ 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 i.V.m. § 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 Leistungserbringer bleibt Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Geräte. Er informiert die Versicherten über die Eigentumsverhältnisse.

(4) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen während der Laufzeit des Vertrages bzw. bis zum Ablauf der Versorgungspauschale sicher zu stellen.

(5) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Laufzeit des Vertrages und der Versorgungsdauer 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) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.

(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 setzt eine Terminvereinbarung mit dem Leistungserbringer voraus. Sie soll zu den Betriebszeiten erfolgen. 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 der Krankenversicherung (MDK) hinzuziehen.

(10) Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist das Vorliegen einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16). Es werden auch andere nicht förmliche Bescheinigungen von Fachärzten akzeptiert. Es müssen jedoch die Inhalte des Musters 16 enthalten sein. Die Verordnung bzw. Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung bei der hkk eingereicht wurde (Datum des Eingangsstempels) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen.

(11) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen ist der hkk vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die hkk. 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 privatrechtlichen Vereinbarung zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich die Hilfsmittel-Versorgung 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 zu berücksichtigen.

(2) Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, dass über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt.

(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.

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

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

(1) Der Leistungserbringer stellt die Versorgung mit dem genehmigten Hilfsmittel während des Versorgungszeitraumes sicher und übernimmt sämtliche hiermit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen der Versorgungspauschale, insbesondere:

- die Erprobung des Hilfsmittels, gegebenenfalls verschiedener Produkte, bzw. die kostenfreie Zurverfügungstellung von Proben,
- die Anlieferung des Hilfsmittels zum Einsatzort (einschließlich gegebenenfalls anfallender Verpackungs- und Frachtkosten sowie gegebenenfalls der Kosten der Versicherung für den Versand),
- auf Wunsch des Versicherten Lieferung in einer neutralen Verpackung ohne Mehrkosten,
- die Überlassung einer Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache, zusammen mit der Bereitstellung des genehmigten Hilfsmittels,
- die Einrichtung sowie die Anpassung des Hilfsmittels an die Bedürfnisse des Versicherten,
- die Beratung und persönliche Einweisung des Versicherten und seiner Betreuungs- bzw. Pflegepersonen in den Gebrauch in der Regel am Einsatzort des Hilfsmittels. Falls erforderlich sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (zum Beispiel Reha-Einrichtung, Krankenhaus) durchzuführen. Ziel der Einweisung 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,
- die telefonische Auftragsannahme und die Vorhaltung einer Servicehotline gemäß § 6 Absatz 6 des Vertrages,

(2) Die Auswahl des Hilfsmittel richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf des Versicherten.

## **§ 6 Versorgungsablauf**

(1) Nach Abschluss der Bedarfsfeststellung übermittelt der Leistungserbringer der hkk unverzüglich den Kostenvoranschlag sowie die weiteren erforderlichen Unterlagen.

(2) 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.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit dem/n Hilfsmittel/n und die mit der Versorgung verbundenen Dienst- und Serviceleistungen innerhalb von 72 Stunden nach erteiltem Versorgungsauftrag (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 und die hkk unverzüglich hierüber zu informieren. Die Verordnung ist an die hkk weiterzuleiten, wenn diese es verlangt.

(4) 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 des §§ 164ff. 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 ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.

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

(5) Der Leistungserbringer führt an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel einschließlich des vorhandenen Zubehörs bzw. der vorhandenen Zurüstungen sämtliche erforderlichen Überprüfungen, Kontrollen und Wartungen gemäß Herstellervorgaben durch.

(6) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung und Erteilung von Auskünften und Aufträgen an mindestens fünf Werktagen sicher (zum Bei-

spiel Servicehotline). Die telefonische Erreichbarkeit ist dabei auf die Geschäftszeiten des Leistungserbringers begrenzt. Spätestens bei Abgabe des Hilfsmittels stellt der Leistungserbringer dem Versicherten seine Kontaktdaten zur Verfügung (Name des Leistungserbringers, Anschrift, Telefonnummer und Ansprechpartner). Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

(7) Sofern ein Berufsverband oder eine Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft Vertragspartner ist, besteht die Möglichkeit, dass der einzelne Mitgliedsbetrieb diese Verpflichtung auf den Berufsverband oder die Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft überträgt.

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

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

(2) Die Versorgung der Versicherten (Auswahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat zweckmäßig und wirtschaftlich (§ 12 Absatz 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(3) Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichen) entsprechen. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses sind Mindestanforderungen.

(4) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) – nachfolgend „Hilfsmittel-Richtlinie“ genannt – in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Bezeichnung der Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie gegebenenfalls weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, gegebenenfalls unter Angabe der zehnstelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses verordnet, ist dennoch durch die hkk und/oder Leistungserbringer zu prüfen, ob die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt erfolgen kann. Die hkk kann durch den MDK prüfen lassen, ob das verordnete Produkt erforderlich ist.

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

Produktarten, die nicht im Rahmen dieses Vertrages geregelt sind, brauchen nicht durch den Leistungserbringer versorgt werden. Die hkk ist berechtigt derartige Produkte im freien Wettbewerb zu vergeben.

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

## **§ 8 Kostenvoranschlag**

(1) Die Anlage 3 regelt die Inhalte des Kostenvoranschlags.

## **§ 9 Abrechnungsregelung – Abrechnung nach § 302 SGB V**

(1) Das Abrechnungsverfahren ist in der Anlage 4 geregelt. Die Abrechnung nach § 302 SGB V erfolgt nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

(2) Die zuständige Stelle für die Abrechnung bei der hkk ist:

DDG Deutsches Dienstleistungszentrum  
für das Gesundheitswesen GmbH  
Postfach  
45120 Essen

(3) Die Abrechnung hat spätestens 12 Monate nach der durchgeführten Versorgung zu erfolgen (Ausschlussfrist). Maßgeblich ist der Monat, in dem der Versicherte die vertraglich geregelten Hilfsmittel entgegen genommen hat.

## **§ 10 Vergütung**

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

(2) Die Vergütung vermindert sich um die gesetzliche Zuzahlung. Der Leistungserbringer hat die Zuzahlung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinaus gehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

(3) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des Notwendigen hinaus gehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat und hierüber eine schriftliche Vereinbarung gemäß Anlage 5 oder eine Vereinbarung, die mindestens über die gleichen Inhalte verfügt, zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer getroffen wurde. Dem Versicherten ist eine Durchschrift der Vereinbarung auszuhändigen. Sie ist der hkk auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.



## **§ 11 Statistiken**

Entfällt

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

(1) Die Bestimmungen des § 128 SGB V sind zu beachten.

(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 schwerwiegender 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.

(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

berechtigen die hkk nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers zur sofortigen und 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) Bei Vertragsverstößen 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 € 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 € zu zahlen (Antikorruptionsklausel). Strafbares Handeln sind insbesondere Betrug (§ 263 StGB), Submissionsabsprachen (§ 298 StGB), Vorteilsge-  
währung (§ 333 StGB) und Bestechung (§ 334 StGB).
- (4) Vor Verhängung einer Vertragsstrafe nach Absatz 2 oder 3 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.
- (3) Wird der Geschäftsbetrieb in einer oder mehreren Betriebsstätten eingestellt und ist kein Rechtsnachfolger vorhanden, der die Pflichten nach diesem Vertrag über das Ende der Geschäftsaufgabe hinaus fortführt bzw. fortführen kann, so hat die hkk einen Erstattungsanspruch in Höhe der nicht verbrauchten Zeiträume (anteilige, monatsgenaue Berechnung).

## **§ 16 Datenschutz**

- (1) Bei den personenbezogenen Versicherten- und Leistungsdaten, die bei Ausführung des Vertrages verarbeitet und genutzt werden, handelt es sich um Sozialdaten, die einem besonderen gesetzlichen Schutz unterliegen. Der teilnehmende Betrieb bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

(2) Der teilnehmende Betrieb sowie die gegebenenfalls von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.

(3) Der am Vertrag teilnehmende Betrieb hat seine Mitarbeiter sowie eventuell beauftragte Dritte zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und deren Beachtung sicherzustellen. Die §§ 35 und 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85a SGB X sind zu beachten.

(4) Der teilnehmende Betrieb hat sämtliche ihm zur Kenntnis gelangten personenbezogenen und -bezieharen (Sozial-) Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vollständig zu löschen.

(5) Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft stellen sicher, dass alle über den Verband teilnehmenden Betriebe in geeigneter Weise über die Regelungen und Einhaltung des Datenschutzes informiert werden. Dies ist gegenüber der hkk nachzuweisen.

## **§ 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.

(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 Medizinproduktegesetz (MPG) umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- bzw. 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 bzw. Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien bzw. Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die hkk.

(6) Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaften, die an diesem Vertrag teilnehmen, informieren die hkk über die Einreichung, der Ablehnung sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens ihrer Mitgliedsbetriebe (Leistungserbringer). Sofern dieser die laufende Versorgung nicht fortführen kann, wird diese durch einen anderen Mitgliedsbetrieb sicher gestellt, ohne dass der hkk hierfür weitere Kosten entstehen. Die hkk ist unverzüglich darüber zu informieren, welcher Mitgliedsbetrieb die Versorgung fortführt.

Sofern die Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft die laufende Versorgung nicht sicher stellen kann, erstattet diese der hkk die anteilige Versorgungspauschale für den nicht genutzten Zeitraum.

### **§ 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 01.04.2016 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

(2) Der Vertrag und seine Anlagen können von den Vertragspartnern jeweils unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2018, 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 Genehmigungszeitraums durchzuführen.

(3) Mit Abschluss dieses Vertrages treten alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen mit der hkk über die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Dienstleistungen 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) Die hilfsmittelbezogene Beratung und Erstversorgung erfolgt postoperativ oder im Rahmen des Überleitungsmanagements in den häuslichen, ambulanten oder vollstationären Bereich. Spätestens mit dem Tag der Entlassung einschließlich der Wochenend- und Feiertage erfolgt die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln.

Zur Beratung und Versorgung finden mindestens zwei Beratungsbesuche innerhalb der ersten drei Monate nach Anlage des Tracheostomas und nach Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Sofern der Betroffene nicht in der Lage ist, der hilfsmittelbezogenen Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, werden die Beratungsbesuche auf die pflegenden Angehörigen und/oder den beteiligten Pflegedienst bzw. das Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen ausgeweitet. Sofern notwendig haben weitere Beratungsbesuche auch nach Ablauf der ersten drei Monate zu erfolgen.

Die Beratungen und Versorgungen sind durch den Leistungserbringer zu dokumentieren. Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), den Hilfsmittelrichtlinien und den weiteren gesetzlichen Regelungen sind dabei zu beachten. Inhalt und Form sind frei gestaltbar. Beratungs- und Leistungsdaten sind dabei nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentationen sind der hkk auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über alle für ihn wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine zur Anpassung oder Auslieferung sind rechtzeitig mit dem Versicherten abzustimmen. Hausbesuche werden ausschließlich nach vorheriger Anmeldung und im Einverständnis des Versicherten durchgeführt. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten seines Ansprechpartners sowie der Telefonnummer für den Notdienst in schriftlicher Form.

Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung und Erteilung von Auskünften und Aufträgen an mindestens fünf Werktagen zu den üblichen Geschäftszeiten sicher (Servicehotline). Über die genannte Zeit hinaus hat der Leistungserbringer ganzjährig einen 24-Stunden-Notdienst (kein Anrufbeantworter) sicher zu stellen. Nach der Meldung eines Notfalls müssen innerhalb einer Stunde Maßnahmen zur Behebung des Notfalls eingeleitet werden.

Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

Produktnachlieferungen können auf dem Postweg erfolgen, sofern der Versorgungsfall dies zulässt.

Bei der erstmaligen Belieferung ist der Versicherte nachweislich darauf hinzuweisen, dass,

- die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ausschließlich von dem Leistungserbringer bezogen werden dürfen,
- die im Zusammenhang mit der Versorgung bei Tracheostoma/Laryngektomie gelieferten Hilfsmittel Eigentum des Hilfsmittellieferanten und ausschließlich von diesem zu reparieren und zu warten sind und
- 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.

(2) Zur hilfsmittelbezogenen persönlichen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer für die Versorgung der Versicherten Mitarbeiter ein, die die folgenden oder mindestens gleichwertigen Voraussetzungen erfüllen:

- Krankenschwester/-pfleger mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung
- Kinderkrankenschwester/-pfleger mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung

Darüber hinaus erhalten diese Mitarbeiter mindestens einmal jährlich eine fachspezifische Fort-/Weiterbildung bzw. eine Schulung. Die Nachweise sind der hkk auf Verlangen innerhalb von zwei Wochen nach Aufforderung vorzulegen. Änderungen sind der hkk unverzüglich mitzuteilen.

(3) Genehmigungen, die nach dem bis 31.03.2016 gültigen Vertrag ausgesprochen wurden und deren Genehmigungszeiträume über den 31.03.2016 hinaus gehen, behalten Ihre Gültigkeit bis zum Ende des Genehmigungszeitraums (sogenanntes Versorgung-bis-Datum).

(4) Die Versorgung erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen.

(5) Als Kinder gelten im Rahmen dieses Vertrages Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.

(6) Sofern bereits eine Genehmigung nach dem bis 31.03.2016 gültigen Vertrag ausgesprochen wurde, kann nach diesem Vertrag nur eine Folgeversorgung und keine Erstversorgung beantragt werden.

(7) Die Versorgungspauschale für die Versorgung der tracheotomierten und laryngektomierten Versicherten beinhaltet

a) alle notwendigen Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien der Produktgruppen 01, 12 und 27 sowie Inhalier-/Inhalationsgeräte (Produktgruppe 14), insbesondere

- Absaugkatheter
- Absaugrohre
- Bakterienfilter
- Filter (-Kassetten)
- Cuffdruckmesser
- Fingertips
- Handschuhe, steril oder unsteril
- Kanülen auch in Sonder- und Maßanfertigungen
- Kanülenreinigungsbürsten
- künstliche Nasen, HME-Filter
- Mullkompressen
- Pflasterversorgung
- Pflege- und Reinigungsmittel
- Schläuche
- Shuntventile
- Sprachverstärker

- Sprechhilfen
- Stomabutton
- Stationäres und/oder mobiles Absauggerät
- Stationäres und/oder mobiles Inhaliergerät
- Trachealkompressen
- Tracheal- und Sprechkanülen
- Trachealspreizer
- Ultraschallvernebler
- Zubehör- und Verbrauchsmaterial der PG 27.99.
- Zubehör für Kanülen (z.B. Duschschutz, Lätzchen, tracheale Schutztücher, Schutzrolli, Haltebänder etc.)

sowie

- b) alle damit in Verbindung stehenden Dienst- und Serviceleistungen
- c) Erfüllung der Qualitäts-, Beratungs- und Versorgungsstandards
- d) (Aus-)Lieferung, Abholung, Verschrottung und Aussonderung
- e) Einweisung durch geschultes Personal
- f) Gebrauchsanweisung(en) in deutscher Sprache
- g) Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen, Reparaturen und gegebenenfalls Ersatzversorgungen
- h) soweit erforderlich Zweitgeräte

Die Versorgungspauschale umfasst die Leistungen bis einschließlich der Trachealkanüle inklusive der künstlichen Nasen/HME-Filter (Filter, die auf die Trachealkanüle aufgesetzt werden, zum Beispiel künstliche Nasen, sind im Versorgungsumfang enthalten. Beatmungsfiler, HME-Filter, die zwischen Gänsegurgel und Beatmungsgerät in das Beatmungssystem integriert werden, gehören nicht zum Leistungsumfang).

Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich.

Gänsegurgeln bzw. Faltenschläuche und Schlauchsysteme für Beatmungsgeräte sowie Medikamenten-/Ultraschallvernebler und Bakterienfilter, die in den Beatmungskreislauf integriert werden, sind von der Versorgungspauschale ausgenommen.

(8) Wählt der Versicherte eine höherwertige, über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus gehende Versorgung, vermeidet der Leistungserbringer grundsätzlich wirtschaftliche Aufzahlungen. Sofern sich wirtschaftliche Aufzahlungen nicht vermeiden lassen, sind diese gering zu halten.

(9) Der Leistungserbringer kann für Versorgungsmonate, in denen er für wenigstens einen Tag den Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln versorgt hat, die volle Monatspauschale abrechnen. Für Versorgungsmonate, in denen er zum Beispiel wegen eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten, diesen an keinem Tag des Versorgungsmonats mit Hilfsmitteln versorgt hat, kann er keine Vergütung abrechnen.

(10) Genehmigungszeiträume sind in der Anlage 2 geregelt. Die Versorgungszeiträume umfassen immer Kalendermonate. Sie umfassen bei

- erstmaligen Versorgungen (Hilfsmittelkennzeichen 08): zwei Kalendermonate
- Folgeversorgungen (Hilfsmittelkennzeichen 09): 12 Kalendermonate, sofern nicht versicherungs-, leistungsrechtliche oder medizinische Gründe dagegen sprechen.

Die Vergütung bei der erstmaligen Versorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) beträgt unabhängig von der Versorgungsdauer zwei Monatspauschalen. Die monatlichen Vergütungen im Rahmen der Folgeversorgungen (Hilfsmittelkennzeichen 09) können nur abgerechnet werden so lange die Voraussetzungen nach diesem Vertrag vorliegen.

(11) Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich einer vertragsärztlichen Verordnung, damit sie abgerechnet werden können (siehe auch Rahmenvertrag § 3 Absatz 9). Verordnungen für die Folgeversorgungen (Hilfsmittelkennzeichen 09) sind 12 Versorgungsmonate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden 11 Monate sind jeweils unter Angabe der Genehmigungsnummer mit dem Hilfsmittelkennzeichen 09 genehmigungsfrei abrechenbar, sofern die Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

Nach Ablauf des jeweiligen Genehmigungszeitraumes ist der hkk eine neue Verordnung einzureichen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

(12) Ändert sich die Zuordnung zur Versorgungspauschale ist die neue Versorgungspauschale erstmalig im darauffolgenden Monat mit dem Hilfsmittelkennzeichen 09 zu beantragen.

(13) Die Liefermenge soll einen Monat nicht überschreiten. Liefermengen für einen Zeitraum von maximal zwei Monaten sind zulässig, wenn sich der Versicherte ausdrücklich hiermit einverstanden erklärt und die räumlichen Lagerungsmöglichkeiten des Versicherten diese zulassen.

(14) Der Vergütungsanspruch endet am letzten Tag des Kalendermonats, in dem die leistungs-, versicherungsrechtlichen oder medizinischen Voraussetzungen entfallen.

(15) Abrechnungen können nur für zurückliegende und aktuelle Versorgungsmonate erfolgen. Abrechnungen für in der Zukunft liegende Versorgungsmonate sind nicht möglich. Jeder Versorgungsmonat ist getrennt abzurechnen.

(16) Die Abrechnung hat spätestens zwölf Monate nach der durchgeführten Versorgung zu erfolgen (Ausschlussfrist). Maßgeblich ist der Monat, in dem der Versicherte die vertraglich geregelten Hilfsmittel entgegen genommen hat (siehe auch Anlage 4 Absatz 6).

(17) Der Leistungserbringer hat die Zuzahlung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Versicherten einzuziehen und den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Zeitpunkt der Hilfsmittelabgabe unabhängig von erfolgten Lieferungen vom Vertragspartner einzubehalten und kostenlos zu quittieren.

(18) Der Leistungserbringer stellt die laufende Nachlieferung mit den vertraglich geregelten Hilfsmitteln in jedem Versorgungsmonat frei Haus lückenlos sicher, so lange die Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.



(19) Der Versicherte kann jederzeit mit Wirkung zum nächsten Versorgungsmonat im Rahmen der Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) sein Wahlrecht unter den Vertragsteilnehmern ausüben. Abrechnungen über diesen Versorgungsmonat hinaus sind vom bisherigen Leistungserbringer dann nicht mehr möglich. In diesen Fällen kann vom folgenden Leistungserbringer nur eine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) und keine Erstversorgung beantragt werden.

## Anlage 2 – Preisvereinbarung

Für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und (Dienst-) Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibung gelten folgende Vergütungen, die sich um die gesetzliche Zuzahlungen verringern:

<b>Kinderversorgung (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)</b>						
<b>Positionsnummer</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Hilfsmittelkennzeichen</b>	<b>Genehmigungspflicht</b>	<b>Genehmigungszeitraum</b>	<b>Preis/Monat brutto</b>	<b>Zuzahlung**</b>
12.00.90.2001	Tracheostoma unbeatmet	08	Ja	2 Kalendermonate	650,00 €	0,00 €
12.00.90.2001	Tracheostoma unbeatmet	09	Ja	12 Kalendermonate*	520,00 €	0,00 €
12.00.90.2002	Tracheostoma beatmet	08	Ja	2 Kalendermonate	850,00 €	0,00 €
12.00.90.2002	Tracheostoma beatmet	09	Ja	12 Kalendermonate*	650,00 €	0,00 €
12.00.90.2003	Laryngektomie	08	Ja	2 Kalendermonate	600,00 €	0,00 €
12.00.90.2003	Laryngektomie	09	Ja	12 Kalendermonate*	550,00 €	0,00 €
<b>Versorgung nach Vollendung des 15. Lebensjahres</b>						
<b>Positionsnummer</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Hilfsmittelkennzeichen</b>	<b>Genehmigungspflicht</b>	<b>Genehmigungszeitraum</b>	<b>Preis/Monat Brutto</b>	<b>Zuzahlung**</b>
12.00.90.2004	Tracheostoma unbeatmet	08	Ja	2 Kalendermonate	575,00 €	10,00 €
12.00.90.2004	Tracheostoma unbeatmet	09	Ja	12 Kalendermonate*	400,00 €	10,00 €
12.00.90.2005	Tracheostoma beatmet	08	Ja	2 Kalendermonate	695,00 €	10,00 €
12.00.90.2005	Tracheostoma beatmet	09	Ja	12 Kalendermonate*	500,00 €	10,00 €
12.00.90.2006	Laryngektomie	08	Ja	2 Kalendermonate	500,00 €	10,00 €
12.00.90.2006	Laryngektomie	09	Ja	12 Kalendermonate*	350,00 €	10,00 €

\* Sofern nicht leistungs-, versicherungsrechtliche oder medizinische Gründe dagegen sprechen.

\*\* Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen.

Die Preise verstehen sich inklusive der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer (zur Zeit 19 %).

Die vereinbarten Preise gelten als Höchstpreise und schließen demzufolge die Vereinbarung niedrigerer Preise nicht aus.

### **Anlage 3 –Kostenvoranschlag**

(1) Die Übermittlung von Kostenvoranschlägen (KVA) ist auf elektronischem Weg vorzunehmen.

(2) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- Name, Anschrift und IK des Auftragnehmers
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer)
- Kennzeichen Hilfsmittel (im Rahmen dieses Vertrages sind lediglich die Hilfsmittelkennzeichen 08 und 09 zu verwenden)
- 10stellige Positionsnummer laut Preisvereinbarung (Anlage 2)
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung
- Leistungserbringergruppenschlüssel
- Beginn des (voraussichtlichen) Versorgungszeitraumes
- Ende des Versorgungszeitraumes
- Anzahl der Versorgungsmonate
- Einzelpreis (je Versorgungsmonat)
- Gesamtpreis

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

## **Anlage 4 – Abrechnungsregelung - Abrechnung nach § 302 SGB V**

### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

(1) Jede abgabeberechtigte Betriebsstätte verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der hkk verwendet. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Abgabeberechtigung unabhängiges, gesondertes IK beantragen. Besitzt der Leistungserbringer neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

(2) Das IK ist bei der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111 in 53757 St. Augustin zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie zum Beispiel Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die hkk oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(3) Das gegenüber der hkk verwendete IK ist der zuständigen Landesvertretung des vdek je Betriebsstätte beim Nachweis der fachlichen Qualifikation mitzuteilen. Abrechnungen mit der hkk erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK des Leistungserbringers ist in jeder Versorgungsanzeige, jedem Kostenvoranschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsanzeigen, Kostenvoranschläge und Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der hkk abgewiesen. Die unter dem gegenüber der hkk verwandten IK bei der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die hkk. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der hkk bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen, zum Beispiel wegen Pfändung, Insolvenz etc.

### **Abrechnungsregelung**

(1) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen „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)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.

(2) Die zuständigen Daten- und Belegannahmestellen sind den jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V zu entnehmen (siehe zum Beispiel „Kostenträgerdateien“ unter [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)).

(3) 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 nach § 2 Absatz 1 dieser Anlage bei der DDG - Deutsches Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH (DDG) anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.

(4) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer den vdek und die DDG unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Diesen Stellen ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle 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 dieser Anlage.

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.

(5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

(6) Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich, bis zum monatsletzten Werktag des auf die Durchführung der Versorgung bzw. auf die Genehmigung folgenden Monates, spätestens jedoch zwölf Monate nach der durchgeführten Versorgung, per Sammelabrechnung mit den benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen. Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei der DDG eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die hkk von ihrer Zahlungsverpflichtung.

(7) Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs- bzw. Abrechnungsrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der hkk benannte Stelle zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Ab-

rechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

(8) 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.

(9) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf den vereinbarten Formularen zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.

Anstelle der Auftragsauftragung auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf einem separaten Codierblatt übermittelt werden:

- Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen.
- Auf dem Codierblatt sind die Angaben vollständig aufzutragen.
- Die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
  - Codierblatt
  - Verordnung
  - gegebenenfalls andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung anzuliefern
- Die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden.

Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung, werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der hkk bzw. von der DDG zurückgewiesen werden.

(10) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei der DDG. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen bei der DDG.

(11) Die hkk bzw. die DDG ist berechtigt, die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung bzw. 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) Beanstandungen können von der hkk bzw. DDG innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der DDG. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des teilnehmenden Betriebes, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des teilnehmenden Betriebes verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung bzw. ein Vertragsverstoß des teilnehmenden Betriebes vor.

(13) Einsprüche gegen Beanstandungen können vom teilnehmenden Betrieb innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung bei der Abrechnungsstelle des teilnehmenden Betriebes. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches von der DDG zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

(14) Ergänzende Hinweise:

- Es ist nicht erforderlich, das Genehmigungsschreiben bzw. ein Ausdruck der Genehmigung eines elektronisch bewilligten Kostenvoranschlags einzureichen. Die Angabe der Genehmigungsnummer ist jedoch zwingend erforderlich. Bei der Abrechnung von genehmigungsfreien Folgepauschalen ist die Genehmigungsnummer der ursprünglichen Genehmigung anzugeben.
- Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln/Leistungen und bei Versorgungspauschalen ist der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes zu übermitteln (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“). Parallel ist dazu der Versorgungszeitraum in Monaten (Segment ZUH, Feld „Versorgungszeitraum“) anzugeben.
- In der Abrechnung ist der siebenstellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS) anzugeben, der im Genehmigungsschreiben bzw. im Genehmigungsdatensatz festgelegt ist. Bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln/Leistungen sind die 10-stellige (Hilfsmittel-)Positionsnummer, der Leistungserbringergruppenschlüssel sowie das Hilfsmittelkennzeichen entsprechend der vertraglichen Regelung anzugeben.
- Existiert kein Verordnungsdatum (Segment ZHI, Feld „Verordnungs-, Ausstell- oder Einsatzdatum“), ist dafür das Datum der Leistungserbringung bei der Abrechnung anzugeben.
- Den Vertragspartnern ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der hkk bleiben insofern unberührt.

## Anlage 5 – Erklärung zu Mehrkosten

### Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

#### Versicherter:

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

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

1. Von der Firma \_\_\_\_\_  
wurde mir eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten angeboten.
2. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht. Ich habe mich für folgende Versorgung entschieden (genaue Bezeichnung und Menge sowie Hersteller):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_, \_\_\_ EUR trage ausschließlich ich. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge anfallen können.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder Betreuers