



# Rahmenvertrag über die Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen der

Verband  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

Institutionskennzeichen: XXX XXX XXX

- nachfolgend Verband genannt -

für die teilnehmenden Betriebe

und der

hkk  
vertreten durch den Vorstand  
Martinistraße 26  
28195 Bremen

- nachfolgend hkk genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): XX XX XXX

## **Präambel**

Der Vertrag wird nach den Grundsätzen des § 127 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen. Der Verband schließt den Vertrag mit der hkk als Rahmenvertrag inklusive Anhängen und Anlagen. Er fungiert nicht als Leistungserbringer. Die einzelnen Verbandsmitglieder nehmen durch eine gesonderte Erklärung, die direkt an den Verband zu richten ist, an dem Vertrag als Leistungserbringer teil.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der hkk mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V gemäß den Anlagen dieses Vertrages.

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Anhang 1 – Regelungen zum Kostenvoranschlag
- Anhang 2 – Abrechnungsregelungen
- Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen (Produktgruppe 32)

(2) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.

## **§ 2 Vertragsteilnahme**

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden. Er ist zur Leistungserbringung nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet.

(2) Voraussetzung für die Vertragsteilnahme ist eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Eignung hat der Leistungserbringer grundsätzlich durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachzuweisen.

(3) Der Nachweis nach Absatz 2 ist von den Leistungserbringern gegenüber dem Verband zu führen. Der hkk ist der Nachweis nach Absatz 2 ausdrücklich nur auf Anforderung unverzüglich zu übermitteln.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, ausschließlich die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages abzugeben, für die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine gültige Präqualifizierung vorliegt. Endet die Präqualifizierung und wird keine unmittelbare Folge-Präqualifizierung erteilt, ist für eine erneute Versorgungsberechtigung ein erneuter Vertragsbeitritt erforderlich.

(5) Der Verband ist verpflichtet, die Leistungserbringer zu melden und die Meldungen aktuell zu halten. Der Verband hat selbstständig eine Vertragspartnerliste der

Leistungserbringer über den entsprechenden Leistungserbringergruppenschlüssel zu führen. Die Vertragspartnerliste ist von dem Verband regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Der Verband stellt sicher, dass die Leistungserbringer und deren Filialen bei der Aufnahme in die Teilnehmerliste die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind der hkk für den Einzelfall auf ihr Verlangen unverzüglich vorzulegen. Der Verband hat sicherzustellen, dass die Vertragsteilnehmer regelmäßig, spätestens jedoch alle 14 Tage, im Vertragsmanager der Firma medicomp eingespielt werden. Darüber hinaus sind die Kontaktdaten des Leistungserbringers sowie die Versorgungsgebiete für jeden Leistungserbringer durch den Verband auf der Plattform MIP-Hilfsmittel-Management unverzüglich zu melden und laufend zu pflegen.

(6) Die Leistungserbringer bestätigen schriftlich gegenüber dem Verband, dass sie den vorliegenden Vertrag mit den entsprechenden Anhängen sowie Anlagen gegen sich gelten lassen. Auf Wunsch der hkk sind diese unterzeichneten Bestätigungen vorzulegen.

(7) Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Verbandes und/oder der Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die vertraglichen Regelungen (zum Beispiel Zusammenschluss zweier Firmen) müssen der hkk umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

(8) Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei der hkk eingeht.

(9) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Website. Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei der hkk eingeht. Ist der Leistungserbringer Mitglied eines Verbandes, mit dem dieser Vertrag geschlossen wurde, ist der Vertragsbeitritt über den Verband und nicht in Form eines Einzelbeitrittes vorzunehmen.

### **§ 3 Geltungsbereich**

Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der hkk sowie aller betreuten Anspruchsberechtigten über den Fachhandel in Geschäftslokalen und – soweit erforderlich – sowohl im häuslichen Bereich als auch unter Beachtung der Maßgaben (Abgrenzungskatalog in der jeweils gültigen Fassung) der Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – im stationären Bereich (Pflegeheim) innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Erfasst von diesem Vertrag sind auch notwendige Versorgungen im Rahmen einer Krankenhausentlassung.

### **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten. 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 beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.

(2) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei einem Leistungserbringer 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.

(3) Der Leistungserbringer setzt zur unmittelbaren Versorgung und Beratung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein, das 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 und der Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum stellt der Leistungserbringer eine qualitätsgerechte Versorgung sicher. Produktspezifische Besonderheiten sind in den Anlagen geregelt.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich durch Fortbildungsmaßnahmen, mindestens 16 Stunden im Jahr, auf dem neuesten fachlichen Stand bewegt. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:

- Fachspezifische medizinische Fortbildung,
- Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
- Handhabung von neuen Produkten,
- Spezifische Fortbildungen, sofern in den Anlagen geregelt.

Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen hat der Leistungserbringer personenbezogen zu dokumentieren. Der Nachweis der fachspezifischen Fortbildung gilt auch dann als erfüllt, wenn der Leistungserbringer die Fortbildungsstunden im Rahmen einer gültigen Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 13485 nachweist. Diese Nachweise sind der hkk auf ihr Verlangen vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

Die Anforderungen gelten auch für externe Personen, die der Leistungserbringer zur produktbezogenen Beratung und Betreuung einsetzt.

(4) Die Mitarbeiter des Leistungserbringers, die mit dem Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.

(5) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ist während der gesamten

Laufzeit des Vertrages beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag sicherzustellen. Er hat die erforderlichen und geeigneten Geräte, Arbeitsmittel und Räumlichkeiten vorzuhalten, die eine fach- und fristgerechte Versorgung ermöglichen.

(6) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnis gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Kodex Medizinprodukte des Bundesverbandes Medizintechnologie e. V. in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.

(7) Es darf keine Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln abgelehnt werden, insbesondere nicht aus wirtschaftlichen Gründen. Ausgenommen hiervon sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse. Im Streitfalle hat der Leistungserbringer auf Basis vorgenannter Parameter gegenüber der hkk die Gründe für eine Ablehnung der Versorgung unverzüglich schriftlich nachzuweisen. Die hkk nimmt im Bedarfsfall Kontakt mit dem Verband auf. Dieser wird unterstützend tätig, um die Versorgung des Versicherten über ein anderes am Vertrag teilnehmendes Verbandsmitglied sicherzustellen. Eine Risikoselektion ist nicht zulässig und gilt als Vertragsverstoß gemäß § 13 dieses Vertrages.

(8) Die hkk kann die Qualität der Versorgungsleistungen in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Versichertenbefragungen, Betriebsstättenbesichtigungen oder andere geeignete Mittel, überprüfen. Die Betriebsstättenbesichtigung kann jederzeit innerhalb der üblichen Betriebszeiten unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Werktagen erfolgen. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zu den versorgungsrelevanten, technischen Bereichen der Betriebsstätte sowie unter Vorlage einer schriftlichen Einwilligungserklärung des Versicherten die Einsicht in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Die hkk kann zur Prüfung der leistungsrechtlichen medizinischen Voraussetzungen den Medizinischen Dienst hinzuziehen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(9) Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnis zu Lasten der hkk ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Originalverordnung (Muster 16). Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung aufgenommen wird. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraumes vertragskonform per Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des Eingangs des Kostenvoranschlags ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. 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 wird.

(10) 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 den Anlagen.

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 gemäß

§ 2 Absatz 2 SGB V entsprechend des Sachleistungsprinzips. Kosten, die vor Auftragserteilung entstehen, kann der Leistungserbringer grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei der hkk geltend machen. Privatrechtliche Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Versicherten, die darauf gerichtet sind, das gesetzliche Sachleistungsprinzip 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 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 für das Hilfsmittel durch die hkk tragen müsste, dürfen marktübliche Preise nicht überschreiten. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

(11) Rückfragen der hkk im Zusammenhang mit der Durchführung der vertraglichen Pflichten, die die Abgabe beziehungsweise Abrechnung von Leistungen betreffen, sind von dem Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

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

(1) Die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß den Anlagen dieses Vertrages regelt insbesondere folgende Dienst- und Lieferleistungen:

- eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,
- die Bedarfsfeststellung, die hilfsmittelbezogene Beratung der Versicherten einschließlich der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel und der gegebenenfalls notwendigen Erprobungsphase und die Einweisung der Versicherten in den sachgerechten Umgang im Gebrauch der Hilfsmittel, einschließlich der sachgerechten Pflege,
- Lieferung, Montage, Inbetriebnahme und Funktionsprüfung des Hilfsmittels,
- die Überlassung einer allgemeinverständlichen Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache. Diese ist im Bedarfsfall unter Verwendung der vom Hersteller bereitgestellten Dokumente in einem für blinde und sehbehinderte Versicherte geeigneten Format (zum Beispiel elektronisch) zur Verfügung zu stellen,
- Änderungen, Instandsetzungen und notwendige Ersatzbeschaffungen. Die Rechte der hkk bei Mängeln ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften.

Darüber hinaus gelten die vertraglichen Regelungen in den Anlagen.

(2) Bei der erstmaligen Belieferung sollte der Versicherte durch den Leistungserbringer im verstandenen Eigeninteresse darauf hingewiesen werden, dass

- der Versicherte verpflichtet ist, ärztliche Verordnungen, die im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Leistungen stehen nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Mehrfachversorgung werden die entstandenen Mehrkosten nicht von der hkk übernommen. Die so

entstandenen Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

- der Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren ist.

(3) Es gelten die Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung, gegebenenfalls in Verbindung mit den ergänzenden Ausführungen der Anhänge.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Versorgung nach Absatz 1 zu den Konditionen sicherzustellen, wie sie in den Anlagen vereinbart wurden. In Abzug zu bringen sind gegebenenfalls lediglich die gesetzliche Zuzahlung und der Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens gemäß der jeweils aktuellen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, soweit in den Anlagen zu diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

(5) Der Leistungserbringer stellt grundsätzlich eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sicher. Wählt der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Mehrkosten können dem Versicherten grundsätzlich nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten eine hinreichende Anzahl an Hilfsmitteln mehrkostenfrei angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählt beziehungsweise eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Ergänzende oder abweichende Regelungen können sich aus den produktspezifischen Anlagen zu diesem Vertrag ergeben.

(6) Im Falle der Genehmigungspflicht ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Versicherten darauf hinzuweisen, dass eine Versorgung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt. Wünscht der Versicherte eine Versorgung, bevor die Genehmigung durch die Krankenkasse erteilt wurde, so ist er schriftlich darauf hinzuweisen, dass er die Kosten beziehungsweise Mehrkosten der Selbstbeschaffung trägt, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme ganz oder teilweise ablehnt.

## **§ 6 Versorgungsablauf**

(1) Nach Vorlage der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten oder die hkk und anschließender Bedarfsfeststellung (inklusive Erstberatung) durch den Leistungserbringer, erstellt der Leistungserbringer unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, einen Kostenvoranschlag gemäß Anhang 1 dieses Vertrages zur Genehmigung, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wurde.

(2) Leitet die hkk dem Leistungserbringer eine Verordnung weiter, ist dieser verpflichtet, innerhalb von 48 Stunden Kontakt mit dem Versicherten aufzunehmen, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag.

(3) Die hkk prüft die eingereichten Unterlagen und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung. Im Falle einer Genehmigung

(Kostenübernahmeerklärung) erteilt die hkk den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der hkk entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den vertraglichen Bestimmungen zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten. Sofern für die Versorgung mehrere gleichartige Produkte geeignet sind, wählt der Leistungserbringer vorrangig das wirtschaftlichste Produkt, für welches ein Vertragspreis vereinbart worden ist. Die hkk ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist beziehungsweise die Versorgung nicht zum Vertragspreis angeboten wird. § 7 Absatz 9 des Rahmenvertrages ist entsprechend zu berücksichtigen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der Kostenzusage (bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln gilt der Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer) sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Endet die 48 Stunden-Frist auf einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist die Versorgung spätestens am darauffolgenden Werktag sicherzustellen. Gleiches gilt für erforderliche Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Fertigstellungszeitpunkt beziehungsweise zum Reparaturzeitpunkt, ist unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen zulässig. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht in der Frist gemäß Satz 1 beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels zur Verfügung. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für individuell handwerklich gefertigte Produkte, Produkte mit individueller handwerklicher Zurichtung oder körpernahe nicht wiederverwendbare Hilfsmittel.

(6) 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. Bürgerliches Gesetzbuch (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.

(7) Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen. Name, Anschrift, E-Mail-Adresse 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



beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag 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 (Auswahl, Anzahl und Lieferung des Hilfsmittels) 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 für „Sonstige Medizinprodukte“) in der jeweils gültigen Fassung beziehungsweise der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) 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) sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen, entsprechen. Gegebenenfalls darüber hinaus gehende produktspezifische Anforderungen an die Leistung sind in den Anlagen sowie Anhängen des Vertrages geregelt. Es dürfen nur Produkte mit einem CE-Kennzeichen nach dem MPG beziehungsweise der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zum Einsatz kommen. Bei Sonderanfertigungen wird auf die CE-Kennzeichnung verzichtet. Der hkk ist in diesem Fall auf Anforderung unverzüglich eine Konformitätserklärung vorzulegen. Es kommen ausschließlich im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte für die Versorgung in Betracht.

(5) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung bindend, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder die Listung eines Produktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist. Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis kommt grundsätzlich nur eine Abgabe von im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten in Betracht.

Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr nach diesem Vertrag abgegeben werden.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Entsprechend § 139 Absatz 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nummer 1 MPG der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt gleichermaßen für die Zubehöre im Sinne des § 3 Nummer 9 MPG.

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

- Er übernimmt produktartunabhängig für alle in den Anlagen dieses Rahmenvertrages geregelten Medizinprodukte sofern zutreffend die Einweisung und Instandhaltung nach Vorgaben des Herstellers. Die Vergütung für notwendige Instandhaltungsmaßnahmen ergibt sich aus den maßgeblichen Produkthanlagen.
- Darüber hinaus übernimmt der Leistungserbringer bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte die Dokumentation der Einweisung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV).
- Für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV übernimmt der Leistungserbringer zusätzlich das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) sowie die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV), alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Unter Beachtung von Herstellerangaben und gegebenenfalls kassenseitig vorliegender Informationen und Erkenntnissen, können kürzere Intervalle sachgerecht sein.
- Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen.

(7) Ist der Leistungserbringer aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die genannten Aufgaben durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der hkk anzuzeigen. Die Anzeige soll erst dann erfolgen, wenn der Leistungserbringer den Versicherten zuvor trotz mehrfacher Versuche innerhalb von drei Wochen nicht erreichen/antreffen konnte. Die Dokumentation ist der hkk unverzüglich nach letztmaligem Kontaktversuch zu übermitteln. Eine Haftung des Leistungserbringers wegen nicht fristgerechter Erfüllung der betroffenen Aufgabe ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Die hkk stellt die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zur Verfügung und wirkt erforderlichenfalls bei fehlender Mitwirkung des Versicherten im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf diesen ein.

(8) Hilfsmittel sind, sofern erforderlich, nach Maßgabe der Vorschriften des MPG zu kennzeichnen. Handwerklich individuell gefertigte Leistungen sind dauerhaft und lesbar mit Angabe des Monats und des Jahres der Abgabe zu kennzeichnen.

(9) 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 10-stelligen 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 Medizinischen Dienst gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt erforderlich ist.

Die Auswahl des konkreten Produktes zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung obliegt dem Leistungserbringer. Die abschließende Entscheidung über die leistungsrechtliche Gewährung der getroffenen Auswahl des Produkts trifft die hkk, gegebenenfalls auf der Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes.

### **§ 8 Kostenvoranschlag**

Die Anhang 1 regelt die Inhalte des Kostenvoranschlags.

### **§ 9 Abrechnungsregelung**

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in Anhang 2 geregelt.

### **§ 10 Vergütung**

(1) Die Vergütung der Leistungen ergibt sich aus den Anlagen zu dieser Vereinbarung. Sie erfolgt grundsätzlich auf Basis von vereinbarten Vertragspreisen. Es steht dem Leistungserbringer frei, Angebote/Abrechnungen unterhalb der dort geregelten Konditionen einzureichen.

(2) Die Sicherstellung der Regelungen in Anhang 1 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 in Anhang 1 Absatz 1 Satz 1 dieses Rahmenvertrages nicht sicher, so vermindert sich die Vergütung für die betroffene Versorgung um einen Abschlag von 5,00 Euro (netto) je Kostenvoranschlag.

(3) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils mindestens auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der hkk, soweit diese erforderlich ist, und der Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss der Versorgung. Der Versicherte beziehungsweise ein Bevollmächtigter hat die Abgabe der bedarfs- und fachgerechten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen.

(4) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzuziehen und kostenfrei zu quittieren. Dies gilt ebenso für den Eigenanteil. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten ist nicht Bestandteil dieses Vertrages und darf weder gefordert noch angenommen werden. Hiervon ausgenommen sind Regelungen nach § 5 Absatz 5 und 6.

(5) Mit der Zahlung des vereinbarten Vertragspreises sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.

(6) Nachträgliche Änderungen an einem Produkt können nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden und nicht durch die in den Anlagen geregelten Vergütungen abgedeckt sind. Die produktspezifischen Anlagen sind zu berücksichtigen.

## **§ 11 Beratung der Versicherten und Dokumentation**

(1) Der Leistungserbringer ist nach § 127 Absatz 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihm gegebenenfalls im Einzelfall zu tragenden Mehrkosten zu informieren.

(2) Im Rahmen seiner Beratungspflicht nach § 127 Absatz 5 SGB V ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Er hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln je Produktart vorzustellen und anzubieten, sofern das Hilfsmittelverzeichnis eine hierfür ausreichende Anzahl an Produkten listet. Abweichendes ist in den produktspezifischen Anlagen geregelt. Die mehrkostenfrei angebotenen Produkte müssen sich indikationsgerecht an der vertragsärztlichen Verordnung orientieren, sie müssen den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und sie müssen für die individuellen Versorgungsanforderungen ausreichend und zweckmäßig sein. Mehrkosten können dem Versicherten nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten eine hinreichende Anzahl mehrkostenfrei angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählt beziehungsweise eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Es gelten die Regelungen gemäß § 5 Absatz 5 des Rahmenvertrages.

(3) Der Leistungserbringer hat die Durchführung der Beratung und gegebenenfalls die Mehrkosteninformation schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall der telefonischen Beratung verzichtet die hkk auf eine Unterschrift. 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 Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer hat die Beratungsdokumentation und gegebenenfalls die Dokumentation der Mehrkosteninformation im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren und auf Anforderung der hkk zu Prüfzwecken im hierfür maßgeblichen Umfang vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend. Dem Versicherten ist ein Exemplar der Dokumentation der Beratung und Mehrkosteninformation auszuhändigen.

## **§ 12 Wettbewerb und Werbung**

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen zu beschränken und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der hkk beziehen. Die Auslage von Werbematerialien mit dem Ziel der einseitigen Beeinflussung der Versicherten in den Arztpraxen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder sonstigen Einrichtungen ist unzulässig.

(2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung beziehungsweise Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig, ausgenommen gesetzlicher Verpflichtungen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch die Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig.

(3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig.

(4) Die Unterhaltung von Produktdepots sowie der Vertrieb von Hilfsmitteln in Arztpraxen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder sonstigen Einrichtungen durch die Leistungserbringer ist nicht zulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden beziehungsweise die eine spezielle ärztliche (Therapie)-Einweisung mit anschließender ärztlicher Kontrolle erfordern. Für die Versorgung im Rahmen von Notfällen sind die Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V (Hilfsmittelabgabe über Depots) in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

(5) Zulässig sind Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten und teilkonfektionierten Produkten in der Praxis des Arztes und stationären Einrichtungen durch die Leistungserbringer, nachdem das Produkt in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde. Voraussetzung ist, dass die Anpassung in der Arztpraxis vom Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich gehalten wird.

(6) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 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) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht nach, ist die hkk berechtigt, dem Leistungserbringer eine angemessene Frist zur Auftragserfüllung zu setzen. Sofern der Auftrag nach Fristablauf nicht erfüllt ist, hat die hkk nur im Einverständnis mit dem Versicherten das Recht, den Auftrag zu entziehen und einen anderen Vertragspartner zu beauftragen. Bereits entstandene oder abgerechnete Kosten sind vom Leistungserbringer unverzüglich zu erstatten.

(3) Besteht Uneinigkeit darüber, ob die Versorgung den vertraglichen Anforderungen entspricht, kann die hkk diese in der ihr geeignet erscheinenden Form, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst (§ 275 Absatz 3 SGB V), überprüfen. Handelt es sich ausschließlich um handwerkliche oder technische Fragen, kann sowohl die hkk als auch der Leistungserbringer geeignete Stellen (zum Beispiel Handwerkskammern, Schiedsstellen der Innungen oder vereidigte Sachverständige) hinzuziehen.

(4) Verstöße gegen diesen Vertrag werden abgemahnt und können im Wiederholungsfall auf Grund gleich gearteter Vertragsverletzung zur fristlosen Kündigung des bestehenden Vertragsverhältnisses führen. Als Vertragsverstoß gilt auch die wiederholte nicht vertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen.

(5) Schwerwiegende Vertragsverstöße, wie zum Beispiel:

- die Berechnung vorsätzlich nicht erbrachter Leistungen,
- die genehmigungsfreie Abrechnung einer Leistung, die gemäß Anlage 1 dieses Vertrages genehmigungspflichtig geregelt ist (Zuwiderhandlung gegen die Genehmigungspflicht nach diesem Vertrag),
- eine Zuwiderhandlung gegen die Regelungen in § 12 des Rahmenvertrages,
- vom Leistungserbringer zu vertretende vorsätzliche und grob fahrlässig verursachte Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung der Gesundheit des Versicherten zur Folge haben,
- eine Zuwiderhandlung beziehungsweise Unterlassung der Regelungen in § 7 Absatz 6 des Rahmenvertrages,
- die nicht unverzügliche Mitteilung bei Wegfall von Voraussetzungen gemäß § 4 des Rahmenvertrages an die hkk,
- die nicht aktive Information über Veränderungen oder den Wegfall von Voraussetzungen im Sinne des Vertrages,
- schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 16 des Rahmenvertrages,
- schwerer Verstoß gegen die Beratungspflicht zur mehrkostenfreien Versorgung gemäß § 11 des Rahmenvertrages,
- sonstige schwerwiegende Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages

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

(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 Verband oder der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die hkk Vertragsstrafen verhängen, die bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen eine Zahlungsverpflichtung des Verbandes oder Leistungserbringers begründen. Dabei gilt für jeden Einzelfall und für die Gesamtbemessung der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

(2) Die hkk kann für jeden Einzelfall eines nach Abmahnung erfolgten wiederholten Vertragsverstoßes auf Grund gleich gearteter Vertragsverletzung oder eines schwerwiegenden Vertragsverstoßes eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 3.000,00 Euro festsetzen. Zusätzlich zur Vertragsstrafe ist der hkk der tatsächlich entstandene Schaden und der dadurch zusätzlich verursachte Aufwand zu ersetzen.

(3) Verletzt der Verband beziehungsweise Leistungserbringer gravierende Pflichten dieses Vertrages, wie zum Beispiel:

- Der Verband die Pflicht gemäß § 2 des Rahmenvertrages die Vertragsdaten im MIP-System regelmäßig fortzuschreiben und aktuell zu halten,
- Der Leistungserbringer seine vertragliche Verpflichtung gemäß § 11 des Rahmenvertrages, die Inhalte der Beratung zu dokumentieren und der hkk auf Anforderung zu übermitteln,

verwirkt der Verband beziehungsweise der Leistungserbringer für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 500,00 Euro.

(4) Die hkk kann 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 festsetzen (Antikorruptionsklausel). Strafbares Handeln sind insbesondere Betrug (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)), Submissionsabsprachen (§ 298 StGB), Vorteilsgewährung (§ 333 StGB), Bestechung (§ 334 StGB) sowie Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB).

(5) 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 eines Insolvenzantrages sowie über die Ablehnung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

(2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der hkk unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die hkk zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind, in Papierform oder in elektronischer Form zur Verfügung. Die

datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

(3) Der Verband unterstützt die hkk bei der Fortführung beziehungsweise Weiterführung der Versorgung im Falle eines Insolvenzverfahrens ihrer Mitgliedsbetriebe (Leistungserbringer) im rechtlich zulässigen Rahmen.

## **§ 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 verpflichtet sich hinsichtlich der für die jeweilige Versorgung erlangten Patienten- und Versichertendaten (Sozialdaten) neben der Beachtung vorgenannter gesetzlicher Regelungen zur Verschwiegenheit. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst 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, Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung.

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme beziehungsweise Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten



beziehungsweise einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Abweichende Regelungen ergeben sich aus den produktspezifischen Anlagen. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß den gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig. Es gelten für Gewährleistungsansprüche die gesetzlichen Verjährungsfristen.

(3) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm, seinen Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen und auf ein Verschulden des Betriebes zurückzuführen sind. Es gelten insoweit die gesetzlichen Bestimmungen. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG) bleibt unberührt.

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

(5) 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.

(6) 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) Der Vertrag tritt am 01.04.2021 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.

(2) Maßgeblich für die Hilfsmittelversorgung nach diesem Vertrag ist das Verordnungsdatum.

(3) Dieser Vertrag und seine Anlagen sowie Anhänge können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.03.2024 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein.

(4) Die Leistungserbringer können mit einer Ankündigungsfrist von vier Wochen ihre Teilnahme am Vertrag gegenüber dem Verband für beendet erklären, frühestens zum 31.03.2024. Eine Kündigung, die gegenüber einem Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer. Soweit die Kündigung des Vertrages durch den Verband oder gegenüber dem Verband erklärt wird, verlieren gleichzeitig sämtliche auf diesem Rahmenvertrag gründende Beitritte der Mitgliedsbetriebe des Verbandes ihre Rechtswirkung.

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

(6) Die Vertragsparteien verständigen sich, bei Fortschreibung der in den Anlagen dieses Vertrages vereinbarten Hilfsmittel, zeitnah gemeinsam die Notwendigkeit der Vertragsanpassung zu überprüfen. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie seiner Anhänge und Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Verbandes oder des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil dieses Vertrages.

(7) Die Vertragspartner nehmen ein Jahr nach Inkrafttreten des Vertrages Gespräche auf, mit dem Ziel, die Grundlagen für gemeinsame Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf Basis der in diesem Vertrag geregelten Versorgungsanforderungen zu schaffen. Ziel ist es, verbindliche Anforderungen zu schaffen, um die Versorgungsqualität nach diesem Vertrag insgesamt sowie im Einzelfall einer Versorgung nachprüfbar darzustellen und für die Vertragspartner eine weitest mögliche Transparenz unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen herzustellen, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.

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

\_\_\_\_\_  
Verband

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

\_\_\_\_\_  
hkk

## **Anhang 1 – Regelungen zum Kostenvoranschlag**

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

medicomp  
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH  
Hohelooogstraße 14  
67065 Ludwigshafen

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für die Nutzung des Datenaustausches sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu regeln.

(2) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringer,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),
- Hilfsmittelkennzeichen (entsprechend der Anlagen),
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (entsprechend der Anlagen),
- gegebenenfalls 10-stellige Produktbesonderheit (entsprechend der Anlagen),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- Leistungserbringergruppenschlüssel,
- Angabe des Versorgungszeitraumes (entsprechend der Anlagen bei Hilfsmittelkennzeichen 08 sowie 09),
- Menge,
- Angabe des Merkmals Seite (rechts, links, beidseitig),
- Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,
- Verordnungsdatum,
- Operationsdatum bei im Vorfeld erfolgter Operation im Feld „OP-Datum“ sowie
- Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

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

(4) Reicht der Leistungserbringer für ein in den Anlagen genehmigungsfrei geregeltes Hilfsmittel einen Kostenvorschlag ein, gilt für die Abrechnung ausschließlich die von der hkk ausgestellte Genehmigung vorbehaltlich der nachgelagerten Abrechnungsprüfung. Die erteilte Genehmigungsnummer ist für den maßgeblichen Versorgungsfall zwingend bei der Abrechnung anzugeben. Die hkk behält sich bei wiederholter nicht vertragskonformer Einreichung weitere Schritte gemäß §§ 13 und 14 des Rahmenvertrages vor.

(5) Die hkk behält sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvorschlägen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvorschläge einschließlich der eingereichten Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden. Die Regelungen dieses Anhangs sowie der Anlagen sind entsprechend zu berücksichtigen.

## Anhang 2 – Abrechnungsregelungen

(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 Entbindungspflegern (§ 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 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 (IK), 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:

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

- Verordnungsdatum entsprechend § 2 Absatz 8 der Anlage 1,
- 10-stellige Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer),
- siebenstelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
- Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
- Angabe des Operationsdatums (OP:TT.MM.JJJJ) beziehungsweise des Entlassungsdatums (ED:TT.MM.JJJJ) im Segment TXT, sofern es sich gemäß der Anlage 1 um eine postoperative Versorgung handelt,
- Spezifikation Anwendungsort,
- Hilfsmittelkennzeichen,
- Menge der abgegebenen Leistung,
- Rechnungsnummer,
- Bruttowert der Verordnung,
- gegebenenfalls eingezogener Zuzahlungsbetrag und Mehrkosten,
- Mehrwertsteuer (gesetzliche Umsatzsteuer),
- von der hkk vergebene Genehmigungsnummer (ohne Ausdruck der Genehmigung),
- Datum der Leistungserbringung entsprechend der Empfangsbestätigung,
- Versorgungszeitraum (der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes sind in Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“ zu übermitteln (Angabe von JJJJMMTT – JJJJMMTT)),
- Angabe der Belegnummer der von der hkk benannten Stelle bei Nachberechnung aufgrund von Berichtigungen.

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn das Ausstellungsdatum der Verordnung nach dem angegebenen Leistungszeitpunkt liegt.

Die Daten aus der Genehmigung müssen zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen.

(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 Leistungen erbracht worden sind, 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. In diesem Fall können der hkk und dem Versicherten keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

(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.

(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. Hat der Leistungserbringer die Abrechnung an ein Abrechnungszentrum übertragen, ist abweichend von Satz 1 ausschließlich dieses Abrechnungszentrum Ansprechpartner zur Klärung von Abrechnungen und Differenzen.

(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 Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

## **Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen (Produktgruppe 32)**

### **Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): XX XX XXX**

#### **§ 1 Leistungsbeschreibung**

(1) Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen (CPM-Bewegungsschienen) zur kurzzeitigen Anwendung sind fremdkraftbetriebene Bewegungsapparate zur kontinuierlichen, programmierten, passiven Bewegung von Gelenken. Es erfolgt eine frühfunktionelle, zeitlich festgelegte, definierte postoperative Durchbewegung von Gelenken mit festgelegten Bewegungsausmaßen und -zeiten und festgelegter Bewegungsrichtung nach ärztlicher Festlegung (Bewegungsparameter).

Der Leistungserbringer nimmt auf Grundlage der von dem Arzt vorgegebenen Behandlungsparameter (Bewegungsumfang, Bewegungsgeschwindigkeit, Wiederholfrequenz, Pausen, tägliche Behandlungsdauer sowie Gesamtdauer der Behandlung) die technischen Einstellungen und gerätebezogenen Einweisungen vor.

Die Anwendung von CPM-Bewegungsschienen bedarf fortlaufender regelmäßiger ärztlicher Kontrollen des medizinischen Befundes (Komplikationen, sachgerechte Anwendung) und gegebenenfalls einer Anpassung des Behandlungsregimes.

Die Anwendung von fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten kommt in Betracht, wenn die Erkrankung eine kontinuierliche Behandlung mit Maßnahmen der Physiotherapie oder Maßnahmen der Ergotherapie gemäß geltender Heilmittel-Richtlinie des G-BA erfordert und das Gerät die Maßnahmen therapeutisch sinnvoll ergänzt. Ziel der Behandlungsmaßnahmen sind der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der Bewegungsfunktionen der betroffenen Extremitäten.

(2) Eine postoperative Versorgung im Sinne dieses Vertrages liegt vor, wenn die Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene spätestens 7 Tage nach erfolgter Operation beziehungsweise 3 Tage nach Entlassung aus der stationären Einrichtung begonnen wird.

(3) Wird die Versorgung nicht innerhalb des definierten Zeitraumes für die postoperative Versorgung aufgenommen oder soll eine Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene ohne vorherigen operativen Verlauf erfolgen, handelt es sich um eine sogenannte konservative Versorgung im Sinne dieses Vertrages.

#### **§ 2 Liefervoraussetzungen**

(1) Vor Beginn der Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen, ist der Versicherte gemäß § 11 des Rahmenvertrages zu beraten. Das Beratungs- und Informationsgespräch umfasst die Anleitung des Versicherten und/oder seiner Betreuung beziehungsweise Pflegeperson zur eigenständigen Anwendung, das Erkennen und Vermeiden von Komplikationen, sowie die Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden

Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen. Beratung, Einweisung und Lieferung erfolgen grundsätzlich nach vorheriger Terminvereinbarung mit dem Versicherten oder dessen Vertreter. Die Möglichkeit der präoperativen Einweisung in die Handhabung der fremdkraftbetriebenen Bewegungsschiene sollte vor allem bei ambulanten Operationen genutzt werden. Andernfalls erfolgt die Beratung postoperativ beziehungsweise während des stationären Aufenthaltes. Im Falle einer konservativen Versorgung ohne vorangegangene Operation, erfolgt die Beratung unmittelbar vor Einsatz der Bewegungsschiene.

(2) Neben den in § 4 des Rahmenvertrages beschriebenen personellen Anforderungen sind für die fachliche Beratung und Betreuung der Versicherten nach diesem Vertrag im Unternehmen zu beschäftigen:

- staatlich anerkannter Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger oder staatlich anerkannte examinierte Pflegefachkraft mit dreijähriger Ausbildung jeweils mit einschlägiger Berufserfahrung im klinischen und/oder außerklinischen Bereich oder
- Medizintechniker, Reha-Berater, Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten und
- Medizinprodukteberater im Sinne der gesetzlichen Vorschriften.

(3) Vor der Abgabe der fremdkraftbetriebenen Bewegungsschiene ist eine Erprobung durchzuführen.

(4) Die hkk verzichtet auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages gemäß § 6 des Rahmenvertrages, wenn es sich gemäß § 1 Absatz 2 dieser Anlage bei der Versorgung mit einer Knie- oder Schulterbewegungsschiene um eine postoperative Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) handelt.

Für die erste Verlängerung (5. und 6. Woche) bei postoperativer Versorgung mit einer Knie- oder Schulterbewegungsschiene (Hilfsmittelkennzeichen 09) verzichtet die hkk ebenfalls auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages gemäß § 6 des Rahmenvertrages. Die genehmigungsfreie postoperative Versorgung endet somit spätestens 7 Wochen nach erfolgter Operation.

Für alle weiteren Verlängerungen ist der hkk ein vertragskonformer Kostenvoranschlag einzureichen. Der Leistungserbringer hat in jedem Fall zu überprüfen, ob die weitere medizinische Notwendigkeit besteht und das Hilfsmittel durch den Versicherten weiterhin genutzt wird.

In der Abrechnung der genehmigungsfreien postoperativen Versorgungen (Erstversorgung sowie Folgeversorgung der ersten Verlängerung) ist im Segment TXT zwingend das Operationsdatum (OP:TT.MM.JJJJ) beziehungsweise das Entlassungsdatum (ED:TT.MM.JJJJ) anzuführen (siehe Absatz 5 des Anhangs 2).

(5) Der hkk ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag einzureichen, sofern es sich um eine konservative Versorgung mit einer Knie- oder Schulterbewegungsschiene des Versicherten gemäß § 1 Absatz 3 dieser Anlage handelt.

(6) Für die Erst- und die Folgevergütungspauschalen sind jeweils separate vertragsärztliche Verordnungen gemäß § 4 Absatz 9 des Rahmenvertrages erforderlich.

Erfolgte im Vorfeld der Versorgung mit einer fremdkraftbetriebenen Bewegungsschiene eine Operation, ist das Operationsdatum im Kostenvoranschlag im Feld „OP-Datum“ in den Verordnungsdaten (siehe Absatz 2 des Anhangs 1) im Kostenvoranschlag anzugeben.

Bei Einreichung eines Kostenvoranschlages für die Versorgung mit einer Folgevergütungspauschale (Hilfsmittelkennzeichen 09), sind der hkk die vertragsärztlichen Unterlagen der Vorversorgung(en) (Erstversorgungen sowie gegebenenfalls genehmigungsfrei abrechenbare Folgeversorgungen) zur Prüfung beizufügen.

### **§ 3 Leistungsvergütung**

- (1) Die nachstehenden angegebenen Preise sind Nettopreise zuzüglich Umsatzsteuer.
- (2) Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Versicherten der hkk abzuziehen.
- (3) Für von dieser Vereinbarung nicht erfasste Produktarten gilt eine generelle Verpflichtung zum Einreichen eines Kostenvoranschlages.

### § 4 Preisvereinbarung

- (1) Die Preise für eine **postoperative Versorgung mit einer Knie- oder Schulterbewegungsschiene** gemäß § 1 Absatz 2 dieser Anlage ergeben sich aus der Preisliste:

Hilfsmittel-positionsnummer	Produkt-besonderheit	Bezeichnung	Hilfsmittel-kennzeichen	Nettopreis	Umsatzsteuer*	Genehmigungspflicht/-freiheit
32.04.01.0XXX	3200000000	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene, Postoperative Erstversorgung, 4 Wochen	08	274,00 €	v	genehmigungsfrei
32.04.01.0XXX	3200000001	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene, Postoperative Versorgung, 1. Verlängerung (5. und 6. Woche)	09	125,00 €	v	genehmigungsfrei
32.04.01.0XXX	3200000002	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene, Postoperative Versorgung, jede weitere Verlängerung (ab 7. Woche)	09	62,50 €	v	genehmigungspflichtig
32.09.01.0XXX	3200000000	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene, Postoperative Erstversorgung, 4 Wochen	08	345,00 €	v	genehmigungsfrei
32.09.01.0XXX	3200000001	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene, Postoperative Versorgung, 1. Verlängerung (5. und 6. Woche)	09	166,20 €	v	genehmigungsfrei
32.09.01.0XXX	3200000002	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene, Postoperative Versorgung, jede weitere Verlängerung (ab 7. Woche)	09	83,10 €	v	genehmigungspflichtig

\*Gesetzliche Umsatzsteuer (v = voller Umsatzsteuersatz; e = ermäßigter Umsatzsteuersatz gemäß Umsatzsteuergesetz)

(2) Die Preise für eine **konservative Versorgung mit einer Knie- oder Schulterbewegungsschiene** gemäß § 1 Absatz 3 dieser Anlage ergeben sich aus der Preisliste:

Hilfsmittel-positionsnummer	Produkt-besonderheit	Bezeichnung	Hilfsmittel-kennzeichen	Netto-preis	Umsatz-steuer*	Genehmigungs-pflicht/-freiheit
32.04.01.0XXX		Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene, Konservative Erstversorgung, 4 Wochen	08	274,00 €	v	genehmigungspflichtig
32.04.01.0XXX		Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene, Konservative Versorgung, je Verlängerungswoche	09	62,50 €	v	genehmigungspflichtig
32.09.01.0XXX		Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene, Konservative Erstversorgung, 4 Wochen	08	345,00 €	v	genehmigungspflichtig
32.09.01.0XXX		Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene, Konservative Versorgung, je Verlängerungswoche	09	83,10 €	v	genehmigungspflichtig

\*Gesetzliche Umsatzsteuer (v = voller Umsatzsteuersatz; e = ermäßigter Umsatzsteuersatz gemäß Umsatzsteuergesetz)

(3) Die Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08 – Vergütungspauschale) kann je Versorgungsfall nur einmal abgerechnet werden. Ein Austausch des Hilfsmittels begründet keinen neuen Anspruch auf eine Erst- oder Folgevergütungspauschale.

(4) Die Folgevergütungspauschale (Hilfsmittelkennzeichen 09) gilt für die Fortführung einer Versorgung im Anschluss an eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08), sofern weiterhin eine medizinische Notwendigkeit zur Nutzung der Bewegungsschiene gegeben ist.

(5) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der gelieferten Hilfsmittel.

(6) Mit der in Absatz 1 und 2 aufgeführten Vergütung sind alle Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen der Versorgung mit einer fremdkraftbetriebenen Bewegungsschiene inklusive Zubehör abgegolten.