

# Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung

gem. § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen

XXX  
XXX  
XXX

Institutionskennzeichen XXX XXX XXX

- 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 der Versicherten der hkk mit Elektrostimulationsgeräten und elektronischen Messsystemen der Beckenbodenmuskelaktivität auf der Basis von Versorgungspauschalen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland für die Hilfsmittel der in der Anlage 2 benannten Produktuntergruppen bzw. Produktarten.

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Vertrag sowie
- folgende Anlagen:

Anlage 1 Leistungsbeschreibung

Anlage 2 Preisvereinbarungen

Anlage 3 Kostenvoranschlag

Anlage 4 Abrechnungsregelung – Abrechnung nach § 302 SGB V

Anlage 5 Beitrittserklärung

Anlage 6 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 zuvor geltenden Vertrag bereits versorgt worden sind und für die nach Ablauf des bisherigen Versorgungszeitraumes ein weiterer Versorgungszeitraum beantragt wird.

## **§ 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 gem. § 127 Abs. 2a SGB V beitreten.

(3) Der Leistungserbringer stellt der hkk vor oder spätestens mit Beginn des Vertrages bzw. des Vertragsbeitritts eine tabellarische Übersicht zur Verfügung, in der sämtliche Filialen und Niederlassungen des Leistungserbringers aufgelistet sind. Die Übersicht ist im MS Excel-Format entsprechend der in Anlage 5, Seite 2, beschriebenen Datenstruktur zu erstellen. Der Leistungserbringer informiert die hkk unverzüglich über organisatori-

sche und strukturelle Änderungen bei seinen Filialen und Niederlassungen sowie den Wegfall der Eignung zur Hilfsmittelabgabe für vertraglich geregelte Produktgruppen in Form einer aktualisierten Teilnehmerliste, wobei die Änderungen durch Hervorhebungen (bspw. Fettdruck, farbliche Markierung) zu kennzeichnen sind. Die Filialen und Niederlassungen des Leistungserbringers sind frühestens ab dem Zugang der Meldung zur Hilfsmittelversorgung berechtigt.

(4) Einkaufs-/Leistungs-/Anbiertergemeinschaften, die an diesem Vertrag teilnehmen, haben der hkk vor oder spätestens mit Beginn des Vertrages bzw. des Vertragsbeitritts eine Vertragspartnerliste der teilnehmenden Betriebe im MS Excel-Format per E-Mail zu übermitteln. Dabei ist der Leistungserbringergruppenschlüssel anzugeben. Die Vertragspartnerliste 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 (bspw. Fettdruck, farbliche Markierung) zu kennzeichnen.

Die Einkaufs-/Leistungs-/Anbiertergemeinschaft 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 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 126 Abs. 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 Hilfsmittel.
- (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) 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.
- (8) Die hkk kann die Qualität der Versorgungen in geeigneter Weise, bspw. 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.
- (9) 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.
- (10) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen ist der hkk vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und ggf. 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 vor-

liegenden Hilfsmittellieferungsvertrages entsprechen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

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

(1) Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V sind im Unternehmen und in den Betriebsstätten zu berücksichtigen.

(2) Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt. Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und den Hilfsmittelrichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit bzw. über den gesamten Versorgungszeitraum hält der Leistungserbringer eine angemessene Anzahl von Mitarbeitern für die qualitätsgerechte Versorgung vor.

(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.

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

(1) Der Leistungserbringer stellt die Versorgung mit dem genehmigten Hilfsmittel wie in der Anlage 1 beschrieben während des Versorgungszeitraumes sicher.

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

#### **§ 6 Versorgungsablauf**

(1) Die folgenden Sachverhalte gelten sofern in der Anlage 2 nicht andere Sachverhalte geregelt sind.

(2) Der Leistungserbringer nimmt, sofern notwendig, innerhalb von 24 Stunden, spätestens jedoch am nächsten Werktag, nach dem er die Verordnung erhalten hat, Kontakt mit dem Versicherten bzw. dem verordnenden Arzt auf und nimmt eine Bedarfsfeststellung vor.

(3) Nach Abschluss der Bedarfsfeststellung übermittelt der Leistungserbringer der hkk unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 72 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, den Kostenvoranschlag sowie die weiteren erforderlichen Unterlagen.

(4) 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.

(5) 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.

(6) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (bspw. Betreuer, Vormund, bevollmächtigte Person im Sinne des §§ 164ff. BGB) oder – wenn keine der vorgenannten Personen erreichbar ist – auch von einer seiner Pflegepersonen (bspw. 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 Sendungsverfolgsnummer 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.

(7) 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.

(8) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung und Erteilung von Auskünften und Aufträgen an mindestens fünf Werktagen von 9 bis 17 Uhr sowie ggf. darüber hinaus zu seinen Geschäftszeiten sicher (Servicehotline). Spätestens bei Abgabe des Hilfsmittels stellt der Leistungserbringer dem Versicherten seine Kontaktdaten zur Verfügung (Name des Leistungserbringers, Anschrift, Telefonnummer und Ansprechpartner). Für den Versicherten entstehen dadurch, mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz, keine weiteren Kosten.

(9) Sofern ein Berufsverband oder eine Einkaufs-/Leistungs-/Anbietergemeinschaft Vertragspartner ist, besteht die Möglichkeit, dass der einzelne Mitgliedsbetrieb diese Ver-

pflichtung 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 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 Abs. 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(3) Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Abgabe von Hilfsmitteln, die den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V zu der jeweiligen Produktart (Produktgruppe, Anwendungsbereich, Produktuntergruppe und Produktart) entsprechen. Ggf. darüber hinaus gehende produktspezifische Anforderungen an die Leistung sind in den Anhängen des Vertrages geregelt.

(4) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Abs. 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 ggf. weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, ggf. unter Angabe der zehnstelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnis 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 ggf. auf der Basis des MDK-Gutachtens. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit einem anderen Produkt, das in diesem Vertrag geregelt ist, nicht ablehnen.

Produkte, 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 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

(2) Die Abrechnung hat spätestens 12 Monate nach der erstmaligen Erbringung der Leistung (Erstversorgung, Hilfsmittelkennzeichen 08) bzw. der Folgeversorgung(en) (Hilfsmittelkennzeichen 09) zu erfolgen.

(3) Ein in der Zukunft liegender bzw. beginnender Versorgungszeitraum kann nicht abgerechnet werden.

## **§ 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 kostenfrei einzuziehen. 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 6 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**

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, folgende Statistikdaten über die im Rahmen dieses Vertrags durchgeführten Versorgungsfälle auf Anforderung der hkk zur Verfügung zu stellen. Die nachstehenden Daten sind auf Anforderung als Excel-Datei per E-Mail spätestens bis zum 15. des folgenden Monats nach Quartalsende zu übermitteln:



- Spalte A: Versichertennummer
- Spalte B: Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
- Spalte C: Positionsnummer lt. Preisvereinbarung (10stellig)
- Spalte D: Beginn des Versorgungszeitraumes (Versorgung ab, TT.MM.JJJJ)
- Spalte E: Ende des Versorgungszeitraumes (Versorgung bis, TT.MM.JJJJ)
- Spalte F: Angabe, ob Mehrkosten für den Versicherten angefallen sind (ja oder nein)

### **§ 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 beispielsweise

- 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), Vorteilsgewährung (§ 333 StGB) und Bestechung (§ 334 StGB).

(4) Vor Verhängung einer Vertragsstrafe nach Abs. 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 Erstat-

tungsanspruch in Höhe der nicht verbrauchten Zeiträume (anteilige, taggenaue Berechnung vom Datum der Geschäftsaufgabe bis Ablauf des Versorgungszeitraumes).

## **§ 16 Datenschutz**

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MDK und der hkk, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der hkk erforderlich sind. Der Leistungserbringer verpflichtet seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

## **§ 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 ausreichende und zweckmäßige Haftpflichtversicherung abzuschließen, die auch Schäden nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) umfasst. 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 beispielsweise 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 01.07.2014 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 30.06.2016, 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 für die hkk alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und elektronischen Messsystemen der Beckenbodenmuskelaktivität außer Kraft. Bereits auf der Grundlage von § 127 Abs. 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) Genehmigungen, die nach dem zum 31.08.2014 gekündigten Vertrag ausgesprochen wurden und deren Genehmigungszeiträume über den 31.08.2014 hinaus gehen, behalten Ihre Gültigkeit bis zum Ende des Genehmigungs-/Versorgungszeitraums (sog. Versorgung-bis-Datum).

Ist die Laufzeit einer Versorgungspauschale bzw. Miete nach dem zuvor gültigen Vertrag zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages bzw. zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts noch nicht beendet, wird diese bis zum Laufzeitende nach den bisherigen Konditionen fortgeführt. Für eine weitere Versorgung (Folgeversorgung), sind die Regelungen dieses Vertrages anzuwenden.

(2) Die Versorgung erfolgt im Rahmen von Versorgungspauschalen. Die Pauschale umfasst neben der Nutzung des Hilfsmittels alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Dazu gehören insbesondere:

- (Aus-)Lieferung, inkl. evtl. Verpackungs- und Frachtkosten,
- Zubehör, Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien, insbesondere Batterien und alle Arten von Elektroden und Sonden,
- Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache,
- Informationen zu Kontaktdaten und Ansprechpartner des Leistungserbringers spätestens mit der Lieferung des Hilfsmittels,
- Reparaturen (inkl. ggf. notwendiger Ersatzteile), Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen,
- Abholung - wobei die Rückgabe des Hilfsmittels durch die Versicherten an den Leistungserbringer auch per Versand erfolgen kann und der Leistungserbringer die Versandkosten zu tragen hat - sowie die fachgerechte Entsorgung,
- Ersatz- bzw. Interimsversorgung während Reparaturen, ggf. auch der Austausch eines defekten Hilfsmittels,
- Beratung und Einweisung in die Handhabung und Pflege des Hilfsmittels soweit erforderlich, ggf. auch im häuslichen Bereich des Versicherten, sowie die entsprechende Nachbetreuung,
- ggf. Erprobung verschiedener Hilfsmittel
- sowie bei der Kinderversorgung mit elektronischen Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität (15.25.19.2) eine kindgerechte Animation und die Versorgung mit EMG-Elektroden.

(3) Leistungen nach diesem Vertrag bedürfen grundsätzlich jeweils einer vertragsärztlichen Verordnung, damit sie abgerechnet werden können.

(4) Die Lieferung erfolgt bei genehmigungsfreien Versorgungspauschalen unverzüglich nach Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer und bei genehmigungspflichtigen Versorgungspauschalen unverzüglich nach Eingang der Genehmigung, spätestens jedoch innerhalb von 3 Werktagen. Bei genehmigungsfreien Folgeversorgungen stellt der Leistungserbringer eine durchgängige Versorgung sicher.

(5) Erstversorgungen beginnen mit dem Tag der Leistungsabgabe. Bei Folgeversorgungen handelt es sich um Versorgungen, die in einem medizinischen Zusammenhang zu einer bereits durchgeführten Versorgung folgen. Verordnungen für Folgeversorgungen

dürfen max. 3 Wochen vor Beginn ausgestellt werden.

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

(7) Änderungen der Diagnose während eines laufenden Versorgungszeitraumes bewirken innerhalb der gleichen Positionsnummer keinen neuen Vergütungsanspruch.

(8) Ein medizinisch notwendiger Wechsel von Hilfsmitteln der Produktuntergruppe 09.37.03. zur Produktart 15.25.19.2 und umgekehrt werden während einer laufenden Versorgung mit der laufenden Pauschale abgegolten und wird nicht gesondert vergütet. Ein ggf. erforderlicher Austausch hat kostenfrei zu erfolgen.

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

(10) Für genehmigungsfreie Pauschalen behält die hkk das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Leistungserbringer hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität zu prüfen.

(11) Folgende Daten sind unter Anderem zwingend im Abrechnungsverfahren – sowohl bei genehmigten als auch bei genehmigungsfreien Versorgungsleistungen – anzugeben:

- Kennzeichen Hilfsmittel (im Rahmen dieses Vertrages sind lediglich die Hilfsmittelkennzeichen 08 und 09 zu verwenden)
- 10stellige Nummer des Hilfsmittelverzeichnisses (sofern ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Hilfsmittel veranschlagt wird, ist der 7-Steller des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels anzugeben, welcher an den Stellen 8 bis 10 mit „900“ aufzufüllen ist, Bsp. 09.37.04.0900)
- Positions-Nr. für Produktbesonderheiten im Rahmen der Versorgung mit elektronischen Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität
- Genaue Hilfsmittelbezeichnung sowie Hersteller und genaue Typenbezeichnung
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung
- Leistungserbringergruppenschlüssel
- Beginn des Versorgungszeitraumes
- Ende des Versorgungszeitraumes

## Anlage 2 – Preisvereinbarungen

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

Positions-Nr.	Bezeichnung	Hilfsmittel-kennzeichen	Genehmigungs-pflicht	Einzelpreis netto	Positions-Nr. für Produkt-besonderheiten
<b>09.37.01.1</b>	<b>Biphasische Schmerztherapiegeräte, mehrkanalig, mit Therapiespeicher</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Nein	30,00 €	
	Folgeversorgung (4.-15. Monat)	09	Nein	15,00 €	
	2. Folgeversorgung (ab 16. Monat für die Dauer der med. Notwendigkeit)	09	Nein	10,00 €	
<b>09.37.02.1</b>	<b>Biphasische Muskelstimulationsgeräte, mehrkanalig, mit Therapiespeicher</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Nein	30,00 €	
	Folgeversorgung (4.-15. Monat)	09	Nein	15,00 €	
	2. Folgeversorgung (ab 16. Monat für die Dauer der med. Notwendigkeit)	09	Nein	10,00 €	
<b>09.37.02.2</b>	<b>Biphasische EMG-gesteuerte Muskelstimulationsgeräte mit Therapiespeicher</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	250,00 €	
	Folgeversorgung/en (12 Monate)	09	Ja	200,00 €	
<b>09.37.03.0</b>	<b>Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	190,00 €	
	Folgeversorgung/en (12 Monate)	09	Ja	130,00 €	
<b>09.37.03.1</b>	<b>Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher und Biofeedback</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	275,00 €	
	Folgeversorgung/en (12 Monate)	09	Ja	130,00 €	
<b>09.37.04.</b>	<b>Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	400,00 €	
	Folgeversorgung/en (6 Monate)	09	Ja	250,00 €	
<b>15.25.19.2</b>	<b>Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	200,00 €	00.00.05.0000
	Folgeversorgung/en (12 Monate)	09	Ja	150,00 €	00.00.31.0000
<b>15.25.19.2</b>	<b>Elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität – Kinder (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)</b>				
	Erstversorgung (1.-3. Monat)	08	Ja	300,00 €	12.00.05.0000
	Folgeversorgung/en (12 Monate)	09	Ja	150,00 €	12.00.31.0000

Die Preise verstehen sich netto zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer (z. Zt. 19 %).

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

(1) Die Übermittlung von Kostenvoranschlägen (KVA) hat auf elektronischem Weg zu erfolgen. Sofern dadurch zusätzliche Kosten entstehen, sind diese mit den Vertragspreisen abgegolten.

(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 Nummer des Hilfsmittelverzeichnisses (sofern ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Hilfsmittel veranschlagt wird, ist der 7-Steller des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels anzugeben, welcher an den Stellen 8 bis 10 mit „900“ aufzufüllen ist, Bsp. 09.37.04.0900)
- Positions-Nr. für Produktbesonderheiten im Rahmen der Versorgung mit elektronischen Messsystemen der Beckenboden-Muskelaktivität
- Genaue Hilfsmittelbezeichnung sowie Hersteller und genaue Typenbezeichnung
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung
- Leistungserbringergruppenschlüssel
- Beginn des Versorgungszeitraumes
- Ende des Versorgungszeitraumes
- Anzahl (= 1)
- Einzelpreis
- Gesamtpreis

(3) Die Verordnung ist im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlags als Anhang zu übermitteln. Leistungserbringern, denen ein Kostenvoranschlag auf elektronischem Wege nicht möglich ist, wird eine Übergangsfrist bis zum 30.06.2015 eingeräumt. Bei einer Übermittlung des KVA in Papierform ist die Verordnung im Original vorzulegen.



## **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 z. B. 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, z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

### **Abrechnungsregelung**

(1) Für die Abrechnung gelten die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V“ (nachfolgend „Richtlinien“ genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Abrechnung hat insbesondere folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (wie Verordnungen, im Original, sofern erforderlich),

- im Falle einer höherwertigen Versorgung nach § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V auch die Erklärung des Versicherten (Anlage 6)
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Lieferschein/Empfangsbestätigung (s. hierzu auch § 6 Abs. 6 Rahmenvertrag),
- und Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

In den Abrechnungsdaten sind die 10-stellige Positionsnummer des Vertrages, der Leistungserbringergruppenschlüssel und das Hilfsmittelkennzeichen sowie der Versorgungszeitraum entsprechend der Genehmigung der hkk anzugeben.

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 Folgezeiträumen ist die Genehmigungsnummer der ursprünglichen Genehmigung anzugeben.

Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der hkk die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die hkk gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die hkk den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5% des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

(2) 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 Abs. 1 dieser Anlage bei der DDG - Deutsches Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH, Grabenstrasse 100 - 104 in 45141 Essen (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.

(3) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit der hkk beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der hkk dreimal hintereinander technisch und inhaltlich ein-

wandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die hkk dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern gemäß der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als Echtdaten zu kennzeichnen.

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

(5) 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.

Der Leistungserbringer trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

- IK des Leistungserbringers,
- zehnstellige Positionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Kostenvoranschlags).

Anstelle der Auftragung der genannten Angaben 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 o. g. Angaben vollständig aufzutragen,
- die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
  - Codierblatt,
  - Verordnung und
  - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung anzuliefern
- und 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 zurückgewiesen werden.

(6) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Bei Differenzen oder begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die hkk dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht inner-

halb von fünf Arbeitstagen bei der von der hkk benannten Stelle eingehen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der hkk. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).

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.

(7) 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 den von der hkk benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(8) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die hkk zurückweisen.

(9) 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 Abs. 2 dieser Anlage zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 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 Wir-

kung der Zahlung der hkk an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

(10) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 11 dieser Anlage 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 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

(11) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInf-SchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der hkk eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung bzw. Verordnungen sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Zurück an: hkk Vertragsmanagement Hilfsmittel Martinstraße 26 28195 Bremen

**Anlage 5 – Beitrittserklärung und Liste der am Vertrag teilnehmenden Institutionskennzeichen**

**Erklärung des Beitritts zum Hilfsmittellieferungsvertrag der hkk**

**über die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten und elektronischen Messsystemen der Beckenbodenmuskelaktivität nach § 127 Abs. 2 SGB V  
(Leistungserbringergruppenschlüssel 19 91 801)**

Hiermit erkläre ich für das Unternehmen

Firma: .....

Ggf. Inhaber: ..... Institutionskennzeichen: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....Telefax: ..... E-Mail: .....

Zertifizierung: ..... gültig bis: .....

den Beitritt zum Hilfsmittellieferungsvertrag.

Weitere bestehende Institutionskennzeichen, unter denen ebenfalls eine Versorgung und/oder Abrechnung gemäß diesem Vertrag erfolgen soll, sind auf Seite 2 dieser Anlage aufgeführt.

Durch meinen Beitritt erkenne ich sämtliche Regelungen des Hilfsmittellieferungsvertrages einschließlich aller Anlagen als für mich verbindlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages für mich ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, sofern ich die Beitrittserklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe.

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

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

Zurück an: hkk Vertragsmanagement Hilfsmittel Martinstraße 26 28195 Bremen

**Liste der am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer**

Nr.	IK	Name	E-Mail
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle seine Niederlassungen aufzuführen, die an der Hilfsmittelversorgung teilnehmen sollen.

## Anlage 6 – 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 sowie Hersteller):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Die Mehrkosten hierfür in Höhe von \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 bzw. Betreuers