



Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung

gemäß § 127 Absatz 2 SGB V

zwischen

NAME LEISTUNGSERBRINGER
STRASSE, HAUSNUMMER
PLZ, ORT

Institutionskennzeichen XXX XXX XXX

– nachstehend Leistungserbringer genannt –

und der

hkk
Martinistr. 26
28195 Bremen

– nachstehend hkk genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel: XX XX XXX

§ 1 Gegenstand

Dieser Vertrag regelt die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der hkk mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) zur enteralen Ernährung einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag sowie
- folgende Anlagen:
 - Anlage 1 Leistungsbeschreibung
 - Anlage 2 Preisvereinbarung und Produkte
 - Anlage 3 Kostenvoranschlag
 - Anlage 4 Abrechnungsregelung – Abrechnung nach § 302 SGB V

Die Hilfsmittelversorgung unterliegt diesem Vertrag,

- bei einer erstmaligen Versorgung des Versicherten mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung, die der Hilfsmittelversorgung zugrunde liegt, in die Laufzeit dieses Vertrages fällt,
- bei Versicherten, die nach dem bis 31.07.2018 gültigen Vertrag der hkk versorgt worden sind, nach Ablauf des bisherigen Genehmigungszeitraumes.

§ 2 Vertragsteilnahme

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

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

(3) Ein Vertragsbeitritt ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Präqualifizierungskriterien entsprechend der gültigen Fassung erfüllt sind.

(4) Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich unter <https://www.hkk.de/partner-der-hkk/hilfsmittelanbieter/hilfsmittelvertraege-info-fuer-leistungserbringer>.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 126 Absatz 1a SGB V für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.
- (3) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel. Er informiert die Versicherten über die Eigentumsverhältnisse.
- (4) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen während der Laufzeit des Vertrages beziehungsweise bis zum Ablauf der Versorgungspauschale sicher zu stellen.
- (5) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Laufzeit des Vertrages und der Versorgungsdauer ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung besitzt.
- (6) Der Leistungserbringer ist verpflichtet über die gesamte Laufzeit des Vertrages und der Versorgungsdauer, erforderliche und geeignete Geräte, Arbeitsmittel und Räumlichkeiten vorzuhalten, die eine fach- und fristgerechte Versorgung ermöglichen.
- (7) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln ablehnen.
- (8) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen entfallen, hat der Leistungserbringer die hkk unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anforderung der hkk hat der Leistungserbringer das Vorliegen der Voraussetzungen durch geeignete Nachweise darzulegen.
- (9) Die hkk kann die Qualität der Versorgungen in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Versichertenbefragungen, Betriebsstättenbesichtigungen oder andere geeignete Mittel, überprüfen. Die Betriebsstättenbesichtigung setzt eine Terminvereinbarung mit dem Leistungserbringer voraus. Sie soll zu den Betriebszeiten erfolgen. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte, die Einsichtnahme über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Die hkk kann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hinzuziehen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.
- (10) Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist das Vorliegen einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16). Es werden auch nicht förmliche Bescheinigungen von Fachärzten (Krankenhausverordnungen) akzeptiert. Es müssen jedoch die Inhalte des Musters 16 enthalten sein. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung bei der hkk vertragskonform per elektronischen Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des

Eingangs des elektronischen Kostenvoranschlages ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1.

(11) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen ist der hkk vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die hkk gemäß § 2 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB V. 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 Hilfsmittelversorgung vor der Kostenübernahme der hkk verlangt. Der Versicherte muss dabei umfassend schriftlich über die hiermit verbundenen finanziellen Risiken aufgeklärt werden. Die Kosten, die der Versicherte im Falle einer Ablehnung durch die hkk tragen müsste, müssen der Vergütung des vorliegenden Hilfsmittellieferungsvertrages entsprechen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

§ 4 Personelle und fachliche Anforderungen

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

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

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

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

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

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

§ 5 Art und Umfang der Leistungen

(1) Der Leistungserbringer stellt die Versorgung mit dem genehmigten Hilfsmittel während des Versorgungszeitraumes sicher und übernimmt sämtliche hiermit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen der Versorgungspauschale. Es gelten die Regelungen in der Anlage 1.

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

§ 6 Versorgungsablauf

(1) Der Leistungserbringer nimmt innerhalb von 24 Stunden, spätestens jedoch am nächsten Werktag, nach dem er die Verordnung erhalten hat, Kontakt mit dem Versicherten auf und nimmt eine Bedarfsfeststellung individuell vor.

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

(3) Die hkk prüft die eingereichten Unterlagen und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung. Bei einer von der hkk ausgestellten Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) handelt es sich um einen Versorgungsauftrag.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit dem/n Hilfsmittel/n und die mit der Versorgung verbundenen Dienst- und Serviceleistungen 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.

(5) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (zum Beispiel Betreuer, Vormund, bevollmächtigte Person im Sinne der §§ 164 ff. BGB) oder – wenn keine der vorgenannten Personen erreichbar ist – auch von einer seiner Pflegepersonen (zum Beispiel Pflegekräfte, pflegende Angehörige) unterschriebenen Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Aus der Empfangsbestätigung muss hervor gehen, wer die Empfangsbestätigung unterschrieben hat. Quittierungen im Voraus oder im Nachhinein sind

unzulässig. Die Empfangsbestätigung, der aktuelle Lieferschein oder der elektronische Abliefernachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens beziehungsweise Frachtführers oder des Leistungserbringers ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Textfeld im Segment EHI) anzugeben. Der Versandweg ist bei der Erstbelieferung zulässig. Es ist jedoch zwingend erforderlich, dass eine persönliche Einweisung bei der Erstversorgung vor Ort beim Versicherten durch fachlich qualifiziertes Personal (entsprechend Anlage 1 Absatz 3) erfolgt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Aufbewahrungsfristen des elektronischen Liefernachweises beziehungsweise 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.

(6) Die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach § 33 SGB V erfolgt frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür. Der Leistungserbringer hat auf Wunsch des Versicherten mit ihm einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgängige Verfügbarkeit der notwendigen Leistungen gewährleistet.

(7) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung und Erteilung von Auskünften und Aufträgen an mindestens fünf Werktagen sicher (Servicehotline). Die telefonische Erreichbarkeit ist dabei auf die Geschäftszeiten des Leistungserbringers begrenzt. Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Kontaktaufnahme bekannt zu geben, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels. Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

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

(2) Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten (Auswahl 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) entsprechen. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sind Mindestanforderungen.

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

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

Der versorgende Leistungserbringer übernimmt für die nach diesem Vertrag abgegebenen Hilfsmittel alle in Zusammenhang mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) stehenden Pflichten, insbesondere die Funktionsprüfung des Hilfsmittels am Betriebsort und die Einweisung des Versicherten in die sachgemäße Handhabung des Hilfsmittels.

In § 3 Absatz 2 MPBetreibV ist mit Wirkung ab dem 01.01.2017 geregelt, dass, wer Patienten mit Medizinprodukten zur Anwendung durch sich selbst oder durch Dritte in der häuslichen Umgebung oder im sonstigen privaten Umfeld aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung versorgt, die Pflichten eines Betreibers gemäß § 3 Absatz 1 MPBetreibV wahrzunehmen hat. Damit hat die gesetzliche Krankenkasse die Pflichten eines Betreibers wahrzunehmen. Werden Medizinprodukte aufgrund einer Veranlassung des Versorgenden durch einen Dritten bereitgestellt, so können die aus der Betreiberpflicht resultierenden Aufgaben gem. § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV vertraglich auf diesen Dritten übertragen werden. In diesen Fällen hat der Versorgende, der die Bereitstellung veranlasst, die erforderlichen Vorkehrungen dafür zu treffen, dass diese Aufgaben ordnungsgemäß erfüllt werden und der Leistungserbringer alle Informationen und Befugnisse erhält, um die Pflichten ausüben zu können.

Dem Leistungserbringer werden für die vertraglich geregelten Medizinprodukte die sich aus den Pflichten der Kostenträger gemäß der MPBetreibV ergebenden, nachstehenden Aufgaben übertragen:

- die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung der Medizinprodukte (§ 4 Absatz 3 Satz 1 MPBetreibV),
- die Dokumentation der Einweisung (§ 4 Absatz 3 Satz 3 MPBetreibV),
- die Instandhaltung der Medizinprodukte unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und ggf. nach Durchführung einer angemessenen Risikoanalyse (§ 7 MPBetreibV). Der Leistungserbringer setzt für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen. Sowie
- die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV,

- das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV sowie
- das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte.

Dem Leistungserbringer werden lediglich die Aufgaben aus den Pflichten der Kostenträger übertragen. Die Pflichten selbst bleiben bei den Kostenträgern. Weder der Leistungserbringer noch der Kostenträger sind Betreiber im Sinne der MPBetreibV. Der zu versorgende Versicherte und dessen betreuenden Angehörigen / Bekannten sind keine Anwender im Sinne der MPBetreibV.

Sofern bei einem Versicherten in dessen Wohnung eine weitere Person das Hilfsmittel bedient, ist diese Person „Anwender“ im Sinne der MPBetreibV. Dem Leistungserbringer werden für die vertraglich geregelten Medizinprodukte die sich aus den Pflichten der Kostenträger gemäß der MPBetreibV ergeben, nachstehenden Aufgaben übertragen:

- die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung der Medizinprodukte (§ 4 Absatz 3 Satz 1 MPBetreibV) an Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, die Medizinprodukte in der ambulanten Wohnform der/des Versicherten bedienen sowie
- die Dokumentation über diese Einweisung (§ 4 Absatz 3 Satz 3 MPBetreibV).

Die Krankenkasse behält sich – in Umsetzung der Vorgaben des § 127 Absatz 5a SGB V (und mittelbar der des § 127 Absatz 5b SGB V) – die stichprobenartige Überprüfung der Erfüllung der an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

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

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

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

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

§ 8 Kostenvoranschlag

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

§ 9 Abrechnungsregelung – Abrechnung nach § 302 SGB V

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

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

Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

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

§ 10 Vergütung

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

(2) Die Vergütung vermindert sich um die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung zu informieren und diese gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber 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 hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten gemäß § 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat und hierüber eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer getroffen wurde. Dem Versicherten ist eine Durchschrift der Vereinbarung auszuhändigen. Sie ist der hkk auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

§ 11 Statistiken

Entfällt

§ 12 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Dritten

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

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

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

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

Als Vertragsverstoß gilt auch die wiederholte nichtvertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von elektronischen Kostenvoranschlägen.

(3) Schwerwiegende Vertragsverstöße wie zum Beispiel

- die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- eine Zuwiderhandlung gegen die Regelungen in § 12 Rahmenvertrag,
- vom Leistungserbringer zu vertretende Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben,

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

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

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

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

§ 15 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers

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

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

(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 beziehungsweise fortführen kann, so hat die hkk einen Erstattungsanspruch in Höhe der nicht verbrauchten Zeiträume (anteilige, taggenaue Berechnung vom Datum der Geschäftsaufgabe bis Ablauf des Versorgungszeitraumes).

§ 16 Datenschutz

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

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

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

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

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

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

§ 17 Haftung und Gewährleistung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel bei der Auslieferung.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG) bleibt unberührt.
- (3) Soweit der Leistungserbringer für einen Schaden verantwortlich ist, der im Zusammenhang mit seiner Hilfsmittelversorgung steht, ist er verpflichtet, die hkk von Schadensersatzansprüchen Dritter freizustellen.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch Schäden nach dem MPG umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- beziehungsweise 1 Mio. Euro für Sachschäden pauschal für jeden Versicherungsfall zu unterhalten. Stehen der hkk weitergehende Schadensersatzansprüche zu, so bleiben diese von dieser Regelung unberührt.
- (5) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie beziehungsweise Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien beziehungsweise Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die hkk.

§ 18 Salvatorische Klausel

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

§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2018 in Kraft.
- (2) Der Vertrag und seine Anlagen können von den Vertragspartnern jeweils unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten, erstmals zum 31.07.2020, 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 der Versicherten mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung nach § 127 Absatz 2 SGB V außer Kraft. Bereits auf der Grundlage von § 127 Absatz 3 SGB V genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.

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

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer, Firmenstempel

Ort, Datum

hkk

Anlage 1 – Leistungsbeschreibung

(1) Hilfsmittel zur enteralen Ernährung dienen Personen, bei denen eine ausreichende orale Nahrungsaufnahme aus medizinischen Gründen (zum Beispiel Schluckstörungen) nicht erfolgen kann und kausalthérapeutisch alle Möglichkeiten einer bedarfsdeckenden oralen Nahrungsaufnahme ausgeschlossen sind (konsumierende Erkrankungen). Die Versorgung erfolgt entsprechend der Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V.

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

- die Erprobung des Hilfsmittels, gegebenenfalls verschiedener Produkte, beziehungsweise die kostenfreie Zurverfügungstellung von Proben,
- die Anlieferung des Hilfsmittels zum Einsatzort (einschließlich gegebenenfalls anfallender Verpackungs- und Frachtkosten sowie gegebenenfalls der Kosten der Versicherung für den Versand und Versicherungen),
- auf Wunsch des Versicherten Lieferung in einer neutralen Verpackung ohne Mehrkosten,
- die barrierefreie Überlassung einer für den Versicherten verständlichen Gebrauchsanweisung, wahlweise in Braille, Audioformat, elektronischer Form, Großdruck etc., zusammen mit der Bereitstellung des genehmigten Hilfsmittels,
- die Bereitstellung und Anpassung der/des Hilfsmittel/-s an die Bedürfnisse des Versicherten, sowie notwendige Um- beziehungsweise Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Produkttyp,
- die Beratung und persönliche Einweisung des Versicherten und seiner Betreuungsbeziehungsweise Pflegepersonen in den Gebrauch in der Regel am Einsatzort des Hilfsmittels. Falls erforderlich sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (zum Beispiel Reha-Einrichtung, Krankenhaus) durchzuführen. Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen. Die Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten,
- Dokumentation, Aufklärung und Beratung sowie
- Sicherstellung der Qualitäts- und Versorgungsstandards.

Für die Produktauswahl gelten die Regelungen gemäß § 7 Absatz 3 des Rahmenvertrages.

(3) Für die ordnungsgemäße Ausführung der vertraglichen Regelungen ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel verfügt.

Im Unternehmen sind zu beschäftigen:

- staatlich anerkannte/-r Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-in oder staatlich anerkannte examinierte Pflegefachkraft mit dreijähriger Ausbildung jeweils mit einschlägiger Berufserfahrung im klinischen und/oder außerklinischen Bereich und
- Medizinprodukteberater/-in für enterale Ernährung.

Staatlich anerkannte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-innen oder staatlich anerkannte examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung ohne einschlägige Berufserfahrung können bei der Ausführung der vertraglichen Regelungen nur eingesetzt werden, wenn diese durch fachlich qualifiziertes Personal mit einschlägiger Berufserfahrung im klinischen und/oder außerklinischen Bereich unterstützt werden.

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, insbesondere:

- medizinisch-wissenschaftliche Grundlagenlehre,
- Inhalte und Standards der enteralen Ernährung (Expertenstandard Enterale Ernährung; Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährungstherapie),
- Handhabung der Produkte im Bereich der enteralen Ernährung,
- Fachbereich Ernährungsmedizin,
- Fachkenntnisse Pflegewissenschaften und
- fachliche Informationsvermittlung.

(4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten und seine Betreuungs- beziehungsweise Pflegeperson umfassend zu beraten. Zu Beginn jeder Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung erfolgt durch den Leistungserbringer ein Beratungsgespräch zur Feststellung des Versorgungsbedarfes. Das Beratungs- und Informationsgespräch umfasst die Auswahl und Anwendung der Hilfsmittel zur enteralen Ernährung bei der Erstversorgung (Bemusterung), die Anleitung des Versicherten und seiner Betreuungs- beziehungsweise Pflegeperson zur eigenständigen Versorgung, das Erkennen und Vermeiden von Komplikationen, die Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel und Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen.

Beratungsgespräche sind vom Leistungserbringer unter Beachtung des § 16 des Rahmenvertrages zu dokumentieren. Die Erstberatung ist vom Versicherten und/oder seiner Betreuungs- beziehungsweise Pflegeperson zu unterschreiben.

Der Leistungserbringer stellt darüber hinaus eine laufende Dokumentation mit Art und Anzahl der gelieferten Produkte sowie Umstellungen beziehungsweise Änderungen inner-

halb der Versorgung sicher.

Beschwerden des Versicherten und/oder seiner Betreuungs- beziehungsweise Pflegepersonen (zum Beispiel hinsichtlich der Qualität der Versorgung und des Versorgungsablaufs) sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

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

(5) Wählt der Versicherte eine höherwertige, über das Maß des Notwendigen hinaus gehende Versorgung, vermeidet der Leistungserbringer grundsätzlich wirtschaftliche Aufzählungen. Sofern sich wirtschaftliche Aufzählungen nicht vermeiden lassen, sind diese gering zu halten und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation erhält den Hinweis auf das Angebot einer bedarfsgerechten Versorgung ohne Mehrkosten, die gewünschte Versorgung über das Maß des Notwendigen (genaue Bezeichnung und Menge sowie Hersteller) und die Höhe der monatlichen Mehrkosten. Die wirtschaftliche Aufzählung ist gemäß § 302 SGB V innerhalb der Abrechnungsdaten entsprechend der Technischen Anlage der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung anzugeben.

(6) Der Genehmigungszeitraum umfasst 12 Versorgungsmonate (Kalendermonate) sofern nicht versicherungs-, leistungsrechtliche oder medizinische Gründe dagegen sprechen.

(7) Die Abrechnung kann nur für zurückliegende und aktuelle Versorgungsmonate erfolgen. Abrechnungen für in der Zukunft liegende Versorgungsmonate sind nicht möglich. Jeder Versorgungsmonat ist getrennt abzurechnen.

(8) Die Versorgung von vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln erfolgt grundsätzlich im Rahmen von Versorgungspauschalen. Sowohl für die Erst- als auch für die die Folgepauschale(n) gelten monatliche Versorgungspauschalen. Ein Versorgungsmonat entspricht einem Kalendermonat.

Hilfsmittel zur enteralen Ernährung außerhalb der Monatspauschale (Spritzen zur Medikamentengabe und zusätzlichen Bolusgabe, Austauschsonden (Button, Gastro Tube, transnasale Sonden, perkutane Sonden), Winkeladapter, Sicherheitsverbinder) können einzeln auf Basis eines Kostenvoranschlages als Kauf beantragt werden.

(9) Die erstmalige Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung stellt eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08 beziehungsweise Hilfsmittelkennzeichen 00) dar.

(10) Die Fortführung einer Versorgung, die bereits aufgrund anderer Grundlagen (gegebenenfalls auch nach § 127 Absatz 3 SGB V) bei der hkk erfolgte, stellt eine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09 beziehungsweise Hilfsmittelkennzeichen 10) dar und begründet keine Erstpauschale (Hilfsmittelkennzeichen 08).

Bei der Fortführung einer Versorgung, die bereits aufgrund anderer Grundlagen (nach dem bis 31.07.2018 gültigen Vertrag der hkk beziehungsweise gegebenenfalls auch nach § 127 Absatz 3 SGB V) bei der hkk erfolgte, beginnt der erste Versorgungsmonat am Folgetag nach dem Ende der bisherigen Monatspauschale und endet am Monatsletzten des Kalendermonats. Der Leistungserbringer ist dennoch berechtigt, die volle Monatspauschale geltend zu machen.

(11) Ein Wechsel der Krankenkasse begründet keine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09), auch wenn der Versicherte bereits mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung versorgt war. Die Versorgung stellt eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08 beziehungsweise Hilfsmittelkennzeichen 00) dar.

(12) Kostenvoranschläge für Folgepauschalen sind frühestens einen Monat vor Ablauf des Genehmigungszeitraums und spätestens innerhalb des nachfolgenden Kalendermonats mit den erforderlichen Daten und Unterlagen zur erneuten Genehmigung einzureichen. Wird der Kostenvoranschlag nicht rechtzeitig vertragskonform eingereicht, ist für den Beginn des neuen Versorgungszeitraums das Datum der Einreichung des elektronischen Kostenvoranschlages maßgeblich. Dem Versicherten entstehen hierdurch keine Nachteile oder Mehrkosten.

(13) Der Versicherte kann jederzeit mit Wirkung zum übernächsten Versorgungsmonat sein Wahlrecht unter den Vertragsteilnehmern ausüben. Ein Wechsel des Leistungserbringers stellt eine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) dar und begründet keine Erstpauschale (Hilfsmittelkennzeichen 08).

(14) Die Liefermenge soll einen Monatsbedarf nicht überschreiten.

(15) Bei der erstmaligen Belieferung ist der Versicherte nachweislich darauf hinzuweisen, dass,

- die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ausschließlich von dem gewählten Leistungserbringer bezogen werden dürfen.
- der Versicherte verpflichtet ist, ärztliche Verordnungen, die im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Leistungen stehen nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Doppelversorgung werden die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht von der hkk übernommen. Die so entstandenen Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.
- ein Wechsel des Leistungserbringers nur jeweils zum Beginn des übernächsten Versorgungsmonats möglich ist und dabei sowohl der bisherige als auch der zukünftige Leistungserbringer schriftlich darüber zu informieren sind.
- der Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren ist.

(16) Bei Mängeln an dem Hilfsmittel mit dem der Versicherte versorgt ist, erfolgt die Reparatur oder eine gleichwertige Ersatzversorgung innerhalb von 24 Stunden nach dem der Versicherte den Mangel beim Leistungserbringer bekannt gegeben hat.

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

(18) Für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln ist zur Genehmigung grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich (siehe auch § 3 Absatz 10 des Rahmenvertrages). Verordnungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung sind 12 Versorgungsmonate gültig. Die Abrechnung der jeweils ersten Pauschale erfolgt mit der Originalverordnung. Die folgenden 11 Monate sind jeweils unter Angabe der Genehmigungsnummer und dem entsprechenden Hilfsmittelkennzeichen (Erstversorgung 08 oder Folgeversorgung 09) abrechenbar.

(19) Bei einer Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 08) erfolgt eine Genehmigung mit einem Genehmigungszeitraum von 12 Versorgungsmonaten. Jeder Versorgungsmonat ist mit dem Hilfsmittelkennzeichen 08 abrechenbar.

(20) Bei einer Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 09) erfolgt eine Genehmigung mit einem Genehmigungszeitraum von 12 Versorgungsmonaten. Jeder Versorgungsmonat ist mit dem Hilfsmittelkennzeichen 09 abrechenbar.

(21) Hilfsmittel, die nicht mit der Pauschale abgegolten sind, können auf Basis eines Kostenvoranschlages zur Prüfung der Kostenübernahme eingereicht werden. Es gilt die Abgrenzung der Produkte entsprechend der Anlage 2.

Die erstmalige Versorgung der Versicherten ist mit dem Hilfsmittelkennzeichen 00 (Neulieferung) abrechenbar. Es gilt die Abgrenzung der Produkte entsprechend der Anlage 2.

Die Fortführung einer Versorgung, die bereits aufgrund anderer Grundlagen (gegebenenfalls auch nach § 127 Absatz 3 SGB V) bei der hkk erfolgte, stellt eine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 10) dar und begründet keine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 00).

Ein Wechsel der Krankenkasse begründet keine Folgeversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 10), auch wenn der Versicherte bereits mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung versorgt war. Die Versorgung stellt eine Erstversorgung (Hilfsmittelkennzeichen 00) dar.

(22) Bei der Abrechnung eines Versorgungsmonates ist jeweils der aktuelle Lieferschein beizufügen. Es gelten die Regelungen entsprechend § 6 des Rahmenvertrages.

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

(24) Der Vergütungsanspruch endet mit Wegfall der leistungs-, versicherungsrechtlichen und/oder medizinischen Voraussetzungen (zum Beispiel durch das Ende der Versiche-

zung, Wegfall der Notwendigkeit) sobald der Leistungserbringer hiervon Kenntnis erhalten hat.

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

Anlage 2 – Preisvereinbarungen und Produkte

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

Positionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Preis in Euro*/Monat
03.00.99.0071	Monatspauschale für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung	08 oder 09	110,00
03.XX.XX.XXXX**	Hilfsmittel zur enteralen Ernährung außerhalb der Monatspauschale (Spritzen zur Medikamentengabe und zusätzlichen Bolusgabe, Austauschsonden (transnasale Sonden, perkutane Sonden (Button, Gastro Tube), Winkeladapter, Sicherheitsverbinder)	00 oder 10	Apothekeneinkaufspreis (AEP) – 10 %
03.00.99.0060	Monatspauschale zur Spritzenapplikation	08 oder 09	26,50

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

** Es ist die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses anzugeben

Der vereinbarte Preis der Positionsnummern 03.00.99.0071 sowie 03.00.99.0060 gilt je Versorgungsmonat. Die Monatspauschalen können pro angefangenem Versorgungsmonat abgerechnet werden.

Die Vergütung verringert sich um die gesetzliche Zuzahlung.

(2) Die Monatspauschale für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung umfasst sämtliche Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien der Produktgruppe 03, die zur Versorgung im Einzelfall notwendig sind, unabhängig davon, ob die Versorgung über Schwerkraft- oder Pumpenapplikation erfolgt. Hierzu zählen insbesondere:

Überleitsysteme zur Schwerkraft- oder Pumpenapplikation, Ernährungsbeutel, Ernährungscontainer, Ernährungspumpen, Infusionsständer, Spritzen, Adapter, Konnektoren, Wechselsets, Reparatursets, Taschen und Rucksäcke.

Ebenfalls hiervon abgedeckt sind notwendige Reparaturen, Ersatzgeräte und erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen.

Ausgenommen von der Monatspauschale sind Spritzen zur Medikamentengabe und zusätzlichen Bolusgabe, Austauschsonden (Button, Gastro Tube, transnasale Sonden, perkutane Sonden), Winkeladapter sowie Sicherheitsverbinder (Verlängerungen). Sofern sich hinter der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mehrere Pharmazentralnummern (PZN) verbergen, ist zusätzlich die gültige PZN anzugeben.

Sofern eine Versorgung ohne Überleitsystem erfolgt, ist die Abrechnung der Monatspauschale für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung nicht zulässig. Die Monatspauschale für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung kann nicht zusammen mit der Monatspauschale zur Spritzenapplikation abgerechnet werden.

(3) Die Monatspauschale zur Spritzenapplikation umfasst sämtliche Hilfsmittel der Pro-

duktgruppe 03, die zur Applikation von Sondennahrung (Bolusversorgung) erforderlich sind, wenn eine Versorgung ohne Überleitsysteme erfolgt. Dies kann der Fall sein, wenn lediglich eine geringe Menge an Nahrung beziehungsweise Flüssigkeit zusätzlich aufgenommen werden muss.

Die Monatspauschale zur Spritzenapplikation kann nicht zusammen mit der Monatspauschale für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung abgerechnet werden.

(4) Die Sonden-, Trink- und Spezialnahrungen gehören entsprechend der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) zu den verordnungsfähigen Arzneimitteln und werden wie die Verbandmittel nach § 31 SGB V mit der hkk abgerechnet.

Anlage 3 – Regelungen zum Kostenvoranschlag

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

(2) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Auftragnehmers
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer)
- Kennzeichen Hilfsmittel (im Rahmen dieses Vertrages sind für die Monatspauschalen die Hilfsmittelkennzeichen 08 und 09 zu verwenden und für die Hilfsmittel außerhalb der Monatspauschale die Hilfsmittelkennzeichen 00 und 10)
- 10-stellige Positionsnummer laut Preisvereinbarung
- Pharmazentralnummer, sofern sich hinter der 10-stelligen Positionsnummer mehrere Pharmazentralnummern verbergen
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung
- Leistungserbringergruppenschlüssel
- Beginn des Versorgungszeitraumes (Monatserster Tag)
- Ende des Versorgungszeitraumes (Monatsletzter Tag im zwölfmonatigen Zeitraum)
- Menge im Kostenvoranschlag entspricht der Anzahl der Versorgungsmonate (in der Regel 12)
- Einzelpreis (je Versorgungsmonat)
- Einzelpreis je Positionsnummer bei Hilfsmitteln außerhalb der Versorgungspauschalen
- Gesamtpreis

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

Anlage 4 – Abrechnungsregelung - Abrechnung nach § 302 SGB V

Verwendung des Institutionskennzeichens

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

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

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

Abrechnungsregelung

(1) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301a SGB V)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.

(2) Die zuständige Daten- und Belegannahmestelle ist für die hkk das Abrechnungszentrum Emmendingen.

(3) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich bei der Kopfstelle des vdek anzumelden, wenn er erstmalig Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V für eine Ersatzkasse liefert.

Darüber hinaus besteht für den Leistungserbringer auch die Verpflichtung, sich vor der erstmaligen Datenlieferung für die hkk beim Abrechnungszentrum Emmendingen anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.

(4) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer den vdek und das Abrechnungszentrum Emmendingen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Diesen Stellen ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

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

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

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

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

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

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

Es werden nur einwandfreie Daten entsprechend der technischen Anlage der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V gemäß der geltenden Fassung angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

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

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

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

- Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen.
- Auf dem Codierblatt sind die Angaben vollständig aufzutragen.
- Die Unterlagen zu einer Verordnung sind in folgender Sortierreihenfolge anzuliefern:
 - Codierblatt
 - Verordnung
 - Bestätigung der Lieferung
 - gegebenenfalls andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung
- 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 beziehungsweise vom Abrechnungszentrum Emmendingen zurückgewiesen werden.

(10) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen (maschinellen) Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelege/rechnungsbegründenden Unterlagen beim Abrechnungszentrum Emmendingen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(11) Die hkk beziehungsweise das Abrechnungszentrum Emmendingen 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) Beanstandungen können von der hkk beziehungsweise vom Abrechnungszentrum Emmendingen innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen beim Abrechnungszentrum Emmendingen. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des teilnehmenden Betriebes, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des teilnehmenden Betriebes verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung beziehungsweise ein Vertragsverstoß des teilnehmenden Betriebes vor.

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

(14) Bei der Abrechnung sind folgende Hinweise zu beachten:

- Bei der ersten Abrechnung der Monatspauschale ist die Einreichung der vertragsärztlichen Verordnung erforderlich.
- Bei jeder Abrechnung einer Monatspauschale ist die Angabe der Genehmigungsnummer erforderlich.
- Es ist nicht erforderlich, das Genehmigungsschreiben beziehungsweise ein Ausdruck der Genehmigung eines elektronisch bewilligten Kostenvoranschlags einzureichen. Die Angabe der Genehmigungsnummer ist jedoch zwingend erforderlich.
- Bei der Abrechnung der Monatspauschale ist jeweils der aktuelle Lieferschein des betreffenden Kalendermonats erforderlich. Es gelten die Regelungen entsprechend des § 6 des Rahmenvertrages.
- Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln/Leistungen und bei Versorgungspauschalen ist der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes zu übermitteln (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“). Parallel ist dazu der Versorgungszeitraum in Monaten (Segment ZUH, Feld „Versorgungszeitraum“) anzugeben.
- In der Abrechnung ist der siebenstellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS) anzugeben, der im Genehmigungsschreiben beziehungsweise im Genehmigungsdatensatz festgelegt ist.

- 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.
- Die Daten aus der Genehmigung müssen zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen.
- Der Versorgungszeitraum muss in der Abrechnung mit dem genehmigten Versorgungszeitraum übereinstimmen.