



Bitte beachten Sie die folgenden Änderungen bei diesem Vertrag:

- die Versorgung mit aufsaugenden und ableitenden Inkontinenzhilfen im Rahmen dieses Vertrages wurde zum 30.06.2014 gekündigt,
- die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma im Rahmen dieses Vertrages wurde zum 31.03.2016 gekündigt,
- der Versorgungsbereich enterale Ernährung wurde mit Wirkung zum 31.07.2018 gekündigt,
- der Versorgungsbereich Stoma wurde mit Wirkung zum 30.11.2018 gekündigt.

Diese Versorgungsbereiche sind in anderen Verträgen neu geregelt worden.

Darüber hinaus wurde die vertragliche Regelung für die Wundversorgung wurde mit Wirkung zum 31.01.2017 im Rahmen dieses Vertrages beendet.

Die entsprechenden Anhänge und Anlagen wurden deshalb aus diesem Dokument entfernt.

Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung

gem. § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen der

###

###

###

Leistungserbringergruppenschlüssel: **###**

Institutionskennzeichen: **###**

- nachstehend Leistungserbringer genannt -

und der

hkk

**Martinistr. 26
28195 Bremen**

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der hkk durch den Leistungserbringer mit den in den Anhängen geregelten Hilfsmitteln im Rahmen des § 33 Abs. 1 SGB V einschließlich der Wundversorgung sowie die Abrechnung der Preise für die vertraglich vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel.
- (2) Dieser Vertrag berechtigt den Leistungserbringer nur zur Abgabe solcher Hilfsmittel, für die er die Voraussetzungen gem. der „Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 S. 2 SGB“ (nachfolgend „Empfehlung nach § 126 Abs. 1 SGB V“ genannt) erfüllt und für die zum anderen eine Lieferung nach diesem Vertrag vereinbart ist.
- (3) Dieser Vertrag gilt nur, solange der Leistungserbringer die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllt (§ 126 Abs. 1 S. 2 SGB V). Von einer Erfüllung dieser Voraussetzungen ist auszugehen, wenn der Leistungserbringer gegenüber dem VdAK die Erfüllung der Empfehlung nach § 126 Abs. 1 SGB nachgewiesen hat bzw. wenn am 31. März 2007 zugunsten des Leistungserbringers eine Zulassung nach § 126 Abs. 1 SGB V (in der bis zum 31. März 2007 gültigen Fassung) bestanden hat und zwischenzeitlich keine Veränderungen beim Leistungserbringer eingetreten sind, die zu einer Aufhebung der Zulassung nach altem Recht geführt hätten.
- (4) Dieser Vertrag gilt für alle in der Anlage 1 aufgeführten Betriebe/Filialen des Leistungserbringers. Der Leistungserbringer verpflichtet sich der hkk, Aktualisierungsbedarf der Anlage 1 durch Hinzukommen weiterer Betriebe bzw. den Wegfall von Betrieben der hkk unverzüglich schriftlich unter Angabe des Institutionskennzeichens mitzuteilen.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens gilt für alle Versorgungen durch die in der Anlage 1 genannten Betriebe ausschließlich dieser Vertrag. Bisher für den Leistungserbringer geltende vertragliche Regelungen mit der hkk treten endgültig außer Kraft, soweit sich diese auf die in diesem Vertrag geregelten Produktgruppen beziehen.

§ 2 Leistungserbringung

- (1) Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist die vollständig ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (Muster 16), sofern die Anlagen und Anhänge keine anderslautende Regelung enthalten. Zur Erstbelieferung im Bereich der parenteralen Ernährung und bei der Versorgung mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma ist auch eine Krankenhausverordnung zulässig.
- (2) Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Abgabe von Hilfsmitteln, die den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu der jeweiligen Produktart (Produktgruppe, Anwendungsbereich, Produktuntergruppe und Produktart) entsprechen. Grundsätzlich sollen nur Hilfsmittel in die Versorgung gelangen, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Ausnahmsweise können Versicherte der hkk auch mit einem Hilfsmittel versorgt werden, das nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurde. Hierzu ist vor der Versorgung eine gesonderte Vereinbarung mit der hkk erforderlich. In diesem Fall ist der hkk gegen-

über auf ihr Verlangen der Nachweis zu erbringen, dass dieses Hilfsmittel sämtlichen Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis entspricht.

- (3) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) – nachfolgend „Hilfsmittel-Richtlinien“ genannt – in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Bezeichnung der Produktart. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, ggf. unter Angabe der zehnstelligen Hilfsmittelpositionsnummer verordnet, ist der Leistungserbringer zur Abgabe dieses Produktes nur dann verpflichtet, wenn der Arzt eine medizinische Begründung für die Versorgung mit diesem Produkt auf der Verordnung angegeben hat.
- (4) Zur Durchführung einer Versorgung ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag erforderlich. Dieser ist der hkk schriftlich unter Angabe der in Anlage 10 aufgeführten Mindestinhalte und unter Beifügung der ärztlichen Verordnung im Original zu übermitteln. Eine Übermittlung per Fax ist nach Rücksprache mit der hkk ausnahmsweise zulässig.
- (5) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten der hkk nur mit funktionsgerechten und technisch einwandfreien Hilfsmitteln versorgt werden. Zur Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels hält der Leistungserbringer eine ausreichend große Palette gängiger Produkte vor. Die Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen (insbes. die Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel, weitergehende Beratungsleistungen und Bedarfsermittlungen) erfolgt ausschließlich durch therapeutisch erfahrenes und fachlich geschultes Personal, das den personellen Anforderungen der Empfehlungen gem. § 126 Abs. 1 SGB V und den Bestimmungen der jeweils einschlägigen Qualitätsvereinbarung (Anlagen 2 - 8) entspricht. Die räumlichen Anforderungen nach den Empfehlungen gem. § 126 Abs. 1 SGB V sind als Mindestvoraussetzung zu erfüllen. Ggf. darüber hinaus gehende produktspezifische Anforderungen an die Leistung sind in den Anlagen und Anhängen des Vertrages geregelt.
- (6) In der Vergütung ist die fachgerechte Versorgung mit diesen Hilfsmitteln und allen damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen enthalten. Hierzu zählen insbesondere die Beratung, Lieferung und Nachlieferung, Bemusterung/ Erprobung sowie ggf. auch die Einrichtung und Anpassung des Hilfsmittels (Bereitstellung des Hilfsmittels zur sofortigen Nutzung) sowie die Betreuung, Einweisung und Schulung der Versicherten, der betreuenden Personen (Verwandte, Pflegepersonal usw.) oder Ärzte. Diese Serviceleistungen sind bei Bedarf am Wohnort des Versicherten, im Krankenhaus oder in der Pflegeeinrichtung vorzunehmen. Für Porto, Versand und Verpackung werden weder dem Versicherten noch der hkk Kosten in Rechnung gestellt. Ggf. im Rahmen der Versorgung entstehende Fahrtkosten des Leistungserbringers sind in den vereinbarten Vertragspreisen eingeschlossen und können daher der hkk nicht gesondert berechnet werden.
- (7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung, spätestens am nächsten Werktag sicherzustellen, sofern sich aus den in den anliegenden Regelungen für die vereinbarten Produktgruppen nichts anderes ergibt. Gleiches gilt auch für notwendige Beratungen bzw. Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel und Produkte. Kann der Leistungserbringer nicht innerhalb der o. g. Fristen das Hilfsmittel zur Verfügung stellen, ist er

verpflichtet, den Versicherten hierüber zu informieren und die Verordnung unverzüglich an die hkk weiterzuleiten.

- (8) Der Leistungserbringer übernimmt unabhängig von der Versorgungsform alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Hilfsmitteln aus dem Gesetz über Medizinprodukte und den sonstigen in § 4 Abs. 1 genannten Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung ergeben.
- (9) Der Empfang der Leistung ist durch den Versicherten oder die Betreuungsperson zu bestätigen. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post usw.) zulässig. Auf Verlangen ist der hkk die Empfangsbestätigung und der Lieferschein zu übermitteln.
- (10) Unabhängig von dem Versorgungsaufwand übernimmt der Leistungserbringer die Hilfsmittelversorgung entsprechend des Versorgungsauftrags der hkk. Eine Risikoausswahl des Leistungserbringers (Ablehnung der Versorgung im Einzelfall) in dem von ihm benannten Liefergebiet ist unzulässig und gilt als schwerwiegender Vertragsverstoß.

§ 3 Qualität und Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Versorgung der Versicherten (Auswahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit der Versorgung haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und berücksichtigen den medizinischen Fortschritt.
- (2) Soweit möglich und erforderlich beginnt die Betreuung bereits während einer stationären Behandlung bzw. unmittelbar im Anschluss hieran.
- (3) Die hkk hat jederzeit das Recht, die Qualität der Versorgung in geeigneter Weise zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen. Hierzu zählen insbesondere Begutachtungen durch den MDK, Versichertenbefragungen und Begehungen der Betriebsstätte des Leistungserbringers.
- (4) Rückfragen der hkk im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

§ 4 Zertifizierung

- (1) Der Leistungserbringer weist der hkk für alle an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebe spätestens bis zum 30. Juni 2009 die Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus den geltenden Vorschriften des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), den Hygiene-Sterilvorschriften, den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV) und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System nach.

- (2) Das Qualitätsmanagement-System muss durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft geprüft und abgenommen werden. Die Zertifizierung kann nach den Normen DIN EN ISO 13485 oder DIN EN ISO 9001 erfolgen. Bei Änderungen der Normen ist bis zum Zeitpunkt des Ablaufs des Zertifikates nach der alten Version der betroffenen Norm eine Upgrade-Zertifizierung durchzuführen. Bei einer Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 ist der hkk auf Verlangen ein Auszug aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch vorzulegen, der die Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 1 nachweist.
- (3) Die Zertifizierung kann als Einzel- oder als Verbund- oder Matrixzertifizierung durchgeführt werden. Eine Verbund- oder Matrixzertifizierung ist unter der Voraussetzung zugelassen, dass
- eine definierte Zentrale existiert, die eine eindeutige rechtliche Beziehung zu den Partnerunternehmen unterhält und die Dienstleistungen und Prozesse für alle Partnerunternehmen plant, koordiniert und überwacht,
 - diese Zentrale ein einheitliches Qualitätsmanagement-System für alle Partnerunternehmen unterhält, dessen Implementierung in den Partnerunternehmen überwacht sowie gegenüber den Partnerunternehmen in Bezug auf das Qualitätsmanagement weisungsbefugt ist,
 - die Dienstleistungen oder Hilfsmittel sowie Arbeitsweisen, Prozesse und Verfahren für die Leistungserbringung nach § 126 Abs. 1 SGB V bei den Partnerunternehmen identisch sind und
 - alle Partnerunternehmen jährlich einem internen Audit gemäß eines dokumentierten Verfahrens unterzogen werden.

Bei einer Verbund- oder Matrixzertifizierung ist auf Verlangen der hkk das Qualitätsmanagement-Handbuch der Zentrale sowie alle prozessrelevanten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zur Einsicht und/oder Prüfung vorzulegen.

- (4) Der hkk ist eine Kopie des Zertifikats vorzulegen. Die Weitergeltung einer Zertifizierung ist der hkk nach jeder Neuausgabe des Zertifikats (in Abhängigkeit von der Gültigkeitsdauer des Zertifikates, spätestens nach fünf Jahren) durch Vorlage einer Kopie des neuen Zertifikats nachzuweisen.

§ 5 Leistungsgewährung und Preisgestaltung

- (1) Die Preise für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel sowie für Reparaturen und Ersatzlieferungen für gelieferte Hilfsmittel ergeben sich aus den Anhängen zu diesem Vertrag. Zuzahlungen von Versicherten zu Vertragspreisen werden vom Leistungserbringer nicht erhoben. Dies gilt nicht für gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen.
- (2) Eigenwünsche des Versicherten im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V, die nicht der Leistungspflicht der hkk unterliegen, müssen direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden. Dies ist vorab über einen Kostenvoranschlag mit der hkk abzustimmen, wobei die vom Versicherten gewünschte höherwertige Versorgung gesondert auszuweisen ist.
- (3) Bei Hilfsmitteln, die in den Anhängen nicht preislich geregelt sind (AEP-Regelung, Monatspauschale), ist der Leistungserbringer verpflichtet, einen Kostenvoranschlag gem. § 2 Abs. 4 i. V. m. Anlage 10 bei der hkk einzureichen. Die hkk ist berechtigt,

Im Rahmen des § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) Vergleichsangebote einzuholen, soweit keine Vertragspreise vereinbart wurden und der Versicherte nicht wegen eines „berechtigten Interesses“ im Sinne des § 33 Abs. 6 S. 3 SGB V auf einer Versorgung durch den von ihm ausgewählten Leistungserbringer besteht. Hat der Versicherte nach Maßgabe des § 33 Abs. 6 S. 3 SGB V von seinem Recht Gebrauch gemacht, unter den Vertragspartnern der hkk frei zu wählen, ist dies der hkk durch eine schriftliche Erklärung des Versicherten nachzuweisen. Aus dieser Erklärung muss hervor gehen, welches berechnigte Interesse an der Auswahl des Leistungserbringers besteht, und dass der Versicherte darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er die hierdurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen hat.

- (4) Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch den Versicherten besteht erst ab der Auftragserteilung. Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Kostenübernahmeerklärung der hkk vorliegt. Vor einer Auftragserteilung ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten oder der hkk zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können weder beim Versicherten noch bei der hkk geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel, diese Regelungen zu umgehen, sind unzulässig und gelten als schwer wiegender Vertragsverstoß, der zur fristlosen Vertragskündigung durch die hkk berechnigt.

§ 6 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 Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der hkk, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer verpflichtet seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 7 Abrechnungsmodalitäten

Die Verwendung des Institutionskennzeichens sowie das Abrechnungsverfahren sind in Anlage 9 geregelt.

§ 8 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Dritten

- (1) Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (2) Im Einzelfall sind Beratungen oder Notfallversorgungen in Arztpraxen, stationären oder sonstigen Einrichtungen mit Hilfsmitteln durch den Leistungserbringer auf Anforderung des Arztes zulässig. Unzulässig ist hingegen eine Einschränkung der Wahl-

freiheit des Versicherten. Als Einschränkung der Wahlfreiheit gelten bspw. Beratungen und Versorgung des Leistungserbringers in Arztpraxen, stationären oder sonstigen außerbetrieblichen Einrichtungen, die über den Einzelfall bzw. Notfall hinausgehen. Dies gilt insbesondere für vorterminierte Sprechstunden des Leistungserbringers in Arztpraxen.

- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile durch den Leistungserbringer an niedergelassene Ärzte, stationäre oder sonstige Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Versorgung bzw. Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erreichen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den abgabeberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Leistungserbringers zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer Anreize durch Dritte ist als schwer wiegender Vertragsverstoß zu werten.
- (6) Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesfachverbandes Medizinprodukteindustrie e. V. vom 12. Mai 1997 in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten.

§ 9 Vertragsverstöße

- (1) Verstöße gegen diesen Vertrag werden abgemahnt und können im Wiederholungsfall zur fristlosen Kündigung des bestehenden Vertragsverhältnisses führen.
- (2) Schwer wiegende Vertragsverstöße, wie bspw.
 - die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - der wiederholte Einzug von Zuzahlungen vom Versicherten (Ausnahmen: gesetzliche Zuzahlung, ausdrücklicher Wunsch des Versicherten nach Aufzahlungen für eine höherwertige Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 5 SGB) oder
 - die Zuwiderhandlung gegen die Regelungen in § 8,berechtigen die hkk zur sofortigen und fristlosen Kündigung des Vertrages. In diesen Fällen kann die hkk den Leistungserbringer nach vorheriger Anhörung für einen Zeitraum von zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.
- (3) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleiben hiervon unberührt.

§ 10 Vertragsstrafe

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, für jeden Einzelfall der Erlangung oder Durchführung eines Versorgungsauftrages durch strafbares Handeln oder den Versuch hierzu, der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen sowie bei Verstößen gegen die Regelungen in § 8, eine Vertragsstrafe in Höhe von 3.000,00 € an die hkk zu zahlen. Zusätzlich zur Vertragsstrafe ist der hkk der tatsächlich entstandene Schaden und der dadurch zusätzlich verursachte Aufwand zu ersetzen. Vor Verhängung einer Vertragsstrafe ist der Leistungserbringer anzuhören.
- (2) Strafbares Handeln im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Betrug (§ 263 StGB), Vorteilsgewährung (§ 333 StGB) und Bestechung (§ 334 StGB) sowie unerlaubte Handlungen im Sinne des § 823 Abs. 1 BGB.
- (3) Im Fall der Verwirkung der Vertragsstrafe bleibt das Recht zur außerordentlichen Kündigung gemäß § 9 dieses Vertrages unberührt.

§ 11 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen unverzüglich anzupassen sind. Der Vertragskonsens bleibt auch während dieser Übergangszeit bestehen.

§ 12 Vertragsdauer

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Februar 2009 in Kraft, sofern die Aufsichtsbehörde diesen Vertrag nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage gemäß § 71 Abs. 2 SGB V beanstandet hat. Bei einer Beanstandung führen die Vertragspartner kurzfristig neue Verhandlungen. In diesem Falle gelten die Vertragspreise weiter.
- (2) Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (3) Der Vertrag, seine Anhänge und Anlagen können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2009 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Kündigung des Rahmenvertrages schließt eine Kündigung der Anlagen und Anhänge ein.

§ 13 Anlagen und Anhänge

Die nachstehenden Anlagen und Anhänge sind Bestandteil des Vertrages. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen bedürfen der Schriftform.

- Anlage 1 Liste der teilnehmenden Betriebe
- Anhang 1 Produktbereich: Hilfsmittel bei Tracheostoma, Produktgruppe 12, 27
- Anhang 2 Produktbereich: aufsaugende Inkontinenzhilfen, Produktgruppe 15
- Anhang 3 Produktbereich: ableitende Inkontinenzhilfen, Produktgruppe 15
- Anhang 4 Produktbereich: Stoma-Produkte, Produktgruppe 29
- Anhang 5 Produktbereich: Hilfsmittel zur Wundversorgung
- Anhang 6 Produktbereich: enterale Ernährung, Produktgruppe 03
- Anhang 7 Produktbereich: parenterale Ernährung, Produktgruppe 03

- Anlage 2 Qualitätsvereinbarung zur Tracheostoma-Versorgung
- Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zu den aufsaugenden Inkontinenzhilfen
- Anlage 4 Qualitätsvereinbarung zu den ableitenden Inkontinenzhilfen
- Anlage 5 Qualitätsvereinbarung zur Stoma-Versorgung
- Anlage 6 Qualitätsvereinbarung zur Wundversorgung
- Anlage 7 Qualitätsvereinbarung zur enteralen Ernährung
- Anlage 8 Qualitätsvereinbarung zur parenteralen Ernährung

- Anlage 9 Abrechnungsregelung auf der Grundlage des § 302 SGB V
- Anlage 10 Musterkostenvoranschlag
- Anlage 11 Abrechnungsregelung

Ort Datum

Leistungserbringer

Bremen, den

Ort Datum

hkk

Stand: _____

Nr.	IK	Name	PLZ	Ort	Straße	Telefon
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Nr.	Telefax	E-Mail	Zulassungs- gruppe	DIN-ISO-Zertifizierung	
				Norm	gültig bis
1					
2					
3					
4					
5					
6					

In der Liste sind alle Filialen, Mitgliedschafts- und Partnerbetriebe aufzuführen. Änderungen sind kenntlich zu machen. Eine Liste nach gleichem Muster kann auch maschinell erstellt werden.

Vereinbarung über die Lieferung von Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung**§ 1 Leistungsgegenstand**

Die Vereinbarung regelt die Versorgung der Versicherten der hkk mit Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung (PG 03).

§ 2 Versorgungsgrundsätze

- (1) Die hkk genehmigt Versorgung im Bereich der parenteralen Ernährung maximal für einen Monat.
- (2) Mit dem Versicherten der hkk abgestimmte Hilfsmittel-Lieferungen sind maximal für einen Monat möglich.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass er täglich in der Zeit von 8 - 18 h in Notfällen oder für Rückfragen vom Versicherten telefonisch erreichbar ist.
- (4) Defekte oder in ihrer Funktion gestörte Hilfsmittel werden während der normalen Geschäftszeiten unverzüglich durch den Leistungserbringer ausgetauscht.

§ 3 Vergütung

Es wird folgende Vergütung vereinbart:

Hilfsmittel zur parenteralen Ernährung	Apothekeneinkaufspreis (AEP) + 8% zzgl. MwSt.
--	---

Qualitätsvereinbarung für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung (Applikationstechnik)

§ 1 Ziele der Qualitätsvereinbarung

Diese Qualitätsvereinbarung umfasst die hilfsmittelbezogene, sachgerechte Versorgung der Versicherten der hkk mit Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung und ihre Beratung mit dem Ziel der Vermittlung von Selbsthilfekompetenz, Vorbeugung und Vermeidung von Komplikationen, Integration der parenteral ernährten Patienten in die Gesellschaft und Zufriedenheit mit der Versorgung und der Beratung.

Kennzeichnend für diese Qualitätsvereinbarung sind individuelle Versorgungsangebote, eine Verlaufsdokumentation sowie zahlenmäßig und inhaltlich definierte Beratungsgespräche.

§ 2 Hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus

Die hilfsmittelbezogene Beratung im Krankenhaus ist nicht Bestandteil des Vertrages.

Grundsätzlich ist eine möglichst frühzeitige, aktive Beteiligung des Leistungserbringers am Entlassungsmanagement der Akutversorgung im Sinne des „nationalen Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege“ des „Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege“ angestrebt.

Eine hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt spätestens am Tag der Krankenhausentlassung in den ambulanten, teil- bzw. vollstationären Bereich.

§ 3 Hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung im ambulanten, teil- oder vollstationären Bereich

Die hilfsmittelbezogene Beratung und Versorgung der Versicherten durch den Leistungserbringer nach der Entlassung aus dem Krankenhaus setzt die Kooperation mit dem Vertragsarzt und das Einverständnis des Versicherten voraus.

Die ersten vier Wochen nach Beginn der parenteralen Ernährung im nicht klinischen Bereich werden als die beratungsintensivste Zeit angesehen, da der Versicherte bzw. seine Betreuungspersonen im Umgang mit der parenteralen Ernährung unsicher sind, Komplikationen auftreten können und die hilfsmittelbezogene Versorgung der sich verändernden Situation angepasst werden muss. Für diesen Zeitraum verpflichtet sich der Leistungserbringer die Versicherten der hkk je nach Anforderung des Versicherten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt zu beraten und zu versorgen. Es finden mindestens drei Beratungsbesuche innerhalb der ersten vier Wochen nach Beginn der parenteralen Ernährung und Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Reha-Klinik statt. Auf Anforderung des Versicherten oder der hkk werden weitere Beratungsbesuche durchgeführt.

Mit dem Entlassungstag, einschließlich der Wochenend- und Feiertage, erfolgt die taggleiche und bedarfsgerechte Versorgung durch den Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung durch eine Lieferung frei Haus.

§ 4 Qualitätsmerkmale

Der Leistungserbringer gewährleistet bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zur parenteralen Ernährung der Versicherten folgende Qualitätsstandards:

1. Personelle Standards

a) Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten der hkk beschäftigt der Leistungserbringer Mitarbeiter in fester Anstellung, die folgende Qualifikationen vorweisen:

- Staatlich anerkannte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-in mit einer nachgewiesenen Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie mit anerkanntem Abschluss

Der Leistungserbringer stellt zudem durch Personalentwicklungsmaßnahmen sicher, dass die aufgeführten Qualifikationen der Mitarbeiter immer dem neuesten Stand des medizinisch-pflegerischen Standards entsprechen.

b) Die anderen, vom Leistungserbringer nach Rücksprache mit der hkk zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten eingesetzten Mitarbeiter erfüllen mindestens die folgenden Voraussetzungen:

- Staatlich anerkannte Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/-in
- mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung im klinischen Bereich
- und Fortbildung zum Medizinprodukteberater für Hilfsmittel zur parenteralen Applikationstechnik.

Mitarbeiter, die nicht die oben aufgeführten personellen Standards aufweisen, sind nur in Ausnahmefällen mit ausdrücklicher Genehmigung der hkk in der Hilfsmittelversorgung der parenteralen Ernährung der Versicherten der hkk einzusetzen.

c) Die aufgeführten Mitarbeiter werden ständig fort- und weitergebildet. Die Schwerpunkte liegen dabei in den folgenden Schulungsinhalten:

- Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagenlehre,
- Inhalte und Standards der parenteralen Ernährung,
- Handhabung der Produkte im Bereich der parenteralen Ernährung,
- Fachkenntnisse Pflegewissenschaften und
- fachliche Informationsvermittlung

2. Produktstandards

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, grundsätzlich nur Hilfsmittel abzugeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) entsprechen. Grundsätzlich sollen nur Hilfsmittel in die Versorgung gelangen, die in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgenommen worden sind. Im Übrigen gilt die Regelung des § 2 Abs. 1 des Rahmenvertrages. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung den an sie gestellten Anforderungen entsprechen und unter

Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit dem Bedarf der Versicherten gerecht werden. Die Produktauswahl und der Produkteinsatz erfolgen herstellerunabhängig.

3. Hilfsmittelbezogene Beratungsstandards

Die hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt mit dem Einverständnis des Versicherten und beginnt frühzeitig, ggf. bereits während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten.

- a) Im Rahmen des Entlassungsmanagements erfolgt
 - die Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich bzw. voll- oder teilstationären Pflegebereich durch Kontaktaufnahme mit dem ambulant behandelnden Arzt,
 - die Abstimmung mit dem behandelnden Arzt über die zum Einsatz kommenden Hilfsmittel zur parenteralen Ernährung für die individuelle Versorgung,
 - die ausführliche Einweisung des Versicherten und/oder seiner Betreuungspersonen (bspw. Angehörige) und/oder des Pflegepersonals ambulanter Pflegedienste/voll- oder teilstationären Pflegebereiche in den eigenständigen Gebrauch der Hilfsmittel zur parenteralen Ernährung,
 - die Anlage oder Fortführung einer patientenbezogenen Dokumentation bzgl. der Applikationstechnik der parenteralen Ernährung.

- b) Am Tag der Entlassung in den ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegebereich erfolgt
 - die Anleitung des Patienten und/oder seiner Betreuungspersonen (bspw. Angehörige) zur eigenständigen Handhabung der Applikationstechnik zur parenteralen Ernährung im häuslichen Bereich,
 - die taggleiche Bereitstellung und Lieferung aller benötigten Materialien zum sofortigen Einsatz gemäß ärztlicher Verordnung durch den ambulant behandelnden oder durch den Krankenhausarzt,
 - die Schulung des Patienten und/oder seiner Betreuungspersonen (bspw. Angehörige) und/oder des Pflegepersonals ambulanter Pflegedienste/voll- oder teilstationärer Pflegebereiche im Umgang mit den zum Einsatz kommenden Produkten,
 - die Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit und Beruf,
 - die Anlage oder Fortführung einer patientenbezogenen Dokumentation bzgl. der Applikationstechnik der parenteralen Ernährung und
 - eine Rückmeldung an den ambulant behandelnden Arzt.

- c) Bei der weiteren hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung im ambulanten/ voll- bzw. teilstationären Pflegebereich erfolgt
 - die Anpassung der Hilfsmittelversorgung bei Veränderungen im Krankheits- und Rehabilitationsverlauf, physiologischen Funktionsausfällen, Folge- und Begleiterkrankungen,
 - die Produktlieferung gemäß ärztlicher Verordnung,
 - mindestens drei Beratungsbesuche in der beratungsintensiven Phase der ersten vier Wochen nach der Krankenhausentlassung sowie weitere Beratungsbesuche nach Bedarf bzw. Verlangen des Versicherten,

- die Kontrolle der Punktionsstelle (Port/ZVK) im Hinblick auf Komplikationen wie bspw. Infektionen, Hautirritationen oder Allergien. Beobachtungen werden unverzüglich vom Leistungserbringer an den behandelnden Arzt weitergeleitet,
 - die Kontrolle der Applikationstechnik im Hinblick auf Komplikationen wie z.B. Verschmutzungen, Flussrate oder Durchflussqualität. Beobachtungen werden unverzüglich vom Leistungserbringer an den behandelnden Arzt weitergeleitet.
 - die Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit und Beruf und
 - die Anlage oder Fortführung einer patientenbezogenen Dokumentation bzgl. der Applikationstechnik der parenteralen Ernährung.
- d) Als weitere Serviceleistungen erfolgen
- die permanente Überprüfung der Versorgung, ggf. Anpassung,
 - die Nachschulung des Versicherten und/oder Betreuungspersonen (bspw. Angehörige) und/oder der Pflegekräfte des ambulanten Pflegedienstes/voll- oder teilstationären Pflegebereiches im Umgang mit den zum Einsatz kommenden Produkten und
 - das Angebot einer Service- und Beratungshotline.

4. Qualitätskontrolle

Die Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter des Leistungserbringers sind der hkk auf ihr Verlangen vorzulegen. Die Dokumentation der hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung ist der hkk auf ihr Verlangen ebenfalls vorzulegen.

§ 1 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 Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) Alte Heerstr. 111 in 53757 St. Augustin (Telefon: 02241/231-1275 Fax: 02241/231-1334) zu beantragen.
Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI 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 VdAK/AEV-Landesvertretung 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 SVI 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.

§ 2 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 folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Urbelege (wie Empfangsbestätigung bzw. Bestätigung des Kurierdienstes, Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original),
 - Bewilligungsschreiben der hkk, im Original,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung).

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 Nach Erfassung 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 vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der „Kopfstelle“ des VdAK/AEV, Postfach, 53719 Siegburg, 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 einwandfreie 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. Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der hkk benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien 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.

- (5) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien einmal im Monat an die von der hkk benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. 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 gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

- (6) 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
- Pharmazentralnummer (PZN), die zehnstellige Abrechnungspositionsnummer der Preisanhänge oder die Hilfsmittelverzeichnisnummer entsprechend der nachfolgenden Auflistung (vgl. hierzu Anlage 11):

In den Bereichen

- Hilfsmittel bei Tracheostoma (Anhang 1),
- ableitende Inkontinenzhilfen (Anhang 3),
- der Hilfsmittel bei Wundversorgung (Anhang 5) und
- bei parenteraler Ernährung (Anhang 7)

ist auf dem Verordnungsvordruck grundsätzlich die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben, sofern eine vorhanden ist. Existiert für die jeweilige Produktart keine PZN, so ist die entsprechende Hilfsmittelverzeichnis-Nummer mitzuteilen.

In den Bereichen aufsaugende Inkontinenzhilfen (Anhang 2), Stoma-Versorgung (Anhang 4) und enterale Ernährung (Anhang 6) sind hingegen die in dem jeweiligen Preisanhang genannte Abrechnungspositionsnummer anzugeben.

- Beginn und Ende des Versorgungszeitraums: Hier erfolgt die Festlegung des Zeitraums auf Basis des Versorgungsmonats, der vom Kalendermonat abweichen kann. Der Versorgungsmonat endet mit dem Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, der dem Tage vorhergeht, der durch seine Zahl dem Anfangstag der Frist entspricht (Bsp.: Monatsfrist beginnt am 14. Februar und endet am 13. März).
- 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.

- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte siebenstellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben.

In den Abrechnungsdaten sind für die gelieferten Hilfsmittel gem. § 302 Abs. 1 SGB V die Pharmazentralnummer (PZN), die zehnstellige Abrechnungspositionsnummer der Preisanhänge oder die Hilfsmittelverzeichnisnummer entsprechend der nachfolgenden Auflistung (vgl. hierzu Anlage 11):

In den Bereichen

- Hilfsmittel bei Tracheostoma (Anhang 1),
- ableitende Inkontinenzhilfen (Anhang 3),
- der Hilfsmittel bei Wundversorgung (Anhang 5) und
- bei parenteraler Ernährung (Anhang 7)

sind bei der Abrechnung grundsätzlich die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben, sofern eine vorhanden ist (Format: PZNxxxxxxx). Existiert für die jeweilige Produktart keine PZN, so ist die entsprechende Hilfsmittelverzeichnis-Nummer mitzuteilen.

In den Bereichen aufsaugende Inkontinenzhilfen (Anhang 2), Stoma-Versorgung (Anhang 4) und enterale Ernährung (Anhang 6) sind hingegen die in dem jeweiligen Preisanhang genannte Abrechnungspositionsnummern anzugeben.

Darüber hinaus sind im Rahmen der Abrechnung der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraums aufzuführen. Hier erfolgt die Festlegung des Zeitraums auf Basis des Versorgungsmonats, der vom Kalendermonat abweichen kann. Der Versorgungsmonat endet mit dem Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, der dem Tage vorhergeht, der durch seine Zahl dem Anfangstag der Frist entspricht (Bsp.: Monatsfrist beginnt am 14. Februar und endet am 13. März).

- (8) 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 innerhalb 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).

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technischen Anlage 1 von der hkk zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

- (9) 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.
- (10) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die hkk zurückweisen.
- (11) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die VdAK/AEV-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Landesvertretung 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 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
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.
- (12) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 11 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 VdAK-Landesvertretung vorzulegen.
- (13) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Haft-

lingshilfegesetz (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.

§ 3 Zuzahlung

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung beträgt gemäß § 61 SGB V 10% des Abgabepreises, mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 10,00 € mit Ausnahme der in Abs. 4 genannten Fälle. Die Zuzahlung darf jedoch die Kosten des Hilfsmittels nicht übersteigen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10% des insgesamt von der hkk zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10,00 € für den gesamten Monatsbedarf.
- (2) Wurde ein Festbetrag für ein Hilfsmittel festgelegt, so ist dieser Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung. Bei Eigenanteilen und Zuschüssen erfolgt die Berechnung der Zuzahlung auf der Grundlage des jeweils verbleibenden Kostenanteils der hkk.
- (3) Die Zuzahlung ist grundsätzlich je Hilfsmittel zu berechnen. Setzt sich das Hilfsmittel zur Gewährleistung der Einsatzfähigkeit aus mehreren Hilfsmittelpositionsnummern zusammen oder beinhaltet die Hilfsmittelversorgung ein nicht eigenständiges Hilfsmittel (sog. Kombiversorgung), so ist die Zuzahlung auf den Gesamtpreis der Versorgung zu berechnen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist.
- (4) Eine Zuzahlung gem. § 33 i. V. m. § 61 SGB V entfällt in Fällen der
 - Reparaturen und Wartungen,
 - ergänzenden, zeitverzögerten Anpassung an einem Hilfsmittel,
 - Neuversorgung innerhalb eines Versorgungszeltraumes auf der Grundlage einer Versorgungspauschale,
 - Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln.
- (5) Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungsbeträge sind in der Abrechnung von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
Liegt der Preis eines Hilfsmittels unterhalb der Mindestzuzahlung in Höhe von 5,00 €, so trägt der Versicherte die Kosten des Hilfsmittels vollständig. In diesen Fällen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, der hkk die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

Kostenvoranschlag

Vor Beginn der Versorgung ist der hkk, wenn in den Anhängen nichts anderes vereinbart ist, unter Beifügung der ärztlichen Verordnung ein Kostenvoranschlag mit folgenden Angaben einzureichen:

- Leistungserbringergruppenschlüssel,
- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift und KV-Nr.),
- Name, Anschrift und IK bzw. Arztnummer der verordnenden Stelle,
- Angabe Pharmazentralnummer oder Abrechnungspositions- bzw. Hilfsmittelverzeichnis-Nr. (vgl. Anlage 11):
 - a) Für die Regelungsbereiche Tracheostoma (Anhang 1), ableitende Inkontinenzhilfen (Anhang 3), Wundversorgung (Anhang 5) und parenterale Ernährung (Anhang 7) sind bei der Einzelproduktauflistung jeweils die Pharmazentralnummern (PZN) anzugeben. Sofern keine PZN vorhanden ist, muss die jeweilige Hilfsmittelverzeichnis-Nummer aufgeführt werden.
 - b) für die Regelungsbereiche aufsaugende Inkontinenzhilfen (Anhang 2), Stoma-Produkte (Anhang 4) und enterale Ernährung (Anhang 6) sind die in dem jeweiligen Preisanhang genannten Abrechnungspositionsnummern mitzuteilen.
- durchschnittlicher Monatsbedarf (vgl. Anlage 11): Bei Versorgung in den Bereichen aufsaugende Inkontinenzhilfen (Anhang 2), Stoma-Produkte (Anhang 4) und enterale Ernährung (Anhang 6) ist auf dem KV darüber hinaus auch der durchschnittliche Monatsbedarf des Versicherten anzugeben, wobei zu jeder einzelnen Produktart auch die entsprechende PZN genannt werden muss.
- Beginn- und Enddatum des Versorgungszeitraums: Maßgeblich ist hier der Versorgungs- und nicht der Kalendermonat. Der Versorgungsmonat beginnt an dem Tag der Hilfsmittellieferung (Eingang beim Versicherten) und endet mit dem Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, der dem Tage vorhergeht, der durch seine Zahl dem Anfangstag der Frist entspricht (Bsp.: Monatsfrist beginnt am 14. Februar und endet am 13. März).
- ggf. Herstellerangabe,
- Beschreibung der Versorgung: Bei Stoma-Produkten (Anhang 4) Angabe der Stoma-Art (Colostoma, Ileostoma oder Urostoma) und Angabe, ob Stoma temporär oder endständig ist
- Preis zzgl. der bei der Lieferung geltenden Mehrwertsteuer sowie der Mehrwertsteuersatz

Vertrag Hilfsmittelversorgung Anlage 11: Angaben auf dem Kostenvoranschlag und in der Abrechnung nach § 302 SGB V

Regelungsbereich	Anhang	Vergütungs- regelung	Angaben auf KV und in der Abrechnung nach § 302	Angaben auf KV
			Angabe PZN, HMV-Nr. oder Abrechnungspos.-Nr.	Angabe Monatsbedarf ³
Tracheostoma	1	AEP-Regelung	PZN, hilfsweise HMV-Nr. ¹	Nein
aufsaugende Inkontinenzhilfen	2	Monatspauschale	Abrechnungspos.-Nr. ²	Ja, unter Angabe PZN-Nr.
ableitende Inkontinenzhilfen	3	AEP-Regelung	PZN, hilfsweise HMV-Nr.	Nein
Stoma	4	Monatspauschale	Abrechnungspos.-Nr.	Ja, unter Angabe PZN-Nr.
Wundversorgung	5	AEP-Regelung	PZN, hilfsweise HMV-Nr.	Nein
enterale Ernährung	6	Monatspauschale	Abrechnungspos.-Nr.	Ja, unter Angabe PZN-Nr.
parenterale Ernährung	7	AEP-Regelung	PZN, hilfsweise HMV-Nr.	Nein

¹ HMV-Nr. bezeichnet die Nr. im Hilfsmittelverzeichnis.

² Mit Abrechnungspositionsnummer ist die im Preisanhang genannte Pos.-Nr. gemeint (meist Pseudo-HMV-Nr.).

³ Der Monatsbedarf ist zusätzlich auf dem KV anzugeben, wenn die Vergütung auf Basis einer Monatspauschale erfolgt.