Rahmenvertrag über die Versorgung mit Kommunikations- und Adaptionshilfen

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen

KKH Kaufmännische Krankenkasse
vertreten durch den Vorstand
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

und

hkk
vertreten durch den Vorstand
Martinistraße 26
28195 Bremen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und

LEISTUNGSERBRINGER
STRAßE HAUSNUMMER
PLZ ORT

Institutionskennzeichen: XXX XXX XXX

- nachfolgend Leistungserbringer genannt –

Entwurf

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird stellvertretend für männliche, weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten in diesem Text das generische Maskulinum verwendet.
Es sind jedoch immer alle Geschlechter angesprochen.

Präambel

Der Vertrag wird nach den Grundsätzen des § 127 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen. Der Leistungserbringer schließt den Vertrag mit den Krankenkassen als Rahmenvertrag inklusive Anhängen und Anlagen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Kommunikations- und Adaptionshilfen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V gemäß den Anlagen dieses Vertrages.

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Zusatz A1 KKH – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)
- Zusatz A2 hkk – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V) und Vertragsdatenverwaltung
- Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)

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

§ 2 Vertragsteilnahme

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

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

(3) Der Nachweis nach Absatz 2 ist von den Leistungserbringern gegenüber den Krankenkassen zu führen.

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

(5) Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die vertraglichen Regelungen (zum Beispiel Zusammenschluss

Entwurf

zweier Firmen) müssen den Krankenkassen umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

(6) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist je Krankenkasse separat vorzunehmen. Die Beitrittsmodalitäten sind den Zusätzen A1 und A2 zu entnehmen.

§ 3 Geltungsbereich

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

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 126 Absatz 1a SGB V für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.

(2) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei einem Leistungserbringer entfallen, hat der Leistungserbringer die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anforderung der Krankenkassen hat der Leistungserbringer das Vorliegen der Voraussetzungen durch geeignete Nachweise darzulegen.

(3) Der Leistungserbringer setzt zur unmittelbaren Versorgung und Beratung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt. Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG), den Hilfsmittelrichtlinien, den Leitlinien und der Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum stellt der Leistungserbringer eine qualitätsgerechte Versorgung sicher. Produktspezifische Besonderheiten sind in den Anlagen geregelt.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den fachspezifischen

Entwurf

Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich durch Fortbildungsmaßnahmen, mindestens 16 Stunden im Jahr, auf dem neuesten fachlichen Stand bewegt. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:

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

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

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

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

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

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

(7) Es darf keine Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln abgelehnt werden, insbesondere nicht aus wirtschaftlichen Gründen. Ausgenommen hiervon sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse. Im Streitfalle hat der Leistungserbringer auf Basis vorgenannter Parameter gegenüber den Krankenkassen die Gründe für eine Ablehnung der Versorgung unverzüglich schriftlich nachzuweisen. Eine Risikoselektion ist nicht zulässig und gilt als Vertragsverstoß gemäß § 13 dieses Vertrages.

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

Entwurf

(9) Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses zu Lasten der Krankenkassen ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Originalverordnung (Muster 16). Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung aufgenommen wird. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraumes vertragskonform per Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des Eingangs des Kostenvoranschlages ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. Verordnungen aus dem Entlassmanagement verlieren 7 Kalendertage nach dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wird.

(10) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen sind den Krankenkassen vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die Regelungen in den Anlagen.

Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V entsprechend des Sachleistungsprinzips. Kosten, die vor Auftragserteilung entstehen, kann der Leistungserbringer grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei den Krankenkassen geltend machen. Privatrechtliche Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Versicherten, die darauf gerichtet sind, das gesetzliche Sachleistungsprinzip zu umgehen, gelten vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung als schwerwiegender Vertragsverstoß, der die Krankenkassen zur sofortigen Vertragskündigung berechtigt. Ausnahmsweise ist der Abschluss einer privatrechtlichen Vereinbarung zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich die Hilfsmittelversorgung vor der Kostenübernahme der Krankenkassen verlangt. Der Versicherte muss dabei umfassend schriftlich über die hiermit verbundenen finanziellen Risiken aufgeklärt werden. Die Kosten, die der Versicherte im Falle einer Ablehnung für das Hilfsmittel durch die Krankenkassen tragen müsste, dürfen marktübliche Preise nicht überschreiten. Die Vergütung des vorliegenden Hilfsmittellieferungsvertrages ist als Orientierung für die Vereinbarung heranzuziehen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

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

§ 5 Art und Umfang der Leistungen

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

- eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,

- die Bedarfsfeststellung, die hilfsmittelbezogene Beratung der Versicherten einschließlich der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel und der gegebenenfalls notwendigen Erprobungsphase und die Einweisung der Versicherten in den

sachgerechten Umgang im Gebrauch der Hilfsmittel, einschließlich der sachgerechten Pflege,

- Lieferung, Montage, Inbetriebnahme und Funktionsprüfung des Hilfsmittels,
- die Überlassung einer allgemeinverständlichen, behindertengerechten Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache,
- Änderungen, Instandsetzungen und notwendige Ersatzbeschaffungen. Die Rechte der Krankenkassen bei Mängeln ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften.

Darüber hinaus gelten die vertraglichen Regelungen in den Anlagen.

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

- der Versicherte verpflichtet ist, ärztliche Verordnungen, die im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Leistungen stehen nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Mehrfachversorgung werden die entstandenen Mehrkosten nicht von den Krankenkassen übernommen. Die so entstandenen Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.
- der Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren ist.

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

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

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

(6) Im Falle der Genehmigungspflicht ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Versicherten darauf hinzuweisen, dass eine Versorgung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt. Wünscht der Versicherte eine Versorgung, bevor die Genehmigung durch die Krankenkasse erteilt wurde, so ist er schriftlich darauf

Entwurf

hinzuweisen, dass er die Kosten beziehungsweise Mehrkosten der Selbstbeschaffung trägt, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme ganz oder teilweise ablehnt.

§ 6 Versorgungsablauf

(1) Nach Vorlage der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten oder die Krankenkassen und anschließender Bedarfsfeststellung (inklusive Erstberatung) durch den Leistungserbringer, erstellt der Leistungserbringer unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, einen Kostenvoranschlag gemäß den Zusätzen A1 und A2 dieses Vertrages zur Genehmigung, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wurde.

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

(3) Die Krankenkassen prüfen die eingereichten Unterlagen und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung. Im Falle einer Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erteilen die Krankenkassen den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.

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

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel innerhalb von 72 Stunden nach Eingang der Kostenzusage (bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln gilt der Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer) sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Endet die 72 Stunden-Frist auf einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist die Versorgung spätestens am darauffolgenden Werktag sicherzustellen. Gleiches gilt für erforderliche Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Fertigstellungszeitpunkt beziehungsweise zum Reparaturzeitpunkt, ist unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen zulässig. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht in der Frist gemäß Satz 1 beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels zur Verfügung. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für individuell oder handwerklich gefertigte Produkte, Produkte mit individueller handwerklicher Zurichtung oder körpernahe nicht wiederverwendbare Hilfsmittel.

Entwurf

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

(7) Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen. Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Kontaktaufnahme bekannt zu geben, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels. Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

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

(2) Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten (Auswahl, Anzahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (§ 12 Absatz 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen.

(3) Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen und Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL), des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) entsprechen. Für die Abgabe von Hilfsmitteln ist das MPDG verpflichtend. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das MPDG gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind Mindestanforderungen. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.

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

Sofern im Einzelfall kein gelistetes Produkt geeignet ist und eine Abgabe eines nicht gelisteten Produktes erfolgen soll, ist den Krankenkassen ein Kostenvoranschlag mit ausführlicher Begründung einzureichen.

Entwurf

Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer beziehungsweise ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel ist den Krankenkassen vom Leistungserbringer eine vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) vorzulegen. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der Krankenkassen innerhalb von 4 Wochen vorzulegen.

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in diesem Vertrag geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei den Krankenkassen einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Die Regelungen in den Zusätzen A1 und A2 sind maßgeblich.

Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden. Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag erhalten.

(5) Der Leistungserbringer verfügt über eine Zertifizierung nach ISO 13485.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

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

- Er übernimmt produktartunabhängig für alle in den Anlagen dieses Rahmenvertrages geregelten Medizinprodukte sofern zutreffend die Einweisung und Instandhaltung nach Vorgaben des Herstellers. Die Vergütung für notwendige Instandhaltungsmaßnahmen ergibt sich aus den maßgeblichen Produktanlagen.

- Darüber hinaus übernimmt der Leistungserbringer bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte die Dokumentation der Einweisung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV).

Entwurf

- Für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV übernimmt der Leistungserbringer zusätzlich das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) sowie die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV), alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Unter Beachtung von Herstellerangaben und gegebenenfalls kassenseitig vorliegender Informationen und Erkenntnissen, können kürzere Intervalle sachgerecht sein.

- Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen.

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

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

(9) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung" (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. 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 eine entsprechende Begründung erforderlich. Die Krankenkassen können in begründeten Fällen durch den MD gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist.

(10) Hat der Arzt kein konkretes Produkt verordnet, wählt der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen ein wirtschaftliches Produkt aus. Bei mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln obliegt die Wahl des konkreten Produkts dem Versicherten.

§ 8 Kostenvoranschlag

Die Zusätze A 1 und A2 regeln die Inhalte des Kostenvoranschlags.

§ 9 Abrechnungsregelung

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in den Zusätzen A1 und A2 geregelt.

§ 10 Vergütung

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

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

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

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

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

§ 11 Beratung der Versicherten und Dokumentation

(1) Der Leistungserbringer ist nach § 127 Absatz 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung persönlich zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Soweit der Versicherte explizit auf eine analoge Beratung verzichtet und dies schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Leistungserbringer bestätigt, kann eine digitale Beratung im Rahmen eines Live-Web-Seminars mit direkten Interventionsmöglichkeiten des Versicherten erfolgen. Die Bestätigung des Verzichts einer analogen Beratung ist durch den Leistungserbringer aufzubewahren und den Krankenkassen auf Anforderung unverzüglich vorzulegen. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihm gegebenenfalls im Einzelfall zu tragenden Mehrkosten zu informieren.

Entwurf

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

(3) Der Leistungserbringer hat die Durchführung der Beratung und gegebenenfalls die Mehrkosteninformation schriftlich zu dokumentieren und sich die erfolgte Beratung durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen (vergleiche § 127 Absatz 5 SGB V). Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall einer Versorgung aufgrund von Folgeverordnungen oder Versorgungen, bei denen gemäß den Anlagen auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet wird, verzichten die Krankenkassen auf die Dokumentation der Beratung und deren Bestätigung.

Die Dokumentation umfasst dabei mindestens alle Inhalte der Anlagen 1 und 2 der Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer hat die Beratungsdokumentation und gegebenenfalls die Dokumentation der Mehrkosteninformation im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren und auf Anforderung der Krankenkassen zu Prüfzwecken im hierfür maßgeblichen Umfang vorzulegen. Bei Nichtvorlage entfällt der Anspruch auf Vergütung. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend.

Voraussetzung für die Übermittlung dieser Daten ist die schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten (vergleiche §127 Absatz 7 SGB V).

§ 12 Wettbewerb und Werbung

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

(2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung beziehungsweise Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig, ausgenommen gesetzlicher Verpflichtungen. Die Auswahl des geeigneten

Entwurf

Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch die Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig.

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

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

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

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

§ 13 Vertragsverstöße und Vertragsstrafe

(1) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, können die Krankenkassen nach vorheriger Abmahnung gegenüber dem Leistungserbringer unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit eine Vertragsstrafe festsetzen, die bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen eine Zahlungsverpflichtung des Leistungserbringers begründet. Hierbei gilt der Höhe nach für jeden Einzelfall eine Vertragsstrafe von bis zu 500,00 Euro. Für die gleichzeitige Festsetzung mehrerer Vertragsstrafen gilt, dass die Gesamtbemessung angemessen und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen muss.

(2) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen sind die Krankenkassen berechtigt, nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers durch die Krankenkassen den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend. Die Kündigung kann gegenüber dem einzelnen Leistungserbringer ausgesprochen werden und hat die Wirkung, dass dieser sodann nicht mehr am Rahmenvertrag teilnimmt. Daneben ist auch eine außerordentliche Kündigung gegenüber dem Leistungserbringer möglich, wenn dieser seine Rahmenvertraglichen Pflichten in schwerwiegender Weise verletzt.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß im Sinne des Absatz 2 gilt zum Beispiel:

Entwurf

- die wiederholte nicht vertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen,
- die Berechnung nicht ausgeführter oder abweichender Leistungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzregelungen,
- die Erhebung von Aufzahlungen gegenüber den Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
- rufschädigende Äußerungen über die Krankenkassen gegenüber den Versicherten,
- ein Verstoß gegen § 12 des Rahmenvertrages.

§ 14 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers

(1) Der Leistungserbringer hat die Krankenkassen über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Ablehnung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

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

§ 15 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 bekanntwerdenden 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.

Entwurf

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

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich hinsichtlich der für die jeweilige Versorgung erlangten Patienten- und Versichertendaten (Sozialdaten) neben der Beachtung vorgenannter gesetzlicher Regelungen zur Verschwiegenheit. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 16 Haftung und Gewährleistung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung.

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme beziehungsweise Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten beziehungsweise einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Abweichende Regelungen ergeben sich aus den produktspezifischen Anlagen. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß den gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig. Es gelten für Gewährleistungsansprüche die gesetzlichen Verjährungsfristen.

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

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

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch Schäden nach dem MPDG umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- beziehungsweise 1 Mio. Euro für Sachschäden pauschal für jeden Versicherungsfall zu unterhalten. Stehen den Krankenkassen weitergehende Schadensersatzansprüche zu, so bleiben diese von dieser Regelung unberührt.

(6) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie beziehungsweise Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien beziehungsweise Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die Krankenkassen.

Entwurf

§ 17 Sonderkündigungsrecht

(1) Auf Seiten der Krankenkassen liegt ein Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, wenn:

a) die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 des Rahmenvertrages nicht mehr gegeben sind,

b) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsanordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist.

(2) Die Krankenkassen können den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögendes Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.

(3) Die Vertragspartner sind zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

§ 18 Salvatorische Klausel

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

§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit

(1) Der Vertrag tritt am 01.XX.2022 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.

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

(3) Dieser Vertrag und seine Anlagen sowie Anhänge können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Monatssende, frühestens zum 31.XX.2024 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein. Auch im Falle einer Kündigung ist der Leistungserbringer verpflichtet, die bereits genehmigten Versorgungen bis zum Ende des Genehmigungszeitraumes nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu Ende zu führen.

Entwurf

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

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

Ort, Datum	Unterschrift Leistungserbringer
Ort, Datum	Unterschrift KKH
Ort, Datum	Unterschrift hkk

Entwurf

Zusatz A 1 KKH – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

Verfahren für Kostenvoranschläge

1. Elektronischer Datenaustausch

Die KKH nutzt für den elektronischen Datenaustausch exklusiv die Dienstleistung der Firma:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen
Telefon: 0621 / 67 17 82-79
E-Mail: support@medicomp.de
Internet: www.medicomp.de

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages ist ausschließlich über diese Dienstleistungsfirma zulässig. Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit der o.g. Firma in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter zu vereinbaren.

Die fallbezogene Kommunikation hat grundsätzlich über den elektronischen Datenaustausch zu erfolgen. Hierzu stehen folgende Funktionen zur Verfügung:

- Empfang eines Auftrags für die Erstellung eines Kostenvoranschlages, Anpassung / Reparatur / sicherheitstechnische Kontrolle / Wartung / Rückholung eines Hilfsmittels,
- Versand des Kostenvoranschlages,
- Empfang des Entscheidungsdatensatzes (Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung),
- Empfang und Versand von Nachrichten,
- Versand einer Lieferbestätigung.

Die zulässigen Dateiformate für Anhänge (z. B. Verordnung, Kostenvoranschlag, Lieferschein) sind TIF, JPEG und PDF. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Leistungserbringer die notwendigen Unterlagen im Ausnahmefall auch auf dem Postweg oder per Fax an das zuständige Hilfsmittelzentrum senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren für die Faxübermittlung leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (PLZ) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieses Anhangs.

Eine Übermittlung von fallbezogenen Daten, wie Verordnungen, Kostenvoranschlägen, Lieferscheinen, etc. per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko / den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

1.1 Auftrag

Der Leistungserbringer kann über den Datenaustausch durch die KKH beauftragt werden:

- eine Versorgung vorzunehmen,
- auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag / Angebot zu erstellen,
- eine Anpassung / Reparatur / Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen
- ein / mehrere Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen.

Der Leistungserbringer erhält zur ordnungsgemäßen Auftragsdurchführung folgende Versichertendaten von der KKH:

- Name, Vorname
- Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
- Geburtsdatum
- Telefonnummer
- Krankenversichertenummer
- Ggf. abweichende Kontaktdaten der Pflegeperson oder des gesetzlichen Betreuers etc.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

Der Leistungserbringer sendet den Kostenvoranschlag als elektronischen Datensatz. Gemäß der Leistungsbeschreibung kann es erforderlich sein, dass dem Kostenvoranschlag ein oder mehrere Anhänge beizufügen sind.

Die KKH wird ihre Entscheidung ((Teil-)Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung, Entscheidungsänderung) ebenfalls elektronisch übermitteln. Die KKH wird die Verordnung im Bedarfsfall als Anhang beifügen, sollte diese dem Leistungserbringer nicht bereits vorliegen.

1.3 Nachrichten

Der Leistungserbringer kann den elektronischen Datenaustausch nutzen, um fallbezogene Nachrichten an die KKH zu übermitteln und zu empfangen. In diesen Nachrichten ist ebenfalls eine Übermittlung von Dateianhängen möglich.

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise:* Anschrift des Versicherten),
- die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer
- genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Gruppierungsnummer (Darstellung, welche Positionen des KVAs zu einer Hilfsmittelversorgung gehören - analog der technischen Anlage nach § 302 SGB V),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- gültiger ICD-Schlüssel aus dem aktuell gültigen ICD-10-Verzeichnis oder Angabe der Diagnose (im Langtext) gemäß Verordnung,
- die vertragsärztliche Verordnung in Kopie,
- der festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS)

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen
Tel. 04 21.16 33 95-32 50
Fax 04 21.16 33 95-55 99
E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera
Tel. 03 65.55 28 6-24 50
Fax. 03 65.55 28 6-24 99
E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:
Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr
Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr
Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:
KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera

von	bis	HMZ
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

von	bis	HMZ
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

Grundsätzliches

Eine Leistung ist erst dann abrechenbar, wenn die Leistung vollständig beim Versicherten erbracht wurde. Teilleistungen wie z.B. Interimsversorgungen und Erprobungen dürfen nicht abgerechnet werden.

Zuständige Stelle für Abrechnungsregelung

Die zuständige Stelle für die Abrechnung mit der KKH lautet wie folgt:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
c/o Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen
Telefonnummer des Kundenservice: 07641 9201-0

Rechnungslegung/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 (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
    - Abrechnungsdaten,
    - Kennzeichen Hilfsmittel,
    - 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
    - gegebenenfalls Produktbesonderheiten, sofern diese in der entsprechenden Anlage aufgerührt wurde,
    - Abrechnungspositionsnummer,
    - Versorgungszeitraum (von/bis),
    - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
    - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung),
    - Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
    - Urbelege (wie Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein,
    - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein,
    - Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.

2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH 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 KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Nettorechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

3. Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.

4. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, 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.

5. Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH 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.

6. Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

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

8. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenen für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Versorgung. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von die von der KKH benannten Stellen zu liefern (siehe VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").

9. 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 / Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

10. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH 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 oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.

11. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

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

13. Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

    1. IK des Zugelassenen (§ 1),

    2. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,

    3. Rechnungs- und Belegnummer,

    4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).

14. Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden.

15. 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 KKH zurückgewiesen werden.

16. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

17. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen aus-schließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

18. Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.

19. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH dem Zugelassenen die jeweils konkret beanstandeten Abrechnungsteile/Unterlagen oder die konkret beanstandeten einzelnen Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der Gesamt-abrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

    - 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),
    - Nicht ordnungsgemäße Übermittlung der Datei und Dateistrukturen nach § 302 SGB V.

20. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.

21. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH 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.

22. 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.

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

24. Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

25. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen wer-den soll, ist der Leistungserbringer 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 Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.

26. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzel-rechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.

2. Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

3. Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

4. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.

5. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

6. Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

7. Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.

8. Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Zusatz A 2 zum Rahmenvertrag

hkk
Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V) und Vertragsdatenverwaltung

I. Elektronischer Kostenvoranschlag

Ergänzend zu Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) gelten für die hkk folgende Regelungen zur Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags.

Entsprechend der Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) ist die Versorgung der hkk Versicherten mit Hilfsmitteln genehmigungspflichtig beziehungsweise genehmigungsfrei.

Für die Versorgung mit zum Kauf geregelten Produkten gemäß Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02), sofern mit dem Leistungserbringer vereinbart, verzichtet die hkk auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages, wenn das abgegebene Produkt (Hilfsmittel zuzüglich eventuell erforderliches Zubehör) beziehungsweise die Kosten dieser Versorgung X,00 Euro (netto) auf Verordnungsebene nicht übersteigen.

Der Genehmigungsverzicht kann von der hkk jederzeit auch gegenüber einzelnen Vertragszeilnehmern einseitig widerrufen werden. Die Änderung ist dem Leistzungserbringer mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende mitzuteilen.

Bedarf es im Einzelfall einer Genehmigung durch die hkk gelten die folgenden Regelungen:

Reicht der Leistungserbringer für ein in Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) genehmigungsfrei geregeltes Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag ein, gilt für die Abrechnung ausschließlich die von der hkk ausgestellte Genehmigung vorbehaltlich der nachgelagerten Abrechnungsprüfung. Die erteilte Genehmigungsnummer ist für den maßgeblichen Versorgungsfall zwingend in der Abrechnung anzugeben. Die hkk behält sich bei wiederholter nicht vertragskonformer Einreichung weitere Schritte gemäß § 13 des Rahmenvertrages vor.

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

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen

Entwurf

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für die Nutzung des Datenaustausches sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu regeln. Die hkk wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigung/Ablehnung) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

a. Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,

b. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),

c. Hilfsmittelkennzeichen (laut Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

d. 10-stellige Positionsnummer (entsprechend Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

e. Produktbesonderheiten (entsprechend Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

f. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,

g. Leistungserbringergruppenschlüssel,

h. Angabe des Versorgungszeitraumes (bei Hilfsmittelkennzeichen 03, 08, 09 und 20),

i. Menge,

j. Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,

k. Verordnungsdatum sowie

l. Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

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

Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Kostenvoranschläge werden von der hkk abgewiesen.

Sofern ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt in die Versorgung gelangen soll, sind die Regelungen gemäß § 7 Absatz 4 des Rahmenvertrages zu berücksichtigen. Die erforderlichen Unterlagen können vorab zur Prüfung der Produktanforderungen an das Vertragsmanagement der hkk unter hilfsmittelmanagement@hkk.de eingereicht werden. Nach Abschluss der Prüfungen und positiver Bewertung gemäß § 7 Absatz 4 des Rahmenvertrages wird die Pseudopositionsnummer bekannt gegeben.

Entwurf

Sofern dem Vorgang eine Verordnung zugrunde liegt, sind die vollständigen Angaben zum Verordner, die Diagnose(n) als ICD10 oder Klarschrift sowie weitergehende körperliche Angaben zur Diagnose, wie „rechts", „links", „beidseitig" oder „keine nähere Angabe möglich" anzugeben.

II. Rechnungslegung (gemäß § 302 SGB V)

1. Die Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistung wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Für das Abrechnungsverfahren gilt der § 302 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern" sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301a SGB V) und § 303 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in den jeweils aktuellen Fassungen.

2. Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich in Form einer Sammelabrechnung und enthält gemäß den Richtlinien folgende Bestandteile:

   - Abrechnungsdaten,
   - Urbelege (zum Beispiel Verordnungsblatt/-blätter, Berechtigungs- beziehungsweise Reparaturschein(e) jeweils im Original),
   - Empfangsbestätigung des Versicherten,
   - Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, gegebenenfalls zusätzlich Sammelrechnung),
   - Begleitzettel für Urbelege bei maschineller Abrechnung.

   Dabei hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Erfolgt die Trennung der Abrechnungsfälle nicht in der vereinbarten Weise erfolgt ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung.

   Die zuständigen Daten- und Belegannahmestellen der hkk ist der jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V (siehe zum Beispiel „Kostenträgerdateien" unter www.gkv-datenaustausch.de) zu entnehmen.

   Zum Zeitpunkt der Vertragsschließung ist die zuständige Daten- und Belegannahmestelle für die Abrechnung bei der hkk:

   Abrechnungszentrum Emmendingen
   An der B3 Haus Nr. 6
   79312 Emmendingen

3. Nach § 302 Absatz 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der benannten Stelle der hkk die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Es werden nur einwandfreie Daten entsprechend der technischen Anlage der Richtlinien angenommen.

Entwurf

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

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die benannte Stelle der hkk gemäß § 303 Absatz 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der hkk durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich bei der Kopfstelle des vdek anzumelden, wenn er erstmalig Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V für eine die Ersatzkasse liefert. Darüber hinaus besteht für den Leistungserbringer auch die Verpflichtung, sich vor der erstmaligen Datenlieferung für die hkk bei der von der hkk benannten Stelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Anlage 1 Abschnitt 9 der Richtlinien beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.

Nach erfolgreichem Abschluss des Testverfahrens kann die Abrechnung per elektronischer Datenübertragung erfolgen.

Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechnungs-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.

Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannten Stellen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Diesen Stellen ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das Institutionskennzeichen, unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

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

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

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die hkk mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der hkk durch Einschreiben mit Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der hkk an das

Entwurf

Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

Der Leistungserbringer hat das Abrechnungszentrum unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 BDSG beziehungsweise Artikel 38 DSGVO auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

4. In der Rechnungslegung sind insbesondere folgende Angaben zwingend erforderlich:

   - IK der ausliefernden Betriebsstätte des Leistungserbringers,
   - Versichertendaten, insbesondere die Versichertennummer,
   - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Pseudopositionsnummer),
   - siebenstelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe" (LEGS),
   - Hilfsmittelkennzeichen,
   - Menge der abgegebenen Leistung,
   - Rechnungs- und Belegnummer,
   - Bruttowert der Verordnung,
   - gegebenenfalls eingezogener Zuzahlungsbetrag und Mehrkosten,
   - Umsatzsteuer,
   - gegebenenfalls von der hkk vergebene Genehmigungsnummer (bei Vorgängen, die per eKV genehmigt werden, ist kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
   - Datum der Leistungserbringung entsprechend der Empfangsbestätigung,
   - Bei Postversand Sendungsverfolgungsnummer im Textfeld im Segment TXT,
   - gegebenenfalls Versorgungszeitraum (der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes sind in Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von" und „Versorgungszeitraum bis" zu übermitteln (Angabe von JJJJMMTT – JJJJMMTT). Parallel ist dazu der Versorgungszeitraum in Monaten in Segmnet ZUH, Feld „Versorgungszeitraum" anzugeben), sofern es sich um eine Versorgung mit dem Hilfsmittelkennzeichen 03, 08, 09 oder 20 handelt,
   - Angabe der Belegnummer der von der hkk benannten Stelle bei Nachberechnung aufgrund von Berichtigungen.

Entwurf

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn das Ausstellungsdatum der Verordnung nach dem angegebenen Leistungszeitpunkt liegt. Sofern eine Genehmigung der hkk vorliegt, müssen die Daten aus der Genehmigung zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen.

5. Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich per Sammelabrechnung mit den benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen.

   Die Abrechnung kann nur für zurückliegende und aktuelle Versorgungsmonate erfolgen. Abrechnungen für in der Zukunft liegende Versorgungsmonate sind nicht möglich.

   Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erfolgt sind, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).

   Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege, sowie rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei der von der hkk benannten Stelle eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist befreit die hkk von ihrer Zahlungsverpflichtung.

6. Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist unter anderem eine entsprechende Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1 SGB V zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistung. Die Kosten können der hkk und dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

7. Ein Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen besteht nicht bzw. nicht mehr, wenn der im Vertrag vereinbarte Genehmigungs- und Abrechnungsweg nicht eingehalten worden ist, insbesondere dann, wenn versucht wird, eine genehmigungspflichtige Leistung direkt, ohne das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung der hkk, abzurechnen.

8. Der Versicherte hat den Erhalt der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf den vereinbarten Formularen beziehungsweise der Verordnung zu bestätigen. Quittierungen im Voraus und sind unzulässig. Erfolgt die Quittierung nicht auf der Rückseite der Originalverordnung, müssen aus der Empfangsbestätigung das/die gelieferte/-n Hilfsmittel, die gelieferte Menge, der Name des Versicherten sowie – falls vom Versicherten abweichend – der Name des Unterzeichners hervor gehen. Auf den vereinbarten Formularen beziehungsweise auf der Verordnung ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.

   Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens beziehungsweise Frachtführers oder des Leistungserbringers ausreichend. Diese Nummer ist versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Segment TXT) anzugeben. 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

Entwurf

elektronische Liefernachweis kann von der hkk jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.

9. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen (maschinellen) Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelegen, sowie weiteren rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

10. Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die unter Punkt 2 benannte Daten- und Belegannahmestelle. Hat der Leistungserbringer die Abrechnung an ein Abrechnungszentrum übertragen, ist abweichend von Satz 1 ausschließlich dieses Abrechnungszentrum Ansprechpartner zur Klärung von Abrechnungen und Differenzen.

11. Die hkk beziehungsweise die von der hkk benannte Stelle ist berechtigt, die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung beziehungsweise Korrektur zurückgeben, wenn die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sind, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sind oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.

12. Den Vertragspartnern ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung 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.

13. Beanstandungen können von der hkk beziehungsweise von der hkk benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung bzw. ein Vertragsverstoß des Leistungserbringers vor.

14. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Beanstandung trägt der Leistungserbringer. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der von der hkk benannten Stelle zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

15. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem

Entwurf

Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

III. Vertragsteilnahme sowie Beitrittsverfahren bei der hkk

Ergänzend zu § 2 des Rahmenvertrages gelten für die Vertragsteilnahme von Verbänden folgende Regelung zur Übermittlung der Vertragsteilnehmer:

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

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

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

Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei dem Verband eingeht.

<u>Beitrittsverfahren bei der hkk</u>

Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Website.

Ist der Leistungserbringer Mitglied eines Verbandes, mit dem dieser Vertrag geschlossen wurde, ist der Vertragsbeitritt über den Verband und nicht in Form eines Einzelbeitrittes vorzunehmen.

Entwurf

Rahmenvertrag über die Versorgung mit Kommunikations- und Adaptionshilfen

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen

KKH Kaufmännische Krankenkasse
vertreten durch den Vorstand
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

und

hkk
vertreten durch den Vorstand
Martinistraße 26
28195 Bremen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und

VERBAND
STRAßE HAUSNUMMER
PLZ ORT

Institutionskennzeichen: XXX XXX XXX

- nachfolgend Verband genannt –

für die teilnehmenden Betriebe

Entwurf

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird stellvertretend für männliche, weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten in diesem Text das generische Maskulinum verwendet.
Es sind jedoch immer alle Geschlechter angesprochen.

Präambel

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

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Kommunikations- und Adaptionshilfen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V gemäß den Anlagen dieses Vertrages.

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Zusatz A1 KKH – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)
- Zusatz A2 hkk – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V) und Vertragsdatenverwaltung
- Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)

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

§ 2 Vertragsteilnahme

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

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

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

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, ausschließlich die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages abzugeben, für die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine gültige Präqualifizierung vorliegt. Endet die Präqualifizierung und wird keine

Entwurf

unmittelbare Folge-Präqualifizierung erteilt, ist für eine erneute Versorgungsberechtigung ein erneuter Vertragsbeitritt erforderlich.

(5) Der Verband ist verpflichtet, die Leistungserbringer zu melden und die Meldungen aktuell zu halten. Der Verband hat selbstständig eine Vertragspartnerliste der Leistungserbringer über den entsprechenden Leistungserbringergruppenschlüssel zu führen. Die Vertragspartnerliste ist von dem Verband regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Der Verband stellt sicher, dass die Leistungserbringer und deren Filialen bei der Aufnahme in die Teilnehmerliste die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind den Krankenkassen für den Einzelfall auf ihr Verlangen unverzüglich vorzulegen. Der Verband hat sicherzustellen, dass die Vertragsteilnehmer regelmäßig, spätestens jedoch alle 14 Tage eingespielt werden. Darüber hinaus sind die Kontaktdaten des Leistungserbringers sowie die Versorgungsgebiete für jeden Leistungserbringer durch den Verband zu melden und laufend zu pflegen. Die kassenspezifischen Anforderungen sind den Zusätzen A1 und A2 zu entnehmen.

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

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

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

(9) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist je Krankenkasse separat vorzunehmen. Die Beitrittsmodalitäten sind den Zusätzen A1 und A2 zu entnehmen.

§ 3 Geltungsbereich

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

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß

§ 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 126 Absatz 1a SGB V für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.

(2) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei einem Leistungserbringer entfallen, hat der Leistungserbringer die Krankenkassen oder den Verband unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anforderung der Krankenkassen hat der Leistungserbringer das Vorliegen der Voraussetzungen durch geeignete Nachweise darzulegen.

(3) Der Leistungserbringer setzt zur unmittelbaren Versorgung und Beratung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt. Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG), den Hilfsmittelrichtlinien, den Leitlinien und der Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum stellt der Leistungserbringer eine qualitätsgerechte Versorgung sicher. Produktspezifische Besonderheiten sind in den Anlagen geregelt.

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

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

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

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

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

(5) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ist während der gesamten Laufzeit des Vertrages beziehungsweise während der gesamten Dauer der Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag sicherzustellen. Er hat die erforderlichen und

Entwurf

geeigneten Geräte, Arbeitsmittel und Räumlichkeiten vorzuhalten, die eine fach- und fristgerechte Versorgung ermöglichen.

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

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

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

(9) Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses zu Lasten der Krankenkassen ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Originalverordnung (Muster 16). Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung aufgenommen wird. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraumes vertragskonform per Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des Eingangs des Kostenvoranschlages ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. Verordnungen aus dem Entlassmanagement verlieren 7 Kalendertage nach dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wird.

(10) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen sind den Krankenkassen vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die Regelungen in den Anlagen.

Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V entsprechend des Sachleistungsprinzips. Kosten, die vor Auftragserteilung entstehen, kann der Leistungserbringer grundsätzlich weder

beim Versicherten noch bei den Krankenkassen geltend machen. Privatrechtliche Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Versicherten, die darauf gerichtet sind, das gesetzliche Sachleistungsprinzip zu umgehen, gelten vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung als schwerwiegender Vertragsverstoß, der die Krankenkassen zur sofortigen Vertragskündigung berechtigt. Ausnahmsweise ist der Abschluss einer privatrechtlichen Vereinbarung zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich die Hilfsmittelversorgung vor der Kostenübernahme der Krankenkassen verlangt. Der Versicherte muss dabei umfassend schriftlich über die hiermit verbundenen finanziellen Risiken aufgeklärt werden. Die Kosten, die der Versicherte im Falle einer Ablehnung für das Hilfsmittel durch die Krankenkassen tragen müsste, dürfen marktübliche Preise nicht überschreiten. Die Vergütung des vorliegenden Hilfsmittellieferungsvertrages ist als Orientierung für die Vereinbarung heranzuziehen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

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

§ 5 Art und Umfang der Leistungen

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

- eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,
- die Bedarfsfeststellung, die hilfsmittelbezogene Beratung der Versicherten einschließlich der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel und der gegebenenfalls notwendigen Erprobungsphase und die Einweisung der Versicherten in den sachgerechten Umgang im Gebrauch der Hilfsmittel, einschließlich der sachgerechten Pflege,
- Lieferung, Montage, Inbetriebnahme und Funktionsprüfung des Hilfsmittels,
- die Überlassung einer allgemeinverständlichen, behindertengerechten Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache,
- Änderungen, Instandsetzungen und notwendige Ersatzbeschaffungen. Die Rechte der Krankenkassen bei Mängeln ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften.

Darüber hinaus gelten die vertraglichen Regelungen in den Anlagen.

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

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

Entwurf

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

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

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

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

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

§ 6 Versorgungsablauf

(1) Nach Vorlage der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten oder die Krankenkassen und anschließender Bedarfsfeststellung (inklusive Erstberatung) durch den Leistungserbringer, erstellt der Leistungserbringer unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, einen Kostenvoranschlag gemäß den Zusätzen A1 und A2 dieses Vertrages zur Genehmigung, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wurde.

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

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

(Kostenübernahmeerklärung) erteilen die Krankenkassen den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.

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

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel innerhalb von 72 Stunden nach Eingang der Kostenzusage (bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln gilt der Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer) sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Endet die 72 Stunden-Frist auf einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist die Versorgung spätestens am darauffolgenden Werktag sicherzustellen. Gleiches gilt für erforderliche Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Fertigstellungszeitpunkt beziehungsweise zum Reparaturzeitpunkt, ist unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen zulässig. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht in der Frist gemäß Satz 1 beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels zur Verfügung. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für individuell oder handwerklich gefertigte Produkte, Produkte mit individueller handwerklicher Zurichtung oder körpernahe nicht wiederverwendbare Hilfsmittel.

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

(7) Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen. Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Kontaktaufnahme bekannt zu geben, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels. Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

Entwurf

§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

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

(2) Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten (Auswahl, Anzahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (§ 12 Absatz 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen.

(3) Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen und Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL), des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) entsprechen. Für die Abgabe von Hilfsmitteln ist das MPDG verpflichtend. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das MPDG gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind Mindestanforderungen. Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.

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

Sofern im Einzelfall kein gelistetes Produkt geeignet ist und eine Abgabe eines nicht gelisteten Produktes erfolgen soll, ist den Krankenkassen ein Kostenvoranschlag mit ausführlicher Begründung einzureichen.

Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer beziehungsweise ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel ist den Krankenkassen vom Leistungserbringer eine vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) vorzulegen. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der Krankenkassen innerhalb von 4 Wochen vorzulegen.

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in diesem Vertrag geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur

Entwurf

Genehmigung bei den Krankenkassen einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Die Regelungen in den Zusätzen A1 und A2 sind maßgeblich.

Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden. Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag erhalten.

(5) Der Leistungserbringer verfügt über eine Zertifizierung nach ISO 13485.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

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

- Er übernimmt produktartunabhängig für alle in den Anlagen dieses Rahmenvertrages geregelten Medizinprodukte sofern zutreffend die Einweisung und Instandhaltung nach Vorgaben des Herstellers. Die Vergütung für notwendige Instandhaltungsmaßnahmen ergibt sich aus den maßgeblichen Produktanlagen.

- Darüber hinaus übernimmt der Leistungserbringer bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte die Dokumentation der Einweisung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV).

- Für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV übernimmt der Leistungserbringer zusätzlich das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) sowie die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV), alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Unter Beachtung von Herstellerangaben und gegebenenfalls kassenseitig vorliegender Informationen und Erkenntnissen, können kürzere Intervalle sachgerecht sein.

- Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen.

(7) Ist der Leistungserbringer aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die genannten Aufgaben durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und den Krankenkassen anzuzeigen. Die Anzeige soll erst dann erfolgen, wenn der Leistungserbringer den Versicherten zuvor trotz mehrfacher Versuche innerhalb von drei Wochen nicht erreichen/antreffen konnte. Die Dokumentation ist den

Entwurf

Krankenkassen unverzüglich nach letztmaligem Kontaktversuch zu übermitteln. Eine Haftung des Leistungserbringers wegen nicht fristgerechter Erfüllung der betroffenen Aufgabe ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Die Krankenkassen stellen die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zur Verfügung und wirkt erforderlichenfalls bei fehlender Mitwirkung des Versicherten im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf diesen ein.

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

(9) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung" (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. 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 eine entsprechende Begründung erforderlich. Die Krankenkassen können in begründeten Fällen durch den MD gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist.

(10) Hat der Arzt kein konkretes Produkt verordnet, wählt der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen ein wirtschaftliches Produkt aus. Bei mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln obliegt die Wahl des konkreten Produkts dem Versicherten.

§ 8 Kostenvoranschlag

Die Zusätze A 1 und A2 regeln die Inhalte des Kostenvoranschlags.

§ 9 Abrechnungsregelung

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in den Zusätzen A1 und A2 geregelt.

§ 10 Vergütung

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

(2) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils mindestens auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der Krankenkassen, soweit diese erforderlich ist, und der Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss der Versorgung. Der Versicherte beziehungsweise ein

Entwurf

Bevollmächtigter hat die Abgabe der bedarfs- und fachgerechten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen.

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

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

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

§ 11 Beratung der Versicherten und Dokumentation

(1) Der Leistungserbringer ist nach § 127 Absatz 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung persönlich zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Soweit der Versicherte explizit auf eine analoge Beratung verzichtet und dies schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Leistungserbringer bestätigt, kann eine digitale Beratung im Rahmen eines Live-Web-Seminars mit direkten Interventionsmöglichkeiten des Versicherten erfolgen. Die Bestätigung des Verzichts einer analogen Beratung ist durch den Leistungserbringer aufzubewahren und den Krankenkassen auf Anforderung unverzüglich vorzulegen. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihm gegebenenfalls im Einzelfall zu tragenden Mehrkosten zu informieren.

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

(3) Der Leistungserbringer hat die Durchführung der Beratung und gegebenenfalls die Mehrkosteninformation schriftlich zu dokumentieren und sich die erfolgte

Entwurf

Beratung durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen (vergleiche § 127 Absatz 5 SGB V). Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall einer Versorgung aufgrund von Folgeverordnungen oder Versorgungen, bei denen gemäß den Anlagen auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet wird, verzichten die Krankenkassen auf die Dokumentation der Beratung und deren Bestätigung.

Die Dokumentation umfasst dabei mindestens alle Inhalte der Anlagen 1 und 2 der Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in der jeweils gültigen Fassung. Der Leistungserbringer hat die Beratungsdokumentation und gegebenenfalls die Dokumentation der Mehrkosteninformation im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren und auf Anforderung der Krankenkassen zu Prüfzwecken im hierfür maßgeblichen Umfang vorzulegen. Bei Nichtvorlage entfällt der Anspruch auf Vergütung. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend.

Voraussetzung für die Übermittlung dieser Daten ist die schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten (vergleiche §127 Abs. 7 SGB V).

§ 12 Wettbewerb und Werbung

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

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

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

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

Entwurf

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

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

§ 13 Vertragsverstöße und Vertragsstrafe

(1) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, können die Krankenkassen nach vorheriger Abmahnung gegenüber dem Leistungserbringer unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit eine Vertragsstrafe festsetzen, die bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen eine Zahlungsverpflichtung des Leistungserbringers begründet. Hierbei gilt der Höhe nach für jeden Einzelfall eine Vertragsstrafe von bis zu 500,00 Euro. Für die gleichzeitige Festsetzung mehrerer Vertragsstrafen gilt, dass die Gesamtbemessung angemessen und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen muss.

(2) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen sind die Krankenkassen berechtigt, nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers durch die Krankenkassen den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend. Die Kündigung kann gegenüber dem einzelnen Leistungserbringer ausgesprochen werden und hat die Wirkung, dass dieser sodann nicht mehr am Rahmenvertrag teilnimmt. Daneben ist auch eine außerordentliche Kündigung gegenüber dem Verband möglich, wenn dieser seine Rahmenvertraglichen Pflichten in schwerwiegender Weise verletzt.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß im Sinne des Absatz 2 gilt zum Beispiel:

- die wiederholte nicht vertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen,
- die Berechnung nicht ausgeführter oder abweichender Leistungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzregelungen,
- die Erhebung von Aufzahlungen gegenüber den Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
- rufschädigende Äußerungen über die Krankenkassen gegenüber den Versicherten,
- ein Verstoß gegen § 12 des Rahmenvertrages.

Entwurf

§ 14 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers

(1) Der Leistungserbringer hat die Krankenkassen über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Ablehnung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

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

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

§ 15 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 bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten und so weiter) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

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

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

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich hinsichtlich der für die jeweilige Versorgung erlangten Patienten- und Versichertendaten (Sozialdaten) neben der Beachtung vorgenannter gesetzlicher Regelungen zur Verschwiegenheit. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

Entwurf

(7) Der Verband stellt sicher, dass alle über den Verband teilnehmenden Leistungserbringer in geeigneter Weise über die Regelungen und Einhaltung des Datenschutzes informiert werden. Dies ist gegenüber den Krankenkassen auf Verlangen unverzüglich nachzuweisen.

§ 16 Haftung und Gewährleistung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung.

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme beziehungsweise Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten beziehungsweise einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Abweichende Regelungen ergeben sich aus den produktspezifischen Anlagen. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß den gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig. Es gelten für Gewährleistungsansprüche die gesetzlichen Verjährungsfristen.

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

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

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch Schäden nach dem MPDG umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- beziehungsweise 1 Mio. Euro für Sachschäden pauschal für jeden Versicherungsfall zu unterhalten. Stehen den Krankenkassen weitergehende Schadensersatzansprüche zu, so bleiben diese von dieser Regelung unberührt.

(6) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie beziehungsweise Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien beziehungsweise Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die Krankenkassen.

§ 17 Sonderkündigungsrecht

(1) Auf Seiten der Krankenkassen liegt ein Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, wenn:

a) die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 des Rahmenvertrages nicht mehr gegeben sind,

Entwurf

b) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsanordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist.

(2) Die Krankenkassen können den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögendes Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.

(3) Die Vertragspartner sind zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

§ 18 Salvatorische Klausel

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

§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit

(1) Der Vertrag tritt am 01.XX.2022 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.

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

(3) Dieser Vertrag und seine Anlagen sowie Anhänge können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Monatssende, frühestens zum 31.XX.2024 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein. Auch im Falle einer Kündigung ist der Leistungserbringer verpflichtet, die bereits genehmigten Versorgungen bis zum Ende des Genehmigungszeitraumes nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu Ende zu führen.

(4) Die Leistungserbringer können mit einer Ankündigungsfrist von vier Wochen ihre Teilnahme am Vertrag oder an einzelnen produktspezifischen Anlagen gegenüber dem Verband für beendet erklären, frühestens zum 31.XX.20XX. Eine Kündigung, die gegenüber einem Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer. Soweit die Kündigung des Vertrages durch den Verband oder gegenüber dem Verband erklärt wird, verlieren gleichzeitig sämtliche auf diesem Rahmenvertrag gründende Beitritte der Mitgliedsbetriebe des Verbandes ihre

Entwurf

Rechtswirkung. Gleiches gilt für die Kündigung einzelner produktspezifischer Anlagen sowie dazugehörige produktspezifischer Anhänge. Es besteht zwischen Rahmenvertrag und Beitrittsvertrag ein akzessorisches Rechtsverhältnis.

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

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

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Verband
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift KKH
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift hkk

Entwurf

Zusatz A 1 KKH – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

Verfahren für Kostenvoranschläge

1. Elektronischer Datenaustausch

Die KKH nutzt für den elektronischen Datenaustausch exklusiv die Dienstleistung der Firma:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen
Telefon: 0621 / 67 17 82-79
E-Mail: support@medicomp.de
Internet: www.medicomp.de

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages ist ausschließlich über diese Dienstleistungsfirma zulässig. Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit der o.g. Firma in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter zu vereinbaren.

Die fallbezogene Kommunikation hat grundsätzlich über den elektronischen Datenaustausch zu erfolgen. Hierzu stehen folgende Funktionen zur Verfügung:

- Empfang eines Auftrags für die Erstellung eines Kostenvoranschlages, Anpassung / Reparatur / sicherheitstechnische Kontrolle / Wartung / Rückholung eines Hilfsmittels,
- Versand des Kostenvoranschlages,
- Empfang des Entscheidungsdatensatzes (Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung),
- Empfang und Versand von Nachrichten,
- Versand einer Lieferbestätigung.

Die zulässigen Dateiformate für Anhänge (z. B. Verordnung, Kostenvoranschlag, Lieferschein) sind TIF, JPEG und PDF. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Leistungserbringer die notwendigen Unterlagen im Ausnahmefall auch auf dem Postweg oder per Fax an das zuständige Hilfsmittelzentrum senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren für die Faxübermittlung leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (PLZ) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieses Anhangs.

Eine Übermittlung von fallbezogenen Daten, wie Verordnungen, Kostenvoranschlägen, Lieferscheinen, etc. per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko / den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

1.1 Auftrag

Der Leistungserbringer kann über den Datenaustausch durch die KKH beauftragt werden:

- eine Versorgung vorzunehmen,
- auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag / Angebot zu erstellen,
- eine Anpassung / Reparatur / Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen
- ein / mehrere Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen.

Der Leistungserbringer erhält zur ordnungsgemäßen Auftragsdurchführung folgende Versichertendaten von der KKH:

- Name, Vorname
- Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
- Geburtsdatum
- Telefonnummer
- Krankenversichertenummer
- Ggf. abweichende Kontaktdaten der Pflegeperson oder des gesetzlichen Betreuers etc.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

Der Leistungserbringer sendet den Kostenvoranschlag als elektronischen Datensatz. Gemäß der Leistungsbeschreibung kann es erforderlich sein, dass dem Kostenvoranschlag ein oder mehrere Anhänge beizufügen sind.

Die KKH wird ihre Entscheidung ((Teil-)Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung, Entscheidungsänderung) ebenfalls elektronisch übermitteln. Die KKH wird die Verordnung im Bedarfsfall als Anhang beifügen, sollte diese dem Leistungserbringer nicht bereits vorliegen.

1.3 Nachrichten

Der Leistungserbringer kann den elektronischen Datenaustausch nutzen, um fallbezogene Nachrichten an die KKH zu übermitteln und zu empfangen. In diesen Nachrichten ist ebenfalls eine Übermittlung von Dateianhängen möglich.

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise:* Anschrift des Versicherten),
- die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer
- genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Gruppierungsnummer (Darstellung, welche Positionen des KVAs zu einer Hilfsmittelversorgung gehören - analog der technischen Anlage nach § 302 SGB V),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- gültiger ICD-Schlüssel aus dem aktuell gültigen ICD-10-Verzeichnis oder Angabe der Diagnose (im Langtext) gemäß Verordnung,
- die vertragsärztliche Verordnung in Kopie,
- der festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS)

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen
Tel. 04 21.16 33 95-32 50
Fax 04 21.16 33 95-55 99
E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera
Tel. 03 65.55 28 6-24 50
Fax. 03 65.55 28 6-24 99
E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:
Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr
Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr
Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:
KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera

von	bis	HMZ
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

von	bis	HMZ
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

Grundsätzliches

Eine Leistung ist erst dann abrechenbar, wenn die Leistung vollständig beim Versicherten erbracht wurde. Teilleistungen wie z.B. Interimsversorgungen und Erprobungen dürfen nicht abgerechnet werden.

Zuständige Stelle für Abrechnungsregelung

Die zuständige Stelle für die Abrechnung mit der KKH lautet wie folgt:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
c/o Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen
Telefonnummer des Kundenservice: 07641 9201-0

Rechnungslegung/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 (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
    - Abrechnungsdaten,
    - Kennzeichen Hilfsmittel,
    - 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
    - gegebenenfalls Produktbesonderheiten, sofern diese in der entsprechenden Anlage aufgerührt wurde,
    - Abrechnungspositionsnummer,
    - Versorgungszeitraum (von/bis),
    - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
    - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung),
    - Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
    - Urbelege (wie Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein,
    - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein,
    - Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.

2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH 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 KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Nettorechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

3. Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.

4. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, 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.

5. Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH 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.

6. Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

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

8. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenen für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Versorgung. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von die von der KKH benannten Stellen zu liefern (siehe VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").

9. 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 / Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

10. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH 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 oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.

11. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

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

13. Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

    1. IK des Zugelassenen (§ 1),

    2. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,

    3. Rechnungs- und Belegnummer,

    4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).

14. Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden.

15. 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 KKH zurückgewiesen werden.

16. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

17. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen aus-schließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

18. Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.

19. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH dem Zugelassenen die jeweils konkret beanstandeten Abrechnungsteile/Unterlagen oder die konkret beanstandeten einzelnen Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der Gesamt-abrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

    - 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),
    - Nicht ordnungsgemäße Übermittlung der Datei und Dateistrukturen nach § 302 SGB V.

20. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.

21. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH 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.

22. 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.

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

24. Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

25. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen wer-den soll, ist der Leistungserbringer 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 Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.

26. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzel-rechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.

2. Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

3. Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

4. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.

5. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

6. Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

7. Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.

8. Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Zusatz A 2 zum Rahmenvertrag

hkk
Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V) und Vertragsdatenverwaltung

I. Elektronischer Kostenvoranschlag

Ergänzend zu Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) gelten für die hkk folgende Regelungen zur Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags.

Entsprechend der Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) ist die Versorgung der hkk Versicherten mit Hilfsmitteln genehmigungspflichtig beziehungsweise genehmigungsfrei.

Für die Versorgung mit zum Kauf geregelten Produkten gemäß Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02), sofern mit dem Leistungserbringer vereinbart, verzichtet die hkk auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages, wenn das abgegebene Produkt (Hilfsmittel zuzüglich eventuell erforderliches Zubehör) beziehungsweise die Kosten dieser Versorgung X,00 Euro (netto) auf Verordnungsebene nicht übersteigen.

Der Genehmigungsverzicht kann von der hkk jederzeit auch gegenüber einzelnen Vertragszeilnehmern einseitig widerrufen werden. Die Änderung ist dem Leistzungserbringer mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende mitzuteilen.

Bedarf es im Einzelfall einer Genehmigung durch die hkk gelten die folgenden Regelungen:

Reicht der Leistungserbringer für ein in Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02) genehmigungsfrei geregeltes Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag ein, gilt für die Abrechnung ausschließlich die von der hkk ausgestellte Genehmigung vorbehaltlich der nachgelagerten Abrechnungsprüfung. Die erteilte Genehmigungsnummer ist für den maßgeblichen Versorgungsfall zwingend in der Abrechnung anzugeben. Die hkk behält sich bei wiederholter nicht vertragskonformer Einreichung weitere Schritte gemäß § 13 des Rahmenvertrages vor.

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

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen

Entwurf

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für die Nutzung des Datenaustausches sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu regeln. Die hkk wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigung/Ablehnung) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

a. Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,

b. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),

c. Hilfsmittelkennzeichen (laut Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

d. 10-stellige Positionsnummer (entsprechend Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

e. Produktbesonderheiten (entsprechend Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) und Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)),

f. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,

g. Leistungserbringergruppenschlüssel,

h. Angabe des Versorgungszeitraumes (bei Hilfsmittelkennzeichen 03, 08, 09 und 20),

i. Menge,

j. Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,

k. Verordnungsdatum sowie

l. Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

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

Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Kostenvoranschläge werden von der hkk abgewiesen.

Sofern ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt in die Versorgung gelangen soll, sind die Regelungen gemäß § 7 Absatz 4 des Rahmenvertrages zu berücksichtigen. Die erforderlichen Unterlagen können vorab zur Prüfung der Produktanforderungen an das Vertragsmanagement der hkk unter hilfsmittelmanagement@hkk.de eingereicht werden. Nach Abschluss der Prüfungen und positiver Bewertung gemäß § 7 Absatz 4 des Rahmenvertrages wird die Pseudopositionsnummer bekannt gegeben.

Entwurf

Sofern dem Vorgang eine Verordnung zugrunde liegt, sind die vollständigen Angaben zum Verordner, die Diagnose(n) als ICD10 oder Klarschrift sowie weitergehende körperliche Angaben zur Diagnose, wie „rechts", „links", „beidseitig" oder „keine nähere Angabe möglich" anzugeben.

II. Rechnungslegung (gemäß § 302 SGB V)

1. Die Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistung wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Für das Abrechnungsverfahren gilt der § 302 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern" sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301a SGB V) und § 303 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in den jeweils aktuellen Fassungen.

2. Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich in Form einer Sammelabrechnung und enthält gemäß den Richtlinien folgende Bestandteile:

   - Abrechnungsdaten,
   - Urbelege (zum Beispiel Verordnungsblatt/-blätter, Berechtigungs- beziehungsweise Reparaturschein(e) jeweils im Original),
   - Empfangsbestätigung des Versicherten,
   - Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, gegebenenfalls zusätzlich Sammelrechnung),
   - Begleitzettel für Urbelege bei maschineller Abrechnung.

   Dabei hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Erfolgt die Trennung der Abrechnungsfälle nicht in der vereinbarten Weise erfolgt ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung.

   Die zuständigen Daten- und Belegannahmestellen der hkk ist der jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V (siehe zum Beispiel „Kostenträgerdateien" unter www.gkv-datenaustausch.de) zu entnehmen.

   Zum Zeitpunkt der Vertragsschließung ist die zuständige Daten- und Belegannahmestelle für die Abrechnung bei der hkk:

   Abrechnungszentrum Emmendingen
   An der B3 Haus Nr. 6
   79312 Emmendingen

3. Nach § 302 Absatz 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der benannten Stelle der hkk die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Es werden nur einwandfreie Daten entsprechend der technischen Anlage der Richtlinien angenommen.

Entwurf

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

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die benannte Stelle der hkk gemäß § 303 Absatz 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der hkk durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich bei der Kopfstelle des vdek anzumelden, wenn er erstmalig Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V für eine die Ersatzkasse liefert. Darüber hinaus besteht für den Leistungserbringer auch die Verpflichtung, sich vor der erstmaligen Datenlieferung für die hkk bei der von der hkk benannten Stelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Anlage 1 Abschnitt 9 der Richtlinien beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.

Nach erfolgreichem Abschluss des Testverfahrens kann die Abrechnung per elektronischer Datenübertragung erfolgen.

Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechnungs-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.

Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannten Stellen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Diesen Stellen ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das Institutionskennzeichen, unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

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

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

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die hkk mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der hkk durch Einschreiben mit Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der hkk an das

Entwurf

Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

Der Leistungserbringer hat das Abrechnungszentrum unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 BDSG beziehungsweise Artikel 38 DSGVO auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

4. In der Rechnungslegung sind insbesondere folgende Angaben zwingend erforderlich:

   - IK der ausliefernden Betriebsstätte des Leistungserbringers,
   - Versichertendaten, insbesondere die Versichertennummer,
   - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Pseudopositionsnummer),
   - siebenstelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe" (LEGS),
   - Hilfsmittelkennzeichen,
   - Menge der abgegebenen Leistung,
   - Rechnungs- und Belegnummer,
   - Bruttowert der Verordnung,
   - gegebenenfalls eingezogener Zuzahlungsbetrag und Mehrkosten,
   - Umsatzsteuer,
   - gegebenenfalls von der hkk vergebene Genehmigungsnummer (bei Vorgängen, die per eKV genehmigt werden, ist kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
   - Datum der Leistungserbringung entsprechend der Empfangsbestätigung,
   - Bei Postversand Sendungsverfolgungsnummer im Textfeld im Segment TXT,
   - gegebenenfalls Versorgungszeitraum (der Beginn und das Ende des Versorgungszeitraumes sind in Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von" und „Versorgungszeitraum bis" zu übermitteln (Angabe von JJJJMMTT – JJJJMMTT). Parallel ist dazu der Versorgungszeitraum in Monaten in Segmnet ZUH, Feld „Versorgungszeitraum" anzugeben), sofern es sich um eine Versorgung mit dem Hilfsmittelkennzeichen 03, 08, 09 oder 20 handelt,
   - Angabe der Belegnummer der von der hkk benannten Stelle bei Nachberechnung aufgrund von Berichtigungen.

Entwurf

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn das Ausstellungsdatum der Verordnung nach dem angegebenen Leistungszeitpunkt liegt. Sofern eine Genehmigung der hkk vorliegt, müssen die Daten aus der Genehmigung zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen.

5. Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich per Sammelabrechnung mit den benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen.

   Die Abrechnung kann nur für zurückliegende und aktuelle Versorgungsmonate erfolgen. Abrechnungen für in der Zukunft liegende Versorgungsmonate sind nicht möglich.

   Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erfolgt sind, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).

   Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege, sowie rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei der von der hkk benannten Stelle eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist befreit die hkk von ihrer Zahlungsverpflichtung.

6. Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist unter anderem eine entsprechende Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1 SGB V zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistung. Die Kosten können der hkk und dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

7. Ein Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen besteht nicht bzw. nicht mehr, wenn der im Vertrag vereinbarte Genehmigungs- und Abrechnungsweg nicht eingehalten worden ist, insbesondere dann, wenn versucht wird, eine genehmigungspflichtige Leistung direkt, ohne das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung der hkk, abzurechnen.

8. Der Versicherte hat den Erhalt der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf den vereinbarten Formularen beziehungsweise der Verordnung zu bestätigen. Quittierungen im Voraus und sind unzulässig. Erfolgt die Quittierung nicht auf der Rückseite der Originalverordnung, müssen aus der Empfangsbestätigung das/die gelieferte/-n Hilfsmittel, die gelieferte Menge, der Name des Versicherten sowie – falls vom Versicherten abweichend – der Name des Unterzeichners hervor gehen. Auf den vereinbarten Formularen beziehungsweise auf der Verordnung ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.

   Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens beziehungsweise Frachtführers oder des Leistungserbringers ausreichend. Diese Nummer ist versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Segment TXT) anzugeben. 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

Entwurf

elektronische Liefernachweis kann von der hkk jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.

9. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen (maschinellen) Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelegen, sowie weiteren rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

10. Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die unter Punkt 2 benannte Daten- und Belegannahmestelle. Hat der Leistungserbringer die Abrechnung an ein Abrechnungszentrum übertragen, ist abweichend von Satz 1 ausschließlich dieses Abrechnungszentrum Ansprechpartner zur Klärung von Abrechnungen und Differenzen.

11. Die hkk beziehungsweise die von der hkk benannte Stelle ist berechtigt, die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung beziehungsweise Korrektur zurückgeben, wenn die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sind, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sind oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.

12. Den Vertragspartnern ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung 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.

13. Beanstandungen können von der hkk beziehungsweise von der hkk benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung bzw. ein Vertragsverstoß des Leistungserbringers vor.

14. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Beanstandung trägt der Leistungserbringer. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der von der hkk benannten Stelle zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

15. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem

Entwurf

Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

III. Vertragsteilnahme sowie Beitrittsverfahren bei der hkk

Ergänzend zu § 2 des Rahmenvertrages gelten für die Vertragsteilnahme von Verbänden folgende Regelung zur Übermittlung der Vertragsteilnehmer:

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

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

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

Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei dem Verband eingeht.

<u>Beitrittsverfahren bei der hkk</u>

Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Website.

Ist der Leistungserbringer Mitglied eines Verbandes, mit dem dieser Vertrag geschlossen wurde, ist der Vertragsbeitritt über den Verband und nicht in Form eines Einzelbeitrittes vorzunehmen.

Entwurf