

Wesentliche Inhalte des Vertrages über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Rollatoren (PG 10)

Inhaltsverzeichnis:

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Leistungsumfang | 2 |
| 2. | Leistungsort..... | 2 |
| 3. | Versorgungsanzeige..... | 2 |
| 4. | Beratung und Bedarfsfeststellung..... | 4 |
| 4.1. | Beratung | 5 |
| 4.2. | Bedarfsfeststellung | 5 |
| 5. | Antragsverfahren..... | 6 |
| 5.1. | Grundsätzliches zum KVA..... | 6 |
| 5.2. | Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer | 6 |
| 5.3. | Kostenvoranschläge außerhalb dieses Vertrages | 6 |
| 5.4. | Direktgenehmigung durch die KKH | 7 |
| 5.5. | Prüfung der Unterlagen und Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung | 7 |
| 6. | Lieferung des Hilfsmittels..... | 7 |
| 6.1. | Auslieferung des Hilfsmittels | 7 |
| 6.2. | Lieferfrist | 7 |
| 6.3. | Abstimmung Liefertermin mit dem Versicherten | 8 |
| 6.4. | Abgabe des Hilfsmittels..... | 9 |
| 6.5. | Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels | 9 |
| 6.6. | Interimsversorgung | 9 |
| 6.7. | Lieferbestätigung/Lieferdokumentation | 10 |
| 7. | Nachbetreuung..... | 10 |
| 8. | Reparaturen, Umversorgungen, Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen und Überprüfungen | 11 |
| 8.1. | Reparaturen..... | 11 |
| 8.2. | Umversorgungen | 11 |
| 8.3. | Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen und Überprüfungen | 11 |
| 8.4. | Interimsversorgung bei Reparaturen, Wartungen und Überprüfungen..... | 12 |
| 9. | Leistungsumfang Folgeversorgung..... | 12 |
| 9.1. | Beantragung der Folgevergütungspauschale | 12 |
| 9.2. | Überprüfung der vorhandenen Versorgung..... | 13 |
| 9.3. | Abrechnung der Folgevergütungspauschale | 13 |
| 10. | Rückholung des Hilfsmittels..... | 13 |
| 11. | Wiedereinsatz von Hilfsmitteln..... | 15 |
| 12. | Umzug des Versicherten | 15 |
| 13. | Telefonische Erreichbarkeit und Kontaktdaten des Leistungserbringers..... | 15 |
| 14. | Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile | 16 |
| 15. | Beschwerdemanagement..... | 16 |

1. Leistungsumfang

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das verordnete Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

Mit umfasst sind alle im Zusammenhang damit erforderlichen Dienst-, Service- und Versorgungsleistungen wie z.B.:

- Auftragsannahme,
- Beratung des Versicherten,
- Bedarfsfeststellung
- Lieferung,
- Montage,
- Mitnahme und Entsorgung von Verpackungsmaterialien,
- Anpassung und Einweisung,
- ggf. Erprobung,
- Durchführung von Reparaturen,
- kostenfreie Umversorgung bei vorheriger Falschwahl des Hilfsmittels,
- kostenfreie Umversorgung bei unwirtschaftlicher Reparatur des vorhandenen Hilfsmittels,
- Wartungsarbeiten und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß Herstellervorgaben,
- Interimsversorgung während Wartung/Reparatur,
- Eilversorgungen,
- Nachbetreuung,
- Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile,
- Demontage und Abholung,
- Vorhaltung einer Servicehotline.

Die Hilfsmittel haben die in der Anlage 01: „Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel und des Zubehörs“ aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.

Für die Erbringung/den Umfang der Leistungen des Leistungserbringers gilt im Übrigen folgendes:

2. Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Hilfsmittel und die Erbringung der weiterführenden Leistungen in der Häuslichkeit/am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen¹ durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

3. Versorgungsanzeige

Die Versorgung erfolgt in der Regel auf der Grundlage eines vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten Arzneverordnungsblattes (Muster 16, vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V) oder einer Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) im Rahmen der Pflegebegutachtung gemäß Pflegefördergesetz § 18 Abs. 6a SGB XI.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur von der Häuslichkeit gesprochen, schließt aber ggf. Behinderteneinrichtungen, Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen ein.

Entweder reichen die Versicherten das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) bei der KKH ein oder wenden sich direkt an einen Leistungserbringer. Hilfsmittelverordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements werden in der Regel direkt bei der KKH eingereicht. Die Hilfsmittelpfehlungen der Pflegebegutachter oder der Pflegefachkräfte werden der KKH von der bei ihr ansässigen Pflegekasse benannt.

Ordnungsgemäß ausgestellt ist ein Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), wenn es neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Kassen-Nummer,
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
- Versicherten-Nummer,
- Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V),
- Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes oder des Krankenhauses,
- Arzt-Nummer (LANR),
- Ausstellungsdatum,
- Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
- Diagnose oder Indikation,
- Versorgungszeitraum nur bei zeitlich begrenzten Versorgungsleistungen
- Unterschrift des Vertragsarztes,
- Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Bescheinigung oder Verordnung, welche aufgrund der Bedarfsfeststellung erforderlich sind, sind nur durch den ausstellenden Arzt vorzunehmen und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen² nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.

Erhält der Leistungserbringer die Verordnung, leitet der Leistungserbringer diese mit einem Kostenvoranschlag an die KKH weiter, siehe Punkt 5.

Es ist ausreichend, wenn die Verordnung dem KVA als Kopie beigelegt wird. Auf Verlangen der KKH ist dieser die Verordnung im Original vorzulegen.

Neben dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) zugelassener Vertrags- oder Krankenhausärzte akzeptiert die KKH 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. Handelt es sich um eine Krankenhausverordnung, ist vom Leistungserbringer möglichst das Institutionskennzeichen (IK) des verordnenden Krankenhauses auf dem Kostenvoranschlag (KVA) anzugeben.

² Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements beträgt die Frist 7 Kalendertage gemäß § 6a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie).

4. Beratung und Bedarfsfeststellung

Die Beratung und Bedarfsfeststellung kann telefonisch vorgenommen werden. Die telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung sind bereits mit der ersten Kontaktaufnahme beim Versicherten durchzuführen. Die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten hat taggleich, spätestens am folgenden Werktag³, nach Eingang der Genehmigung, Beauftragung zur Beratung und Bedarfsfeststellung oder nach Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer zu erfolgen.

Ist jedoch auf Grund der individuellen Versorgung bzw. des Krankheitsbildes des Versicherten eine Beratung und Bedarfsfeststellung vor Ort beim Versicherten zwingend erforderlich, ist die Beratung und Bedarfsfeststellung in der Häuslichkeit des Versicherten persönlich, innerhalb von 3 Werktagen, nach Eingang der Genehmigung, Beauftragung zur Beratung und Bedarfsfeststellung oder nach Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer, durchzuführen.

Für die Beratung und Bedarfsfeststellung in der Häuslichkeit des Versicherten hat der Leistungserbringer taggleich, spätestens am folgenden Werktag mit dem Versicherten einen Termin abzustimmen. Dem Versicherten ist hierfür ein Fixtermin, höchstens jedoch ein maximales Zeitfenster von 2 Stunden vorzuschlagen.

Jeder Kontaktversuch zur telefonischen Terminabsprache darf ausschließlich in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr erfolgen. Die für die Terminabsprache erforderlichen Versichertenkontaktdaten stellt die KKH zur Verfügung.

Erreicht der Leistungserbringer den Versicherten unter den von der KKH benannten Kontaktdaten nach 3 Versuchen nicht, gibt er taggleich eine Rückmeldung, bevorzugt per Datenaustausch ansonsten telefonisch, an den zuständigen Sachbearbeiter der KKH. Der Leistungserbringer schreibt den Versicherten außerdem an, um ihn über den Versorgungsauftrag zu informieren und benennt hier seine vollständigen Kontaktdaten sowie die Kontaktdaten einer persönlich für den jeweiligen Versicherten zuständigen Fachkraft.

Die Beratung und Bedarfsfeststellung in der Häuslichkeit des Versicherten hat grundsätzlich werktags zwischen 08:00 Uhr und 20:00 Uhr zu erfolgen. Sofern die Beratung und Bedarfsfeststellung an einem Samstag angeboten werden und der Versicherte dies wünscht, können diese auch samstags erfolgen.

Wünscht der Versicherte eine Beratung und Bedarfsfeststellung zu einem späteren Zeitpunkt, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen. Hausbesuche dürfen nur nach vorheriger Terminabsprache mit dem Versicherten erfolgen.

Die Beratung und Bedarfsfeststellung haben in deutscher Sprache zu erfolgen.

Um eine schnelle Versorgung zu gewährleisten, wird empfohlen, ein/mehrere voraussichtlich für die Versorgung geeignete/s Hilfsmittel zur Beratung und Bedarfsfeststellung in der Häuslichkeit des Versicherten mitzunehmen. Wurde der Leistungserbringer bereits durch eine Direktgenehmigung (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung) zur Versorgung beauftragt, und das genehmigte Hilfsmittel ist zur Versorgung geeignet, ist das Hilfsmittel beim Versicherten zu belassen.

³ Montag bis Freitag, ausgenommen gesetzliche Feiertage

Hat der Leistungserbringer noch keine Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung für die Versorgung erhalten, und wird bei der Beratung und Bedarfsfeststellung festgestellt, dass ein zur Beratung und Bedarfsfeststellung zum Versicherten mitgenommenes Hilfsmittel zur Versorgung geeignet ist, kann das Hilfsmittel beim Versicherten verbleiben, ggf. nach Rücksprache mit dem zuständigen Mitarbeiter der KKH. Der Kostenvoranschlag mit dem Hinweis, dass bereits ein Hilfsmittel beim Versicherten belassen wurde, ist gemäß Punkt 5 anschließend zu stellen.

4.1. Beratung

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind.

In dem Beratungsgespräch hat der Leistungserbringer den Versicherten⁴ insbesondere dahingehend zu beraten, dass der Versicherte die Wahl zwischen einer hinreichenden Anzahl, zur Versorgung im medizinischen notwendigen Umfang geeigneten, aufzahlungsfreien Hilfsmitteln hat. Das vom Versicherten ausgewählte Hilfsmittel ist vorrangig zur Versorgung einzusetzen.

Der Versicherte ist im Beratungsgespräch darauf hinzuweisen, dass z. B.:

- ggf. eine wetterfeste und diebstahlsichere Abstellmöglichkeit vorhanden sein muss,
- es Vor- und Nachteile des Hilfsmittels gibt und diese dem Versicherten aufgezeigt werden.

Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. Hierfür kann er die Anlage 02: „Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument. Die schriftliche Bestätigung der Beratung muss spätestens bei Lieferung des Hilfsmittels vom Versicherten eingeholt werden.

Gem. § 127 Abs. 5 Satz 4 und 5 SGB V sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen die Beratung schriftlich (oder elektronisch) zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Hierfür kann er die Anlage 03: „Mehrkostendokumentation nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument.

4.2. Bedarfsfeststellung

Um den Versicherten mit einem geeigneten und medizinisch notwendigen Hilfsmittel zu versorgen, hat eine Bedarfsfeststellung zu erfolgen.

Bei der Bedarfsfeststellung zur Versorgung muss der individuelle Bedarf des Versicherten erhoben werden, um eine bedarfsgerechte Auswahl des Hilfsmittels zu treffen. Das für die Versorgung ausgewählte Hilfsmittel muss in Qualität und Ausführung den speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Versicherten entsprechen.

⁴ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur vom Versicherten gesprochen, schließt aber ggf. dessen gesetzlichen Vertreter oder dessen pflegende Personen/Angehörige ein.

Sofern ein Kostenvoranschlag nach den Maßgaben dieses Vertrages erforderlich ist, ist dieser der KKH unverzüglich nach erfolgter Beratung und Bedarfsfeststellung zu übermitteln, siehe Punkt 5. Die Kosten für die Bedarfsfeststellung sind mit den angebotenen Pauschalen abgegolten.

Das Risiko, dass eine Bedarfsfeststellung ergeben sollte, dass das Hilfsmittel nicht zur Versorgung geeignet ist, trägt der Leistungserbringer.

5. Antragsverfahren

5.1. Grundsätzliches zum KVA

Soweit der Leistungserbringer gemäß Leistungsbeschreibung einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist dieser in elektronischer Form (eKV) in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Kostenvoranschläge ohne Verordnung sind nicht gestattet, es sei denn, der Vertrag regelt etwas Abweichendes.

5.2. Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer

Geht eine Verordnung über ein vertragsgegenständliches Hilfsmittel beim Leistungserbringer ein, so hat dieser die Beratung und Bedarfsfeststellung gemäß Punkt 4 durchzuführen und auf Grundlage dessen einen Kostenvoranschlag für das medizinisch notwendige Hilfsmittel zu erstellen und diesen der KKH elektronisch zu übermitteln. Es sind die vertraglich vereinbarten Konditionen zugrunde zu legen.

Ausgenommen hiervon sind die genehmigungsfreien Erstversorgungen mit Standard-Rollatoren und Rollatoren mit erhöhter Belastbarkeit. Hier kann der Leistungserbringer direkt versorgen, ohne dass ein Kostenvoranschlag eingereicht werden muss. Die genehmigungsfreie Abrechnung erfolgt gemäß des Rahmenvertrages. 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.

Der Leistungserbringer hat der KKH innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Verordnung inklusive der bereits erfolgten Beratung und Bedarfsfeststellung den Kostenvoranschlag unter Angabe des erforderlichen vertragsgegenständlichen Hilfsmittels zu den vereinbarten Konditionen sowie eine Kopie der Verordnung zu übermitteln.

Endet die Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, sind der Kostenvoranschlag und eine Kopie der Verordnung am darauffolgenden Werktag zu übermitteln. Maßgebend für den pünktlichen Eingang ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer. Auf Verlangen der KKH ist die Verordnung im Original vorzulegen.

5.3. Kostenvoranschläge außerhalb dieses Vertrages

Wird bei der Bedarfsfeststellung ermittelt, dass kein vertraglich geregeltes Hilfsmittel zur Versorgung geeignet ist, ist der zuständige Mitarbeiter der KKH per Nachricht oder per E-Mail zu informieren.

In diesen Fällen kann der Leistungserbringer jedoch einen Kostenvoranschlag über das erforderliche Hilfsmittel unter Begründung der Notwendigkeit einreichen. Die KKH behält sich vor, die Wirtschaftlichkeit zu prüfen, um ggf. einen Wiedereinsatz zu veranlassen oder einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung zu beauftragen.

5.4. Direktgenehmigung durch die KKH

Die KKH kann den Leistungserbringer direkt, ohne dass dieser einen Kostenvoranschlag einreichen muss, zur Versorgung gemäß dieser Leistungsbeschreibung beauftragen (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung).

Die Direktgenehmigung (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung) erfolgt grundsätzlich auf 7-Steller-Ebene (Produktart). Die Hilfsmittelauswahl obliegt unter Berücksichtigung der Beratungspflicht des Leistungserbringers gemäß Punkt 4 dem Leistungserbringer.

Stellt der Leistungserbringer bei der Beratung und Bedarfsfeststellung nach der Direktgenehmigung (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung) fest, dass das von der KKH genehmigte Hilfsmittel zur Versorgung nicht medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist, hat der Leistungserbringer innerhalb von 2 Werktagen nach Eingang der Direktgenehmigung (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung) einen Kostenvoranschlag unter Angabe des Hilfsmittels, welches abweichend von der Direktgenehmigung (Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung) für die Versorgung erforderlich ist, zu erstellen.

Kann die Versorgung mit einem anderen vertragsgegenständlichen Hilfsmittel vorgenommen werden, ist der Kostenvoranschlag nach den vereinbarten einzureichen. Der Leistungserbringer hat die Notwendigkeit des von der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung abweichenden Hilfsmittels zu begründen. Ist kein vertragsgegenständliches Hilfsmittel zur Versorgung des Versicherten geeignet, gilt Punkt 5.4.

5.5. Prüfung der Unterlagen und Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung im darin festgelegten Umfang. Bei Hilfsmitteln, die in der Pauschale geregelt sind, wird außerdem der Versorgungszeitraum angegeben.

Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise angegeben sind.

6. Lieferung des Hilfsmittels

6.1. Auslieferung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Hilfsmittel im medizinisch notwendigen Umfang gemäß Verordnung und Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH inklusive Montage, Inbetriebnahme und der erforderlichen Anpassung. Die Auslieferung des Hilfsmittels inkl. des Zubehörs erfolgt grundsätzlich komplett.

6.2. Lieferfrist

Wird der Leistungserbringer von der KKH zur Versorgung beauftragt, so hat er das vertragsgegenständliche Hilfsmittel grundsätzlich innerhalb von 3 Werktagen⁵ nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung durch die KKH an den Versicherten auszuliefern, es sei denn, eine spätere Lieferung wurde zwischen den Vertragsparteien vereinbart oder ausdrücklich vom Versicherten gewünscht.

⁵ Montag bis Freitag, ausgenommen gesetzliche Feiertage

In den Versorgungsfällen, in denen der Leistungserbringer die Verordnung erhalten hat, er daraufhin die Beratung und Bedarfsfeststellung vorgenommen hat und bei der KKH einen Kostenvoranschlag eingereicht hat, hat die Lieferung entweder:

- innerhalb von 3 Werktagen nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung durch die KKH, oder
- zeitgleich mit der Beratung und Bedarfsfeststellung in der Häuslichkeit des Versicherten, wenn das zum Versicherten mitgenommene Hilfsmittel zur Versorgung geeignet ist,

zu erfolgen, außer abweichende Lieferfristen wurden zwischen den Vertragsparteien im Einzelauftrag vereinbart.

Wünscht der Versicherte eine Belieferung zu einem späteren Zeitpunkt, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und die Dokumentation auf Verlangen der KKH vorzulegen.

Die Auslieferung der Hilfsmittel hat grundsätzlich zwischen 08:00 Uhr und 20:00 Uhr zu erfolgen. Abweichendes ist unter Punkt 6.6 für Eilversorgungen geregelt. Sofern eine Auslieferung an einem Samstag angeboten wird und der Versicherte dies wünscht, kann eine Auslieferung auch samstags erfolgen.

Der maßgebende Zeitpunkt für den Beginn der Lieferfrist ist der Werktag nach Eingang der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung der KKH) beim Leistungserbringer und wird daher bei der Berechnung der Lieferfrist (außer Samstag) mitgezählt.

6.3. Abstimmung Liefertermin mit dem Versicherten

Der Leistungserbringer hat bei Eingang der Verordnung oder bei Genehmigungen/Kostenübernahmeerklärungen durch KKH, taggleich, spätestens am folgenden Werktag mit dem Versicherten einen Liefertermin abzustimmen.

Ist der Versicherte innerhalb dieses Zeitraums nicht zu erreichen, hat er den zuständigen Mitarbeiter der KKH über den erfolglosen Kontaktversuch zu informieren. Außerdem hat der Leistungserbringer weiterhin regelmäßig zu versuchen, den Versicherten zu kontaktieren, um einen Liefertermin abzustimmen.

Erreicht der Leistungserbringer den Versicherten nach weiteren 2 Werktagen immer noch nicht, so hat er erneut den zuständigen Mitarbeiter der KKH, bevorzugt per Datenaustausch ansonsten telefonisch, zu informieren. Gemeinsam wird dann in diesen Fällen die weitere Vorgehensweise abgestimmt.

Jeder Kontaktversuch zur telefonischen Lieferterminabsprache darf ausschließlich in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr erfolgen. Die für die Lieferterminabsprache erforderlichen Versichertenkontaktdaten stellt die KKH zur Verfügung.

Kann die Lieferung des Hilfsmittels aufgrund von Lieferverzögerungen nicht zum mit dem Versicherten vereinbarten Liefertermin erfolgen, so hat der Leistungserbringer unverzüglich nach Bekanntwerden der Lieferverzögerung den Versicherten und die KKH zu informieren.

6.4. Abgabe des Hilfsmittels

Die Anforderungen an die Abgabe und Inbetriebnahme des Hilfsmittels gemäß Abschnitt VII.2 des aktuellen Hilfsmittelverzeichnisses zur jeweiligen Produktuntergruppe sind zu erfüllen.

6.5. Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer weist den Versicherten persönlich in der Häuslichkeit des Versicherten in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein. Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, die sachgerechte Pflege und Reinigung. Hierüber ist der Versicherte zu informieren.

Die Einweisung, Durchführung der Funktionsprüfung und Information über die sachgerechte Reinigung und Pflege sind durch ausgebildetes Fachpersonal durchzuführen, das mindestens über die Qualifikation als Medizinprodukteberater i.S.v. § 31 MPG für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel verfügt.

Die Einweisung hat in deutscher Sprache zu erfolgen. Außerdem ist dem Versicherten bei Lieferung eine schriftliche Gebrauchsanweisung des Hilfsmittels bevorzugt in dessen Muttersprache, mindestens jedoch in deutscher Sprache auszuhändigen.

6.6. Interimsversorgung

Grundsätzlich sollte es keine Interimsversorgungen geben. Sollte dennoch eine Interimsversorgung in absoluten Ausnahmefällen erforderlich sein, so stellt der Leistungserbringer dem Versicherten eine mindestens gleichwertige Alternativversorgung (ein Hilfsmittel desselben 7-Stellers) ohne weitere Vergütung und nach Zustimmung der KKH bis zur endgültigen Lieferung seines Hilfsmittels zur Verfügung.

Möchte der Versicherte das Hilfsmittel, welches ihm interimweise zur Verfügung gestellt wurde, auch weiterhin nutzen und würde dieses somit als Endversorgung beim Versicherten verbleiben, so hat der Leistungserbringer unverzüglich die KKH darüber zu informieren, um die Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung zum Verbleib einzuholen. Ein interimweise abgegebenes Hilfsmittel darf nur nach Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH beim Versicherten verbleiben.

Interimweise abgegebene Hilfsmittel, die vertraglich in Versorgungspauschalen geregelt sind, verbleiben im Rahmen der Versorgungspauschale beim Versicherten. Es fallen keine weiteren Kosten an.

Handelt es sich bei der Interimsversorgung um ein Hilfsmittel, welches vertraglich im Kaufverfahren geregelt ist, so ist der KKH ein neuer Kostenvoranschlag (KVA) über das abgegebene Interimshilfsmittel (welches sich beim Versicherten befindet und dort verbleiben soll) unter mindestens der Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer, des Baujahrs und des Zustands zu übermitteln. Nach Genehmigung der KKH kann dieses Hilfsmittel als Endversorgung beim Versicherten verbleiben. Die Genehmigung des ursprünglich genehmigten Hilfsmittels wird im Gegenzug kostenlos storniert.

Der Wunsch des Versicherten ist zu dokumentieren und auf Verlangen der KKH nachzuweisen.

6.7. Lieferbestätigung/Lieferdokumentation

Der Leistungserbringer holt bei Lieferung vom Versicherten eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Lieferbestätigung ein. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

Ebenfalls kann der Versicherte den Empfang des Hilfsmittels elektronisch bestätigen. Bei der Unterzeichnung des elektronischen Dokuments muss für den Versicherten der vollständige Inhalt des Lieferscheins auf dem Endgerät erkennbar sein.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Bereitstellung/Lieferung des Hilfsmittels sowie die von ihm erbrachten Leistungen in einer Lieferbestätigung gemäß Anlage 04: „Bestätigung Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“ oder einem anderen inhaltsgleichen Dokument und bestätigt dies durch Unterschrift. Dieses Dokument ist der KKH auf Verlangen vorzulegen. Dem Versicherten ist ein/e Durchschlag/Kopie der Empfangsbestätigung/des Lieferscheins auszuhändigen, wahlweise in Papierform oder per Mail.

Zur Dokumentation und als rechnungsbegründende Unterlage für die Abrechnung ist ein Lieferschein, eine Lieferbestätigung (auch mit digitaler Unterschrift des Versicherten) oder die Original-Unterschrift des Versicherten als Lieferbestätigung auf der Rückseite des Arzneiverordnungsblattes (Muster 16) ausreichend.

Ohne Lieferschein und/oder Liefernachweis darf eine Abrechnung nicht erfolgen, sofern keine anderen abweichende Regelungen diesbezüglich getroffen wurden.

Der Leistungserbringer hat der KKH spätestens am darauffolgenden Werktag nach der Auslieferung eine elektronischen Lieferbestätigung zu übermitteln.

7. Nachbetreuung

Der Leistungserbringer gewährleistet die Nachbetreuung, Instandhaltung und Wartung des Hilfsmittels sowie die Durchführung aller relevanten regelmäßigen Prüfungen unter Beachtung der einschlägigen Bestimmungen gemäß den Vorgaben des Herstellers.

Der Leistungserbringer führt die erforderliche Nachbetreuung (insbesondere Klärung ggf. auftretender Fragen des Versicherten, Nachanpassung des Hilfsmittels) durch.

Sollte bei der Nachbetreuung oder aufgrund einer Reklamation eine erneute Bedarfsfeststellung notwendig sein, so erfolgt diese erneut gemäß Punkt 4.2.

Der Leistungserbringer führt hierzu die erneute Bedarfsfeststellung durch. Die Bedarfsfeststellung kann telefonisch vorgenommen werden. Ist jedoch auf Grund der individuellen Versorgung bzw. des Krankheitsbildes des Versicherten eine Bedarfsfeststellung vor Ort beim Versicherten zwingend erforderlich, ist diese nach vorheriger Terminabsprache in der Häuslichkeit des Versicherten persönlich durchzuführen. Hausbesuche bzw. persönliche Beratungen „vor Ort“ sind nicht durchzuführen, wenn der Versicherte keinen Besuch wünscht.

Der Leistungserbringer ist zur Dokumentation der Beratungsgespräche verpflichtet. Ihm wird freigestellt, wie er diese Dokumentation führt.

8. Reparaturen, Umversorgungen, Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen und Überprüfungen

8.1. Reparaturen

Der Leistungserbringer erhält Kenntnis von einer Reparaturbedürftigkeit des von ihm zur Versorgung eingesetzten Hilfsmittels entweder unmittelbar durch den Versicherten oder durch die KKH.

Er stellt sicher, dass die erforderlichen Reparaturen im Regelfall werktags⁶ binnen 24 Stunden nach Eingang der Meldung des Reparaturfalls durchgeführt werden. Sofern eine Reparatur an einem Samstag angeboten wird und der Versicherte dies wünscht, kann eine Reparatur auch samstags erfolgen.

Der Leistungserbringer führt im Rahmen der Pauschalen alle erforderlichen Reparaturen an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel und an dem von ihm gelieferten Zubehör kostenfrei durch, sofern die Reparaturbedürftigkeit nicht nachweislich vom Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde. Besteht der Verdacht der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Beschädigung des Hilfsmittels, so ist die KKH darüber in Kenntnis zu setzen und die weitere Vorgehensweise gemeinsam abzustimmen.

Sollte die Reparatur des vorhandenen Hilfsmittels unwirtschaftlich sein, so nimmt der Leistungserbringer eine kostenfreie Umversorgung vor, sofern eine Pauschale vereinbart ist. Dem Versicherten ist ein gleichwertiges vertragsgegenständliches Hilfsmittel derselben 7-stelligen Produktart (wie zuvor genehmigt) zur Verfügung zu stellen.

Stellt der Leistungserbringer im Rahmen einer Reparatur fest, dass weiteres nicht von der Pauschale umfasstes Sonderzubehör, welches in diesem Vertrag geregelt ist, erforderlich ist, so ist dafür ein Kostenvoranschlag auf der Grundlage der Vertragspreise für Sonderzubehör einzureichen und nur nach Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH zu versorgen. Die KKH behält sich jedoch vor, die medizinische Notwendigkeit zu überprüfen und im Einzelfall eine medizinische Verordnung anzufordern.

8.2. Umversorgungen

Sollte sich herausstellen, dass das vorhandene Hilfsmittel zur Versorgung im Rahmen der Vergütungspauschale nicht mehr ausreicht oder sich Änderungen ergeben haben, hat der Auftragnehmer eine Umversorgung, d.h. einen vollständigen Austausch des Hilfsmittels vorzunehmen. In diesem Fall beginnt ein neuer Versorgungs- und Abrechnungszeitraum.

Ist eine Umversorgung erforderlich, ist dies innerhalb von 2 Werktagen nach Bekanntwerden durchzuführen. Für diesen Fall bedarf es eines erneuten Kostenvoranschlages und einer erneuten Kostenübernahmeerklärung der KKH. Die KKH behält sich außerdem vor, die medizinische Notwendigkeit zu überprüfen und im Einzelfall eine medizinische Verordnung anzufordern.

8.3. Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen und Überprüfungen

Der Leistungserbringer führt sämtliche erforderlichen Wartungen (einschließlich Ersatzteile/Material) und sicherheitstechnischen Kontrollen und Überprüfungen eigenverantwortlich gemäß Herstellervorgaben und MPBetreibV am Hilfsmittel und dem von ihm gelieferten Zubehör durch. Dies ist mit der Pauschale abgegolten.

⁶ Montag bis Freitag, ausgenommen gesetzliche Feiertage

8.4. Interimsversorgung bei Reparaturen, Wartungen und Überprüfungen

Sofern eine Reparatur, Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle oder Überprüfung erforderlich ist und diese nicht sofort von dem Leistungserbringer vor Ort beim Versicherten durchgeführt werden kann, ist dem Versicherten das gleiche Hilfsmittel, mindestens aber ein gleichwertiges zur Interimsversorgung geeignetes Hilfsmittel kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt zeitgleich im Austausch mit dem vorhandenen Hilfsmittel, jedoch spätestens innerhalb einer Frist von 24 Stunden nach Bekanntwerden des Wartungs-/Reparaturfalls für die Dauer der Reparatur, Wartung, sicherheitstechnischen Kontrolle oder Überprüfung.

Grundsätzlich sind alle Kosten der Interimsversorgung, der Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten und der Rückgabe des Hilfsmittels an den Versicherten nach der Durchführung der Reparatur, Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle oder Überprüfung in der Pauschale enthalten. Es fallen keine zusätzlichen Kosten an.

9. Leistungsumfang Folgeversorgung

Eine Folgevergütungspauschale (Kn09) liegt vor, wenn der Leistungserbringer den Versicherten bereits zuvor im Rahmen dieses Vertrages mit einem Hilfsmittel, welches in der Vergütungspauschale (Kn08) geregelt ist, nach Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH versorgt hat und sich die weitere Versorgung unmittelbar lückenlos an die bisherige Versorgung anschließt.

Die Versorgung mit dem Hilfsmittel erfolgt, solange der Versicherte das Hilfsmittel benötigt und endet erst mit dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 33 Abs. 1 SGB V. Es wird diesbezüglich auf die Regelungen im § 6 Abs. 2 des Rahmenvertrags verwiesen.

9.1. Beantragung der Folgevergütungspauschale

Für die Beantragung und Abrechnung der Folgevergütungspauschale ist grundsätzlich keine Verordnung erforderlich. Dies gilt nicht für die Beantragung der Folgevergütungspauschale von Arthritis-Rollatoren und für die Fälle, in denen die Folgeversorgung von der ursprünglichen (Erst-) Versorgung abweicht und über die vorangegangene Versorgung hinausgeht, siehe Punkt 8.3.

Die Folgevergütungspauschale ist abhängig vom Hilfsmittel genehmigungsfrei oder genehmigungspflichtig. Die Angaben sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

| Produktart | Bezeichnung | Genehmigungspflicht |
|------------|--|---------------------|
| 10.46.04.0 | Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit Unterarmauflagen (Arthritis-Rollatoren) | ja |
| 10.50.04.1 | Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) | nein |
| 10.50.04.2 | Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit (XL-Rollatoren) | nein |

Soll die genehmigungspflichtige Folgeversorgung mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel über den zuvor genehmigten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer frühestens 14 Tage vor sowie spätestens 14 Tage nach Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der von ihm angebotenen Folgevergütungspauschale für das beim Versicherten befindliche Hilfsmittel.

9.2. Überprüfung der vorhandenen Versorgung

Vor der Erstellung des Kostenvoranschlages der genehmigungspflichtigen Folgevergütungspauschale oder vor Abrechnung der Folgevergütungspauschale der genehmigungsfreien Folgevergütungspauschalen ist durch den Leistungserbringer zu prüfen, ob:

- das bei dem Versicherten vorhandene Hilfsmittel weiterhin benötigt wird,
- es noch ausreichend und zweckmäßig im Sinne des § 12 SGB V ist,
- ggf. Reparaturen, Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen und/oder Überprüfungen erforderlich sind,
- ggf. eine Umversorgung notwendig ist und
- ob es Änderungen bei den Versichertenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Tel.-Nr.) gegeben hat.

Dazu hat er den Versicherten zu kontaktieren und die ggf. notwendigen Leistungen zu erbringen, damit das Hilfsmittel weiterhin eingesetzt werden kann.

Wünscht der Versicherte eine Bedarfsfeststellung persönlich „vor Ort“, ist dem Wunsch nachzukommen und diese in seiner Häuslichkeit durchzuführen. Die erneute Bedarfsfeststellung ist auf jeden Fall zu dokumentieren und der KKH auf Verlangen vorzulegen.

9.3. Abrechnung der Folgevergütungspauschale

Die Abrechnung der Folgevergütungspauschalen erfolgt gemäß Rahmenvertrag. Es gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB. Für die Abrechnung der Folgevergütungspauschale ist keine Empfangsbestätigung des Versicherten erforderlich.

10. Rückholung des Hilfsmittels

Hilfsmittel, die im Rahmen von Versorgungspauschalen an Versicherte abgegeben wurden, sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der Versorgung zurückzunehmen und eigenverantwortlich abzuholen. Die Kosten für die Rückholung sind mit der Pauschale abgegolten.

Wird ein Hilfsmittel nicht mehr benötigt, beauftragt die KKH den Leistungserbringer mit der Rückholung.

Wird dem Leistungserbringer durch den Versicherten eine Rückholung eines Hilfsmittels angezeigt, kann die Rückholung des Hilfsmittels ohne Beauftragung durch die KKH erfolgen. Die KKH ist jedoch **zwingend** über die Rückholung, bevorzugt über die Nachrichtenfunktion der Plattform für den elektronischen Datenaustausch der Firma medicomp GmbH (MIP) zu informieren. Der Leistungserbringer kann den Versicherten aber auch an die KKH oder auf das Kontaktformular „Rückholung“ auf der KKH-Website verweisen.

Sollten Abholungen ohne Zustimmung der KKH erfolgen und werden dadurch Neuversorgungen innerhalb des bereits genehmigten Versorgungszeitraumes fällig, so geht dies zu Lasten des Leistungserbringers.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den ersten Kontaktversuch innerhalb von 24 Stunden nach Auftragseingang vorzunehmen und einen Termin für die Rückholung zu vereinbaren. Jeder Kontaktversuch zur telefonischen Terminabsprache darf ausschließlich in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr erfolgen. Ist der Versicherte oder der Hinterbliebene innerhalb von 48 Stunden nicht zu erreichen, ist der zuständige Mitarbeiter der KKH per E-Mail über den ergebnislosen Kontaktversuch zu informieren. Parallel ist der Versicherte oder der Hinterbliebene vorzugsweise per E-Mail ansonsten postalisch anzuschreiben und darüber zu informieren, dass vergeblich versucht wurde, einen Termin für die Rückholung zu vereinbaren.

Die für die Terminabsprache erforderlichen Versichertenkontaktdaten stellt die KKH zur Verfügung.

Die Rückholung ist innerhalb von 5 Werktagen nach Auftragseingang durchzuführen, es sei denn, der Versicherte oder der Hinterbliebene wünschen einen späteren Rückholtermin. Der maßgebende Zeitpunkt für den Beginn der Rückholfrist ist der Tag des Auftragseingangs und wird daher bei der Berechnung der Rückholfrist mitgezählt. Bei Nichteinhaltung dieser Frist behält es sich die KKH vor, einen anderen Dienstleister mit der Rückholung zu beauftragen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten hat der Leistungserbringer zu tragen.

Die Rückholung der Hilfsmittel hat grundsätzlich werktags zwischen 08:00 Uhr und 20:00 Uhr zu erfolgen. Sofern eine Rückholung an einem Samstag angeboten wird und der Versicherte dies wünscht, kann diese auch samstags erfolgen.

Sollte ein externes Unternehmen mit der Rückholung beauftragt werden, ist dieser gegenüber dem Versicherten oder dem Hinterbliebenen unter Angabe des Namens und der Kontaktdaten bei der Terminabsprache zu benennen.

Sofern eine beauftragte Rückholung trotz Terminabsprache nicht durchgeführt werden kann (z.B. die Tür nicht geöffnet wird), hat der Leistungserbringer eine Kontaktmitteilung (mit Kontaktdaten und der Aufforderung zum Rückruf) bei dem Versicherten oder dem Hinterbliebenen zu hinterlassen. Die Kontaktaufnahmeversuche sind zu dokumentieren.

Ist eine erneute Terminvereinbarung mit dem Versicherten oder dessen Hinterbliebenen nicht möglich bzw. scheitert die Rückholung weiterhin, informiert der Leistungserbringer die KKH. Gemeinsam wird dann die weitere Vorgehensweise abgestimmt.

Bei der Abholung von Hilfsmitteln stellt der Leistungserbringer sicher, dass nur die Hilfsmittel zurückgeholt werden, die sich in seinem Eigentum befinden.

Wird dem Leistungserbringer durch den Versicherten eine Rückholung eines weiteren Hilfsmittels, welches nicht sein Eigentum ist, angezeigt, hat der Leistungserbringer den Versicherten grundsätzlich an die KKH zu verweisen. Alternativ kann er den Versicherten auf das Kontaktformular „Rückholung“ auf der KKH-Website verweisen.

Sofern am zurückzuholenden Hilfsmittel Zubehör/Zurüstungen montiert ist/sind, die Eigentum der KKH sind, verpflichtet sich der Leistungserbringer, dieses ebenfalls abzuholen. Mit der KKH ist der weitere Verbleib im Einzelfall abzustimmen.

Sollte ein anderer Vertragspartner der KKH eine Abholung eines im Eigentum des Leistungserbringers stehenden Hilfsmittels durchgeführt haben, sichert die KKH Unterstützung bei der Durchsetzung etwaiger Forderungen des Leistungserbringers zu.

11. Wiedereinsatz von Hilfsmitteln

Gemäß §15 des Rahmenvertrages ist es dem Leistungserbringer freigestellt, ob er neue Hilfsmittel oder wiederaufbereitete Hilfsmittel zur Versorgung einsetzt.

Hilfsmittel, die jedoch laut des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes und/oder Herstellerangaben für einen Wiedereinsatz nicht geeignet sind, dürfen für die Versorgung der Versicherten der KKH nicht erneut eingesetzt werden. Hierbei sind die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes in der aktuellen Form sowie die Herstellervorgaben einzuhalten.

Für die Versorgung dürfen nur solche aufbereiteten Hilfsmittel und Zubehör eingesetzt werden, die:

- gemäß Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes und/oder Herstellerangaben für einen Wiedereinsatz geeignet sind,
- nach den Richtlinien zur Aufbereitung von Medizinprodukten des Robert-Koch-Institutes (RKI) aufbereitet wurden,
- rückstandsfrei, gesundheitlich unbedenklich und optisch einwandfrei sind,
- voll funktionstüchtig sind,
- dem aktuellen Stand der Technik entsprechen.

Die Aufbereitungs-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten können in Eigenregie oder externe Dienstleister durchgeführt werden.

12. Umzug des Versicherten

Verlegt der Versicherte während des Versorgungszeitraums seinen Wohnsitz in den Bereich eines anderen Versorgungsgebietes, für das der Leistungserbringer nicht Vertragspartner der KKH ist, ist der Leistungserbringer nicht mehr zur Versorgung verpflichtet und kann diese beenden.

Der Leistungserbringer gewährt der KKH in diesem Fall eine 4-wöchige Frist, innerhalb derer die KKH die Versorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer sicherstellen kann. Bezüglich der Rückholung des Hilfsmittels stimmen sich die Parteien im Einzelfall ab.

Verlegt der Versicherte während des Versorgungszeitraums seinen Wohnsitz hingegen innerhalb desselben oder eines anderen Versorgungsgebietes, für das der Leistungserbringer Vertragspartner der KKH ist, ist der Leistungserbringer weiterhin zur Versorgung berechtigt und verpflichtet. Hiervon ist ebenfalls der Umzug des Versicherten in ein stationäres Pflegeheim umfasst, wenn das mitzunehmende Hilfsmittel weiterhin in die Leistungspflicht der KKH gemäß des Abgrenzungskatalogs der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen fällt.

Der Transport des Hilfsmittels fällt in die Eigenständigkeit des Versicherten.

13. Telefonische Erreichbarkeit und Kontaktdaten des Leistungserbringers

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit gegenüber den Versicherten und der KKH für die Auftragsannahme, Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von (Reparatur-) Aufträgen. Der Leistungserbringer stellt der KKH eine Ansprechpartnerliste mit Kontaktdaten für Rückfragen und Beschwerden zur Verfügung.

Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:00 Uhr, Samstag von 08:00 bis 13:00 Uhr sowie darüber hinaus während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen, d.h. von allen eingehenden Anrufen sind mindestens 90% persönlich anzunehmen (keine Warteschleife/kein Sprachtext). 80% der angenommenen Anrufe sind in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden anzunehmen. Eine Gesprächszeitlimitierung darf nicht erfolgen. Die für die Versicherten kostenfreie Telefonnummer - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - ist dem Versicherten bereits bei dem ersten Kontakt mitzuteilen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, entsprechende Nachweise über das Erreichen der genannten Prozentwerte nach Aufforderung durch die KKH beizubringen.

Spätestens bei Lieferung des Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer den Versicherten in geeigneter Form über seine vollständigen Kontaktdaten und Kontaktmöglichkeiten.

Außerdem teilt er dem Versicherten mit, dass er während des gesamten Versorgungszeitraums für alle erforderlichen Reparaturen und Wartungen sowie sicherheitstechnischen Überprüfungen/Kontrollen gemäß Herstellervorgaben unter Einhaltung des Medizinproduktegesetzes für das gelieferte Hilfsmittel zuständig ist.

14. Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nachvollziehbar festgehalten wird. Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentation und übermittelt diese auf Anforderung an die zuständige Stelle der KKH.

15. Beschwerdemanagement

Der Leistungserbringer hat ein Beschwerdemanagement zu führen. Jegliche Kritik des Versicherten zur KKH, zum Leistungserbringer, zum Versorgungsablauf und zur Qualität und Ausführung des Hilfsmittels ist als Beschwerde anzusehen. Die Beschwerden der Versicherten sind aufzunehmen, zu dokumentieren und auszuwerten.

Die Beschwerden der Versicherten über die KKH sind unverzüglich an die KKH weiterzuleiten.

Der Leistungserbringer stellt der KKH die Beschwerdedokumentation auf Anforderung zur Verfügung.

Die Beschwerdedokumentation enthält nachfolgende Felder:

- Kategorie der Beschwerde,
- Datum der Beschwerde,
- Inhalt der Beschwerde,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Versichertennummer),
- Beschwerdeführer (Versicherter, Angehöriger, Pflegedienst Arzt, Sonstiger),
- Tag der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung durch die KKH oder Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer,
- Liefertermin/Lieferung,
- Abhilfe erfolgt ja/nein,

- konnte der Beschwerde nicht abgeholfen werden, ist eine Begründung anzugeben,
- konnte der Beschwerde abgeholfen werden, sind Art und Umfang der Abhilfe zu beschreiben,
- Datum der Abhilfe.

Die KKH hat das Recht, die Angaben in der Beschwerdedokumentation für eigene Überprüfungen und Auswertungen zu verwenden.

Die Daten werden von der KKH vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Anlage 01: „Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel und des Zubehörs“

Diese Anlage enthält Angaben und Erläuterungen zu den Produkteigenschaften, zum Regelzubehör und Sonderzubehör.

Jedes zur Versorgung eingesetzte Hilfsmittel (10-Steller) muss die Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllen.

Weiterhin haben alle Hilfsmittel die in dieser Anlage aufgeführten Anforderungen an die Qualität und Ausführung des Hilfsmittels, die über die Anforderung gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen, zu erfüllen, wenn nichts Abweichendes geregelt ist.

Erläuterungen:

Anforderungen an die Qualität und Ausführung des Hilfsmittels, die über die Anforderung gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen - **Alle** zur Versorgung eingesetzten Hilfsmittel (10-Steller) müssen die vorgegebenen Anforderungen erfüllen.

Regelzubehör - Bei dem Regelzubehör handelt es sich um das Zubehör, welches grundsätzlich als Standardausrüstung mit dem Hilfsmittel mitzuliefern ist. Das Regelzubehör ist von der Pauschale¹ umfasst.

Sonderzubehör - Das Sonderzubehör ist bei Bedarf von der Pauschale umfasst.

Sonderzubehör, welches nicht in dieser Anlage aufgeführt ist, ist nicht vertragsgegenständlich. Die Versorgung erfolgt nach § 127 Abs. 3 SGB V.

¹ Aufgrund der besseren Leserlichkeit sind mit Pauschale sowohl die Vergütungspauschale Kn08 als auch die Folgevergütungspauschale Kn09 gemeint.

| Produktgruppe | 10 Gehilfen |
|---|---|
| Produktart und -bezeichnung | 10.46.04.0 Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit Unterarmauflagen (Arthritis-Rollator) |
| Qualitätsanforderungen | <p>gem. den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, insbesondere und darüber hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belastbarkeit mindestens bis 120 kg - Gesamtgewicht (mit Korb und Tablett) maximal bis 14 kg - Arthritis-Armauflagen - Handgriffe - Feststellbremse - PU-Bereifung - Faltbar |
| Regelzubehör | <ul style="list-style-type: none"> - Korb - Stockhalter - Tablett |
| Sonderzubehör (bei Bedarf in der Pauschale enthalten) | |

| Produktgruppe | 10 Gehhilfen |
|--|---|
| Produktart und -bezeichnung | 10.50.04.1 Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) |
| Qualitätsanforderungen | gem. den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, insbesondere und darüber hinaus: <ul style="list-style-type: none"> - Belastbarkeit mindestens bis 120 kg - Gesamtgewicht (mit Korb und Tablett) maximal 9,6 kg - Moosgummigriffe oder anatomische Handauflagen - Feststellbremse - PU-Bereifung - Faltbar |
| Regelzubehör | <ul style="list-style-type: none"> - Korb - Stockhalter - Tablett |
| Sonderzubehör/Sonderausführung (bei medizinischem Bedarf in der Pauschale enthalten) | Leichtgewichtrollator |

| Produktgruppe | 10 Gehhilfen |
|---|--|
| Produktart und -bezeichnung | 10.50.04.2 Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit (XL-Rollatoren) |
| Qualitätsanforderungen | gem. den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, insbesondere und darüber hinaus: <ul style="list-style-type: none"> - Belastbarkeit von 121 kg bis 200 kg - Gesamtgewicht (mit Korb und Tablett) maximal bis 14 kg - Moosgummigriffe oder anatomische Handauflagen - Feststellbremse - PU-Bereifung - Faltbar |
| Regelzubehör | <ul style="list-style-type: none"> - Korb - Stockhalter - Tablett |
| Sonderzubehör (bei Bedarf in der Pauschale enthalten) | |

Anlage 02: „Beratungsdokumentation nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V“

**Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V
Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
 telefonische Beratung
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 03: „Mehrkostendokumentation nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“

**Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V
Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für ein anderes Produkt und übernehme hierfür die Mehrkosten.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Anlage 04: „Bestätigung Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“

Versicherten-Nr.: _____

Herr/Frau: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bestätigung des Empfangs, der Einweisung und der Funktionsprüfung

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r wurde

hat am _____

durch den **Vertragspartner**¹ der KKH: _____

folgendes Hilfsmittel: _____

Hersteller: _____

Hilfsmittelpositionsnummer: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

als Sachleistung für die Dauer vom ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ (Versorgungszeitraum) erhalten.

Für dieses Hilfsmittel sind regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen oder Wartungen erforderlich:

ja nein

Vereinbarung:

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung, Reinigung und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Funktionsprüfung erfolgt ist.

¹ Muss nur ausgefüllt werden, wenn abweichend vom beratenden Leistungserbringer.

Der/die Versicherte verpflichtet sich:

1. für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
2. Beschädigungen, die vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten zu beheben,
3. elektrisch betriebene Hilfsmittel vor unsachgemäßer Wässerung zu schützen,
4. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl hinreichend zu sichern,
5. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
6. das Hilfsmittel dem o.g. Vertragspartner der KKH oder einem von der KKH mit der Rückholung des Hilfsmittels beauftragten Vertragspartner zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen bzw. die Versorgung endet,
7. ausschließlich den o.g. Vertragspartner zu informieren, soweit Service-/Reparaturleistungen notwendig werden,
8. den Vertragspartner der KKH über einen Kassen- und/oder Wohnortwechsel unverzüglich zu informieren.

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des o.g. Vertragspartners der KKH bzw. der KKH. Es findet kein Eigentumsübergang zum Versicherten statt.

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den o.g. Vertragspartner oder an die KKH zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit dem o.g. Vertragspartner oder Ihrer KKH Servicestelle in Verbindung. Oder Sie informieren die KKH über das Kontaktformular „Rückholung“ auf der KKH-Website <https://www.kkh.de/versicherte/a-z/hilfsmittel/kontaktformular-abholung>.

_____, den _____
Unterschrift Versicherter²

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

_____, den _____
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in, pflegende/r Person, Angehörige/r

Der Vertragspartner bestätigt, eine Einweisung des Versicherten und eine Funktionsprüfung des Hilfsmittels beim Versicherten vor Ort entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen mit der KKH und analog § 5 MPBetreibV ordnungsgemäß durchgeführt zu haben.

_____, den _____
Unterschrift und Stempel Lieferant

² Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.